

*Drogues
et
dépendances*

*Indicateurs
et tendances
2002*

Avant-propos

Développer les connaissances sur les drogues et les comportements d'addiction, et plus encore, les mettre à disposition du public, constituent un des axes clés du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement en juin 1999.

À cet égard, la préoccupation des pouvoirs publics n'est pas seulement de fonder des politiques sur des données scientifiquement validées, elle est aussi de faire en sorte que ces données soient partagées par tous. Il n'y a pas d'autres voies si l'on veut, d'un côté, nourrir un véritable débat public sur la question des drogues, affranchi de tout a priori idéologique et, de l'autre, faire adhérer l'opinion publique à la politique conduite qui vise de manière pragmatique à réduire les risques humains, sanitaires et sociaux de l'usage des drogues.

Dans cette perspective, la MILDT a essayé de promouvoir une politique active de synthèse et de diffusion des données et des connaissances disponibles auprès des professionnels spécialisés ou non mais aussi du grand public : commandes à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) d'expertises collectives (bilans de connaissances) sur des questions controversées (effets sur la santé de la consommation de produits comme le cannabis ou l'alcool ; installation de la dépendance au tabac) ; diffusion de brochures d'information pour le grand public (comme le livre Drogues : savoir plus, risquer moins diffusé à plus de cinq millions d'exemplaires) ; campagnes nationales d'information dans la presse écrite et audiovisuelle.

La diffusion des travaux conduits par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies sur les différents aspects de la consommation de produits psychoactifs et leurs conséquences obéit aux mêmes objectifs : savoir qui consomme quoi et en suivre l'évolution au cours du temps, disposer d'indicateurs pertinents sur les conséquences mesurables de la consommation des divers produits, connaître l'activité des services chargés de réprimer ou de prendre en charge ; voilà des connaissances descriptives précieuses aussi bien pour les responsables publics que pour l'ensemble des personnes concernées ou simplement intéressées.

Aussi suis-je particulièrement heureuse de saluer cette quatrième édition de Indicateurs et tendances de l'OFDT. Au passage, il me semble essentiel de rappeler que l'autonomie scientifique dont dispose l'Observatoire dans ses activités d'observation statistique et épidémiologique constitue le meilleur gage de l'impartialité et de la qualité de ses travaux. Cette autonomie ne peut que conforter l'OFDT dans son statut de lieu de référence et d'expertise incontournable pour le suivi et l'analyse de la consommation de l'ensemble des substances psychoactives : drogues illicites mais aussi alcool, tabac et médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Nicole MAESTRACCI,
Présidente de la MILDT

Préface

L'accroissement des données disponibles dans le domaine des drogues et des toxicomanies n'a pas réduit l'intérêt d'un document de synthèse. Au contraire, la mise en ligne de nombreuses enquêtes et de textes d'analyse dans leur intégralité sur le site internet www.drogues.gouv.fr rend indispensable une présentation concise de l'état de nos connaissances.

L'édition de 1996 avait 125 pages, celle de 1999 atteignait 270 pages, celle-ci en a 368 et cependant, plusieurs domaines ne sont pas encore suffisamment couverts, notamment certains aspects de la consommation de tabac et d'alcool entrés plus récemment que les drogues illicites dans le champ analysé par l'OFDT. La présentation détaillée des connaissances sur les maladies et la mortalité liées à la consommation de tabac et d'alcool devra être complétée, comme la présentation de données concernant l'accidentalité liée à la consommation inadaptée d'alcool ou de produits illicites. Le développement de connaissances au niveau départemental ou régional fait également partie des objectifs à atteindre.

La mise à jour permanente de nos connaissances sur les consommations de drogues et leurs conséquences est une base indispensable pour la conduite d'une politique publique adaptée, tenant compte à la fois des réalités épidémiologiques, de l'évolution de la société et de l'état de la législation. L'OFDT devient le coordonnateur, le commanditaire et l'organisme de synthèse mettant les connaissances à la disposition de tous. Son indépendance par rapport aux structures qui coordonnent et conduisent l'action gouvernementale – garantie par son collège scientifique – associée à son aptitude à produire les données utiles ou indispensables à leur action, permettent de savoir où l'on en est, de préciser ce qu'il faut craindre et d'avoir des raisons d'espérer dans notre action pour réduire le malheur humain lié à l'usage excessif ou inadapté de drogues, qu'elles soient licites ou illicites.

Robert FINIELZ,
Président du conseil d'administration
de l'OFDT

Claude GOT,
Président du collège scientifique
de l'OFDT

Guide de lecture

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002, OFDT, Paris, 2002, 368 p.

© OFDT 2002
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105 rue La Fayette
75010 Paris

ISBN 2-11-092709-7

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances est conçu pour permettre une lecture des chapitres indépendamment les uns des autres. Ce choix implique parfois des répétitions et des renvois d'un chapitre à l'autre.

En raison de cette structuration, les chapitres comportent chacun une table des matières détaillée, une fiche « Repères » indiquant les principaux points à retenir, ainsi qu'une bibliographie spécifique (rubrique « Pour en savoir plus »).

La table des matières générale et celles figurant au début des quatre grandes parties sont imprimées sur un fond de couleur bleue, permettant ainsi de se repérer facilement dans le rapport.

Afin de permettre une lecture plus technique de ce rapport, quatre types spécifiques de renvoi ont été utilisés :

(OFDT, 1999)	Renvoi à la bibliographie située à la fin de chapitre ou section, dans laquelle les références sont classées par ordre alphabétique.
①	Renvoi à une description méthodologique de la source statistique utilisée ; ces informations sont regroupées dans les annexes, dans la rubrique « Repères méthodologiques ».
produit primaire	Les termes signalés par une couleur bleue et une police de caractère différente du reste du texte signalent une entrée de lexique situé en annexe et explicitant certains termes propres au vocabulaire des champs abordés.
(1)	Ce renvoi est spécifique au chapitre « Cadre légal et dispositifs » et concerne les principaux textes législatifs et réglementaires dont les références complètes figurent en fin de chapitre.

La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans un chapitre. Il est cependant toujours possible de se référer à la liste complète des listes figurant à la fin de l'ouvrage.

L'index, placé en annexe, vient compléter les outils de lecture de l'ouvrage. Il est précédé par la table des illustrations (tableaux et graphiques) présentes dans le rapport.

Sommaire général

Réseau mobilisé	8		
Contributions au projet	10		
Introduction	13		
Approche transversale	18		
Approche transversale toutes drogues	23		
Approche transversale drogues illicites	37		
Approche par produit	69		
Alcool	71		
Cannabis	95		
Cocaïne et crack	115		
Ecstasy et autres amphétamines	135		
Héroïne et autres opiacés	155		
LSD, champignons et autres hallucinogènes	179		
Médicaments psychotropes	195		
Produits dopants	213		
Tabac	227		
Polyconsommation	251		
		Cadre légal et dispositifs	268
		Cadre légal et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues	271
		Dispositifs et moyens de lutte contre les drogues	291
		Annexes	329
		Bibliographie générale	330
		Repères méthodologiques	332
		Table des illustrations	347
		Lexique	355
		Liste des sigles	359
		Index	364

Réseau mobilisé

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
 Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)
 Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM)
 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
 Centre d'analyse et d'intervention sociologique (CADIS)
 Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT)
 Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société (CESAMES, ex-GDR psychotropes, politiques et société)
 Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
 Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida (CESES)
 Centre français d'éducation pour la santé (CFES)
 Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
 Commission nationale des stupéfiants et psychotropes
 Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD)
 Drogues alcool tabac info service (DATIS, ex DIS)
 Fédération française des spiritueux
 Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)
 Information médicale et statistique sur la santé (IMS Health)
 Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)
 Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB)
 Institut de veille sanitaire (InVS, ex RNSP)
 Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
 Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
 Institut national de recherche agronomique (INRA)
 Institut national de recherche pédagogique (INRP)
 Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)
 Office français de prévention du tabagisme (OFT)
 Réseau national d'information et de documentation (TOXIBASE)
 Réseau TREND et SINTES

Ministère de la Défense

Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA)
 Direction centrale du service national (DCSN)
 Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) : Service technique de recherches judiciaires et de documentation

Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) : Sous-direction des affaires juridiques et contentieuses, lutte contre la fraude, bureau D3
 Laboratoire des douanes d'Ile-de-France

Ministère de l'Éducation nationale

Direction de l'enseignement scolaire (DESCO)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Direction générale de la santé (DGS) : bureau « Pratiques addictives » (SD6B) et bureau « Lutte contre le VIH » (SD6A, ex-Division Sida)
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES)
 Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) : bureau Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques (O2)

Ministère de l'Intérieur

Mission de lutte antidrogue (MILAD)
 Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS)
 Laboratoire de police scientifique de Lyon

Ministère de la Jeunesse et des Sports

Direction des sports : Bureau de la protection des sportifs et du public
 Direction de la jeunesse et de l'éducation populaire

Ministère de la Justice

Direction de l'administration générale et de l'équipement (DAGE) : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED)
 Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) : Sous-direction des personnes placées sous main de Justice, Bureau des études, de la prospective et du budget (PMJ1)

Contributions au projet

Directeur de publication

Jean-Michel COSTES

Coordinatrice du projet

Hélène MARTINEAU

Membres du groupe projet du rapport, rédacteurs

François BECK

Jean-Michel COSTES

Thierry DELPRAT

Cristina DIAZ-GOMEZ

Nicolas GILIO

Alain LABROUSSE

Stéphane LEGLEYE

Hélène MARTINEAU

Carine MUTATAYI

Christophe PALLE

Abdalla TOUFIK

Contributions spéciales

Pierre-Yves BELLO

Claude FAUGERON

Claude GOT

Olivier GUÉRIN

Patrick PERETTI-WATEL

Patrick SANSOY

Membres du Collège scientifique de l'OFDT

Président : Claude GOT

Gérard BADEYAN

Joseph CANDALOT

Sylvain DALLY

Alain EHRENBORG

Alain EPELBOIN

Claude FAUGERON

Jean-Dominique FAVRE

Olivier GUERIN

Claude JACOB

Monique KAMINSKI

Serge KARSENTY

Pierre KOPP

Antoine LAZARUS

Dominique PÉCHEUX

Alain SAGLIO

Annie SASCO

Michel SETBON

François CLANCHÉ

Marc VALLEUR

Remerciements pour leur participation

Christel ALIAGA

Sylvie ALLOUCHE

Marie ANGUIS

Jacques ARÈNES

Philippe ARVERS

Christine BARBIER

Hassan BERBER

Dominique BILLET

Michel BOUCHET

Norbert BOUTARD

Gérard BROWNE

Gérard CAGNI

Laurence CALLARD

Chloé CARPENTIER

Martine CAUVILLE

Matthieu CHALUMEAU

Baptiste COHEN

Karine COM

Laure COM-RUELLE

François COURAUD

Éric DANON

Christine DEMESSE-BACHELERIE

Françoise DOREY

Simona DRAGOS

Nathalie DUPARC

Julien EMMANUELLI

Anne de l'EPREVIER

Robert FINIELZ

Danielle FONTAINE

Jean FRANKA

Michel GANDILHON

Arnaud GAUTIER

Nathalie GAUTRAUD

Isabelle GREMY

Philippe GUILBERT

Alice GUITON

Martine GIACOMETTI

Maud GUILLONNEAU

Jean-Marie HARDRE

Roger HENRION

Maguy JEANFRANÇOIS

Éric JOUGLA

Annie KENSEY

Jean-Pierre KILQUE

Catherine KUNTZ

Nicole LABROSSE-SOLIER

Hugues LAGRANGE

Nadine LANDREAU

Sylvie LEDOUX

Bernard LEGOUÉIX

Nicole LEYMARIE

Dominique LUCIANI

Éliane MICHEL

Hélène MORFINI

Valérie MOUGINOT

Karina ODDOUX

Michèle OOMS

René PADIEU

Isabelle PASSET

Elda PHILIPPE

Guillaume PRUNIER

Jean PUIG

Alain RAUSS

Hubert REDON

Catherine RICHARD

Michel RIEU

Catherine SERMET

Élisabeth SEVENIER

Marie-Françoise SOMBART

Marjorie SOUFFLET

Sergine TELLIER

Xavier THIRION

Frédéric THOMAS

Odile TIMBART

Alain TRUGEON

Jean-Paul TRUCHOT

Nicole MAESTRACCI, ainsi que l'ensemble des chargés de mission et du personnel de la MILDT

Introduction

« Pour mener des politiques publiques, il est indispensable de comprendre et mesurer le phénomène que l'on veut traiter » (extrait du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001).

Les pouvoirs publics ont souhaité qu'un rapport sur l'état du phénomène des drogues et des dépendances puisse être établi périodiquement par un organisme indépendant. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, établissement public autonome, s'est vu confier cette mission depuis 1995. Il publie cette quatrième édition de son rapport, trois ans après l'adoption du plan du gouvernement, auquel la précédente édition était annexée. L'état des lieux dressé ici permet de mieux appréhender l'étendue et la complexité du phénomène auquel les pouvoirs publics ont à faire face, son évolution au cours des deux années passées, ainsi que les dispositifs mis en œuvre à cet effet.

La politique publique s'est orientée, à partir de 1999, vers une nouvelle approche qui s'applique à prévenir et à traiter l'ensemble des usages des produits psychoactifs, quel qu'en soit le statut juridique. Cette approche, tout en reconnaissant les spécificités médicales et sociales de chaque produit, accorde une priorité à la notion de comportement d'usage plutôt qu'à celle de produit. Pour mieux répondre à sa mission, orientée vers une perspective d'aide à la décision, l'Observatoire a étendu son champ d'observation en conséquence. Ainsi, le présent rapport prend en compte l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes au même titre que les drogues illicites.

Démarche adoptée

Méthode de travail

Cette synthèse des données et des analyses disponibles sur les drogues et les dépendances a pour ambition de présenter le phénomène, son évolution et ses tendances de façon aussi globale que possible. Ceci suppose un travail visant à explorer et à préciser la signification des séries chiffrées et à les confronter les unes avec les autres, alors que les données proviennent de sources tout à fait différentes, et ont souvent été produites selon des protocoles méthodologiques distincts.

La démarche adoptée poursuit des objectifs à la fois pédagogiques et techniques. Il s'agit non seulement de présenter des indicateurs et de dégager des tendances, mais aussi de préciser leurs origines et leurs limites d'interprétation grâce à la confrontation de points de vue divers.

L'Observatoire a assuré la conduite et la rédaction du rapport en s'appuyant sur un groupe projet, constitué en interne, qui en a défini les orientations et discuté les différentes étapes de réalisation. Le Collège scientifique s'est impliqué pour valider les orientations initiales ainsi que l'ensemble du rapport. Une validation externe a été demandée, chapitre par chapitre, aux experts compétents. Ce rapport est donc le fruit d'un intense travail d'équipe relayé par la mobilisation du réseau d'experts que l'Observatoire a constitué au cours de ses travaux.

Plan du rapport

Le rapport comprend trois parties. La première traite, de façon transversale au regard des différents produits concernés, de la mesure du phénomène « drogues » en France et de la description de ses caractéristiques : les perceptions et les opinions des Français en la matière, les consommations de drogues, leurs conséquences sanitaires, sociales et pénales, l'offre de drogues et enfin la géographie de la consommation. Cette partie présente également certains aspects spécifiques aux drogues illicites, de manière transversale aux produits.

La deuxième partie décline produit par produit le plan d'analyse de l'approche transversale précédente. Les chapitres la composant peuvent sembler partiellement redondants en raison de la ligne éditoriale suivie, privilégiant une lecture autonome de chaque chapitre.

La troisième partie est consacrée à la présentation du cadre légal et institutionnel dans lequel s'inscrit la consommation des drogues en France. Au-delà d'un simple rappel des principales dispositions légales relatives aux différentes drogues, cette partie retrace l'évolution récente des politiques publiques, depuis la parution de la version précédente du rapport « Indicateurs et tendances ». Elle expose ensuite les dispositifs et les moyens que les pouvoirs publics ont mis en œuvre pour faire face au phénomène. Certains domaines, tels que la prévention, peu explorés dans l'édition précédente, ont fait l'objet d'un développement particulier.

Méthodes d'observation : les sources d'information

L'ensemble des sources d'information utilisées dans le rapport est brièvement décrit en annexe. Elles peuvent être regroupées en grandes catégories, dont il convient de décrire les caractéristiques principales et les limites quant à leur capacité à décrire le phénomène. Auparavant, deux remarques à caractère général sont à faire.

La mobilisation des sources d'information disponibles offre une photographie du phénomène des drogues et des dépendances. La représentation ainsi obtenue d'une réalité est largement dépendante des sources d'information, de ce qu'elles cherchent et arrivent à observer. Le cloisonnement des systèmes d'information (drogues licites et illicites), l'ambivalence des sources (indicateur d'évolution du phénomène et/ou de l'évolution de l'action d'une institution) et le manque de données dans certains domaines sont les principales limites à souligner. Ne délivrant parfois que des éléments partiels d'observation, elles restreignent la portée de la mise en perspective souhaitée. Par exemple, il est diffi-

cile de traiter sur le même plan les conséquences sanitaires de l'usage des grandes catégories de drogues.

La focalisation sur les populations d'usagers de drogues, inhérente à ce type d'exercice, ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes de la population générale et que certaines tendances dégagées peuvent n'être que le simple reflet de tendances plus générales relevées sur l'ensemble de la population.

Enquêtes en population générale

Ces enquêtes reposent sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, dans l'ensemble de la population, ainsi qu'une mesure assez fiable de son évolution. Il est cependant parfois difficile de déceler à travers elles des comportements relativement rares. Les résultats fournissent une image de la consommation déclarée.

Données de vente

Les données de vente, uniquement disponibles pour les produits licites, donnent, lorsqu'elles sont bien enregistrées, une autre image des comportements de consommation et de leur évolution.

Registres

Les statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (décès, Sida, etc.) permettent d'estimer une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains des dommages induits.

Statistiques administratives

Les statistiques administratives et certaines études ciblant une population particulière, définie par l'institution qui intervient dans le champ (par

exemple : santé/personnes ayant recours aux soins, justice/personnes incarcérées), offrent une vision partielle du phénomène d'usage de drogues, appréhendé sous un angle particulier. De plus, la population cachée, non vue par l'institution, échappe, par définition, à ces statistiques.

Ces sources d'information sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances lourdes, grâce à leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. Leur utilisation est néanmoins délicate, et il est important de bien prendre en compte leurs limites. Les indicateurs produits sont des « indicateurs indirects », dont l'inertie inhérente à leur processus de production ne permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. De plus, ces sources d'information posent des problèmes spécifiques : limitation de leur champ théorique, fiabilité, doubles comptes...

Études qualitatives

Des études particulières s'intéressent à des sous-groupes de population directement touchés par l'usage de produits, mais non sélectionnés de manière institutionnelle. Les travaux à caractère ethnographique en sont un exemple. Outre la qualité de description des usages et des comportements, ce type d'approche permet d'aborder la partie « cachée » du phénomène : les individus qui ne sont vus par aucune institution. Ces études particulières décrivent des comportements de façon qualitative, mais ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur.

Dispositif de surveillance des phénomènes émergents

Depuis 1999, l'OFDT a mis en place un dispositif spécifique de surveillance des phénomènes émergents (TREND). Il s'agit, d'une part, d'un réseau d'observateurs « sentinelles » centré sur « l'espace urbain » (consommateurs problématiques de drogues marginalisés) et « l'espace festif » (consommateurs de drogues fréquentant les établissements de nuit ou les rassemblements « techno ») et, d'autre part, d'un système de recueil et d'analyse des drogues de synthèse.

Ce dispositif, à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment, se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les enquêtes et les statistiques pérennes.

Définitions et concepts

Un lexique, en annexe, précise le sens de certains mots utilisés dans le rapport. Néanmoins, il est utile de définir dès l'introduction quelques concepts généraux, structurant la présentation des indicateurs et des tendances.

Drogues – produits psychoactifs

Quel terme utiliser pour désigner l'ensemble des produits couverts par le champ d'observation : drogues, produits (ou substances) psychoactifs ?

Le sens du terme « drogues » diffère en fonction du point de vue selon lequel on l'envisage (approche juridique, clinique, toxicologique). Son acception commune est plutôt orientée vers le champ des produits illicites. Il offre néanmoins l'avantage de pouvoir prendre en compte l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psychoactif du produit.

La notion de produits psychoactifs donne l'apparence d'une plus grande précision, mais en réalité elle englobe des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat, air, eau, etc.), donc un champ beaucoup plus large que le champ d'observation déterminé précédemment.

La définition suivante est proposée pour le terme « drogues » : *produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non*. Cette définition inclut : les stupéfiants

(conventions ONU) les substances psychotropes (convention ONU 71), l'alcool, le tabac, les colles et les solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées.

S'appuyant sur cette définition, et par convention, le terme « **drogues** » (ou parfois « produits psychoactifs ») couvre ici l'ensemble des produits pris en compte, qui comprend les sous-ensembles suivants : **alcool, tabac**, « médicaments psychotropes », « drogues illicites ». Les **médicaments psychotropes** comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les **drogues illicites** regroupent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, substances de synthèse, médicaments détournés...).

Comportements d'usage observés : usage, usage nocif, dépendance

En matière de comportements, trois catégories sont distinguées : l'usage, l'usage nocif, la dépendance. Ces distinctions sont communes au milieu scientifique international. Elles reposent sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV).

L'usage est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation (conduite automobile, grossesse) et, enfin, être causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Au regard de leur définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition ou une pérennité du comportement.

La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler sa consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, posent problème sur certains plans. Ainsi, quelques usages dangereux mais ponctuels ne sont pas pris en compte sous le terme d'usage nocif ou d'abus. De même, la définition de la dépendance peut être largement discutée. De plus, ces concepts ne sont actuellement pas pris en considération par les statistiques. Sur le plan opérationnel, il est donc très difficile d'évaluer la part des consommateurs de drogues concernés par un comportement d'abus ou de dépendance. Dans cette perspective, il est néanmoins possible de recourir à des méthodes indirectes d'estimation et d'étudier des modalités de repérage dans les enquêtes du « seuil » de passage de l'usage simple à l'usage susceptible d'impliquer un abus ou une dépendance.

Dopage

Le problème du dopage n'est pas propre au sport, même s'il concerne les sportifs en priorité. Prendre des médicaments pour se surpasser intellectuellement ou physiquement est un fait de société qui touche toutes les catégories sociales. Il ne s'agit pas d'une toxicomanie au sens strict, même si les substances utilisées sont souvent des produits psychoactifs. La définition donnée dans la loi est la suivante : « *utiliser des substances et procédés (dont l'utilisation est soumise à des conditions restrictives) de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété, lorsque les conditions d'utilisation de ces substances ou procédés ne sont pas remplies* ».

Le dopage étudié dans le présent rapport concerne globalement les pratiques des français visant à améliorer les performances physiques ou intellectuelles et, plus spécialement, celles des sportifs amateurs. Au sein du milieu du sport, deux phénomènes sont à différencier :

- la pratique du dopage dans le but d'améliorer la performance (qui sera traitée dans le chapitre consacré au dopage),
- la consommation de drogues, dont certaines sont classées comme produit dopant, par les sportifs pour des raisons de sociabilité ou autres. Le lien entre consommation de drogues et pratique sportive sera décrit dans les chapitres correspondants aux produits consommés.

Approche transversale

Repères	20		
Approche transversale toutes drogues	23		
<i>Perceptions et opinions</i>	23		
Perceptions relatives aux drogues	23		
Opinions relatives aux politiques publiques	24		
Facteurs associés aux perceptions et aux opinions	25		
<i>Consommations de drogues dans la population française</i>	26		
Estimations du nombre de consommateurs	26		
Consommations en population générale adulte	27		
Consommations à l'adolescence	29		
<i>Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues</i>	31		
Demandes de traitement dans l'ensemble des structures spécialisées	32		
Morbidity et mortalité liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites	32		
<i>Géographie de la consommation de drogues</i>	34		
Approche transversale drogues illicites	37		
<i>Usages à problèmes de drogues illicites</i>	37		
Estimations du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes	37		
		<i>Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues illicites</i>	39
		Demandes de traitement dans les CSST et les établissements sanitaires	39
		Morbidity liée aux drogues illicites	44
		Mortalité chez les usagers de drogues illicites	47
		<i>Conséquences pénales de l'usage de drogues illicites</i>	49
		Interpellations pour usage	50
		Injonctions thérapeutiques et autres alternatives	52
		Condamnations pour usage	54
		Incarcérations pour usage et détenus incarcérés pour usage	56
		<i>Répression de l'offre et du trafic de drogues illicites</i>	57
		Saisies de drogues	57
		Interpellations, condamnations et incarcérations pour trafic	59
		Blanchiment de l'argent de la drogue	62
		<i>Géographie des conséquences de l'usage de drogues illicites</i>	63
		Conséquences sanitaires et sociales	63
		Conséquences pénales	64
		Pour en savoir plus	66

Repères

Approche transversale toutes drogues

Perceptions, opinions

- Les Français hiérarchisent distinctement la dangerosité potentielle des différentes drogues : l'héroïne, la cocaïne et, dans une moindre mesure, l'ecstasy sont placées clairement en tête, le cannabis étant associé, comme l'alcool et le tabac, à un danger moins grand.
- Les perceptions sont liées à certaines caractéristiques des individus, principalement leur âge et leur comportement de consommation. Ceci est particulièrement avéré dans le cas du cannabis : la perception de sa dangerosité, le fait de croire que sa consommation conduira à celle de drogues plus nocives et les opinions sur son statut légal sont fortement clivés par le fait d'en avoir ou non déjà consommé.
- L'adhésion des Français aux politiques publiques menées dans le domaine est forte : ils sont ainsi globalement pour les mesures de réduction des risques, mais restent attachés à la prohibition existante. Dans le cas du cannabis, deux Français sur trois restent favorables à son interdiction, les autres préconisent plutôt un régime de réglementation.

Consommation

- En population générale adulte, les drogues licites ont été expérimentées par une grande majorité de Français. Consommées de façon répétée ou régulière par de larges fractions de la population, elles représentent une part importante des consommations problématiques de drogues.
- L'expérimentation, et plus encore la consommation actuelle, de drogues illicites est plus marginale. En dehors du cannabis, déjà expérimenté par un Français sur cinq, les autres produits ne concernent qu'une faible part de la population.
- Les consommations de drogues touchent plutôt les hommes et les jeunes adultes, sauf dans le cas de l'alcool (consommation croissante avec l'âge) et des médicaments psychotropes (consommation croissante avec l'âge et plutôt féminine).
- Au cours des années 1990, les tendances d'évolution des consommations sont les suivantes : baisse pour le tabac, stabilité pour l'alcool et les médicaments psychotropes (à l'exception des antidépresseurs dont la consommation augmente) et hausse pour le cannabis.
- Chez les jeunes, les constats sont relativement proches avec toutefois certaines différences marquantes. Contrairement aux adultes, la consommation du tabac chez les jeunes est en hausse et atteint sensiblement le même niveau pour les filles que pour les garçons.

L'usage de médicaments psychotropes, hors prescription médicale, est en très nette hausse, notamment chez les garçons.

- Le phénomène de banalisation de la consommation de cannabis est beaucoup plus marqué chez les jeunes. Son expérimentation à la fin de l'adolescence a dépassé le seuil symbolique des 50 %.
- Sans atteindre l'ampleur relevée pour le cannabis, les consommations d'autres substances se développent amenant le constat d'une diversification des produits expérimentés et consommés, notamment dans des contextes festifs, par certains jeunes : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse et, dans une moindre mesure, cocaïne.
- L'initiation aux trois principales drogues consommées par les jeunes se fait, en moyenne, dans l'ordre suivant : l'alcool (13 ans), le tabac (14 ans), puis le cannabis (15 ans). Ces consommations sont très liées entre elles.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les consommations de drogues licites sont celles qui ont les conséquences les plus graves en matière de santé. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 et à 60 000 pour le tabac. Actuellement, le nombre de décès annuels dus aux drogues illicites ne peut pas être estimé ; les principales données disponibles sont les décès par surdose constatés par les services de police et les décès par Sida chez les usagers de drogues qui sont de l'ordre de 300 en 2000.
- L'impact sur la mortalité des différentes drogues ne peut pas être totalement comparé en raison du caractère partiel des données sur les drogues illicites et dans la mesure où les décès estimés ne concernent pas la même population. En effet, il s'agit pour partie d'une population âgée de plus de 60 ans dans le cas de l'alcool et du tabac et d'une population âgée en moyenne de 30 ans dans le cas des drogues illicites.
- Les dommages sanitaires liés à l'alcool et au tabac sont beaucoup plus importants pour les hommes que pour les femmes en raison, principalement, d'une plus grande consommation masculine de ces produits dans les années passées. Néanmoins, cet écart tend à se réduire dans le cas du tabac, en raison de l'augmentation de la proportion des femmes parmi les consommateurs de tabac.

Approche transversale drogues illicites

Conséquences sanitaires et sociales

- Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne, qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites. La consommation de cocaïne est aussi plus fréquemment rencontrée, la plupart du temps en association avec les opiacés. On estime entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ».
- Une grande partie de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale, notamment d'un traitement de substitution.
- Parmi cette population, l'injection intraveineuse était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Cette pratique est actuellement en régression.
- Les prises en charge liées au cannabis sont de plus en plus nombreuses (15 % en 1999).
- Le nombre de décès consécutif à l'usage de drogues illicites continue à diminuer (tendance amorcée en 1994). La prévalence du VIH poursuit la baisse entamée au début des années 1990. Elle est de 16 % pour les usagers injecteurs en 1999. La prévalence du VHC augmente et atteint un niveau très élevé : 63 % pour les usagers injecteurs en 1999.

Conséquences pénales

- Les infractions à la législation sur les stupéfiants ont conduit à plus de 100 000 interpellations en 2000. Celles-ci, en hausse constante depuis les années 1970, concernent principalement des usagers (95 000 interpellations pour usage ou usage-revente, soit 93,5 % du total des interpellations) et, plus particulièrement, des consommateurs de cannabis.
- Au cours des années 1990, l'évolution du nombre d'interpellations a suivi quatre grandes tendances : l'explosion des interpellations liées au cannabis, la forte chute de celles pour usage d'héroïne depuis 1995, la croissance de celles liées à la cocaïne et l'apparition et le développement de celles pour usage d'ecstasy.
- Les interpellations pour usage peuvent avoir une suite judiciaire et être suivies d'une condamnation (15 000 en 1999). Dans ce cas, le délit d'usage est fréquemment rencontré comme infraction associée le plus souvent à une autre infraction à la législation sur les stupéfiants (trafic). Le nombre de condamnations pour usage est stable depuis plusieurs années. Les incarcérations pour usage sont peu fréquentes (400 environ en 2000) et en baisse au cours des années 1990.

Offre de drogues illicites

- L'offre de drogues illicites, telle qu'elle est perçue par l'activité des services répressifs, est dominée par le cannabis dont les quantités saisies ont triplé au cours des dix dernières années. Son prix modéré et sa grande disponibilité font du cannabis un produit très accessible.
- Le nombre de saisies et les quantités saisies de cocaïne sont à la hausse, mais les variations sont fortes d'une année à l'autre ; elles dépendent de la réalisation ou non d'importantes opérations ponctuelles.
- Le marché clandestin des drogues de synthèse est en extension.
- Celui de l'héroïne semble stagner.
- Le nombre d'interpellations et de condamnations pour trafic de stupéfiants, à la hausse depuis le début des années 1990, était en diminution à la fin de cette décennie. Les données d'interpellations de l'année 2000 indiquent une inversion de tendance avec une augmentation qui concerne l'ensemble des produits. Le cannabis est majoritaire dans les interpellations pour trafic de stupéfiants, mais dans une moindre mesure qu'en matière d'usage.

Approche transversale toutes drogues

Perceptions et opinions

Les perceptions et les opinions de la population française sur les drogues et les toxicomanies sont étudiées à partir d'une enquête téléphonique en population générale réalisée en avril 1999 auprès de 2 000 personnes âgées de 15 à 75 ans (EROPP®). D'autres enquêtes effectuées au cours des années 1990 sont également utilisées lorsqu'elles permettent de suivre des tendances.

Perceptions relatives aux drogues

En 1999, le produit le plus souvent cité spontanément en tant que drogue par les 15-75 ans est le cannabis (78 %), suivi par la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 %), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). Une minorité de plus en plus importante cite spontanément l'alcool comme faisant partie des drogues (20 % en 1999 contre 14 % en 1997).

Concernant les risques pour la santé, l'héroïne et la cocaïne sont associées à un danger immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). L'expérimentation de l'ecstasy est un peu moins souvent perçue comme dangereuse (76 %). Pour plus de la moitié des 15-75 ans, le cannabis est nocif dès qu'on l'essaie, mais un tiers estime la consommation régulière sans danger. Le risque de dépendance est jugé beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % le situent dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %).

S'agissant de hiérarchiser selon leur dangerosité sept produits, une forte majorité relative choisit l'héroïne (41 %), devant la cocaïne (20 %) et l'ecstasy (17 %), puis l'alcool (6 %), le cannabis (3 %), le tabac (2 %) et les médicaments pour les nerfs (2 %). Il faut souligner que le questionnaire ne distinguait pas

le danger de la dépendance, les risques sociaux ou les risques physiques, ce qui limite l'interprétation des réponses. Parmi les 15-75 ans, 70 % estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux. Seuls 13 % sont plutôt en désaccord avec cette idée et 14 % pas du tout d'accord. Néanmoins, cette théorie de l'escalade apparaît moins fortement ancrée dans l'opinion publique qu'en 1992.

Le niveau de peur ressentie à l'idée d'essayer un de ces produits est supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis (pour lequel il est de 68 %). Il atteint 55 % pour les médicaments pour les nerfs et environ 33 % pour le tabac et l'alcool. Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool. De grandes disparités dans les appréhensions se font également jour selon l'âge des enquêtés. Pour l'alcool et le tabac, ainsi que pour les substances concernant particulièrement les plus jeunes (l'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes), la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants, génèrent des peurs moins différenciées selon l'âge.

Opinions relatives aux politiques publiques

La majorité des 15-75 ans juge l'interdiction de l'usage des stupéfiants légitime, quoique relativement peu efficace. Près de la moitié rejette catégoriquement l'idée d'une autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, cette proportion atteint les trois quarts pour l'héroïne. Si environ un tiers est favorable à une telle autorisation pour le cannabis (contre 12 % pour l'héroïne), la légalisation (mise en vente libre) du cannabis rencontre toutefois une opposition très forte : seuls 17 % l'approuvent. La réglementation est ainsi la principale revendication

des partisans d'une révision de la loi. Les hommes et les jeunes adultes sont plus souvent pour la mise en vente libre. Enfin, si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis montrent des positions relativement variées, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles.

L'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation est très largement acceptée (plus de neuf individus sur dix sont pour). Si le recours aux produits de substitution est jugé favorablement par 81 % des Français, la vente de seringues sans ordonnance ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % d'opinions favorables). La distribution contrôlée d'héroïne est une mesure souvent bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français n'y est tout de même pas hostile (53 %). Le niveau d'accord avec ces trois dernières propositions augmente nettement pour ceux qui ont déjà consommé du cannabis, et diminue avec l'âge. Enfin, l'usage thérapeutique du cannabis trouve l'aval de plus des deux tiers des 15-75 ans (plus souvent des hommes que des femmes). Seul un quart des Français, plutôt âgé et peu diplômé, pense qu'il est possible de parvenir à un monde sans drogue. Dans l'ensemble, depuis le début des années 1990, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de plus en plus acceptées par les Français. Néanmoins, la majorité reste favorable à des mesures prohibitives, sauf lorsque l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique : ce ne sont donc pas seulement les produits, mais aussi les usages évoqués qui motivent les opinions recueillies sur les politiques publiques.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par environ deux tiers des 15-75 ans (66 %). Néanmoins, pour 63 % il faudrait l'augmenter et pour 21 % il faudrait faire autrement. Une très forte majorité (86 %) juge qu'il est utile d'informer les jeunes, la proportion d'individus pensant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler diminuant au cours des années 1990. L'information des jeunes est jugée suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %. Par ailleurs, 58 % des Français s'estiment bien informés sur les drogues. Le niveau d'information ressenti croît de façon régulière avec

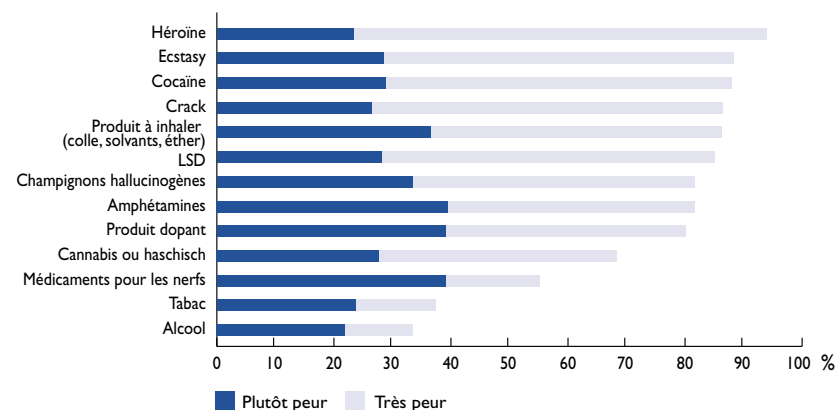
le niveau scolaire, et s'avère plus élevé parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

Facteurs associés aux perceptions et aux opinions

Les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies s'articulent de façon cohérente, et font écho au système de valeurs de chacun : les plus attachés aux valeurs traditionnelles sont les plus hostiles à l'égard de ces usagers, et les plus enclins à plébisciter une politique coercitive et répressive. Inversement, ceux qui les mettent en question refusent davantage de stigmatiser les usagers d'héroïne, sont plus critiques à l'égard des interdictions d'usage et plus favorables à une politique de réduction des risques.

Concernant le profil sociodémographique, les plus jeunes, et surtout les plus âgés, montrent les craintes les plus fortes et le besoin d'information le plus important. Le sexe est peu discriminant dans la mesure où lorsqu'il semble avoir une incidence sur une opinion, son effet disparaît le plus souvent dès qu'est prise en compte l'expérimentation d'une drogue illicite. La crainte vis-à-vis des produits et les attitudes de rejet à l'égard des toxicomanes sont nettement moins fréquentes chez les personnes qui ont une certaine familiarité avec les substances illicites, qu'ils les aient consommées, s'en soient vu proposer ou connaissent des usagers dans leur entourage. Concernant les autres facteurs, d'une manière générale, les personnes ayant un niveau d'études élevé et celles se sentant bien informées sur les drogues ont des perceptions moins stigmatisantes des drogues et de leurs usagers, et sont plus favorables aux mesures de réduction des risques et à l'idée d'une réglementation de la consommation de cannabis.

Pourcentage d'individus qui auraient peur de prendre différents produits ne serait-ce qu'une fois, en 1999



Source : EROPP 1999, OFDT

Consommations de drogues dans la population française

Estimations du nombre de consommateurs

Avant de répondre aux questions que l'on se pose sur le nombre de consommateurs et leurs caractéristiques, il est nécessaire de définir ce que l'on entend par consommation. Il est fréquent de

voir opposer des chiffres qui se réfèrent à des notions de consommation différentes et qu'il est donc impossible de comparer. La consommation se caractérise par deux aspects fondamentaux : la quantité consommée et la fréquence de consommation.

Mettre en perspective l'ampleur des consommations des différentes drogues oblige donc à pré-

Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
				Cannabis	Autres drogues
Expérimentateurs ⁽¹⁾	43 millions	36 millions	///	9,5 millions	1,5 millions
Occasionnels ⁽²⁾	41 millions	15 millions	8,4 millions	3,3 millions	220 000
Répétés ⁽³⁾	14 millions	13 millions	3,8 millions	1,7 millions	///
Quotidiens ⁽⁴⁾	8,9 millions	13 millions	2,4 millions	280 000	///

(extrapolation faite sur l'ensemble des 15-75 ans de France métropolitaine, soit environ 44 millions de personnes en 1999, à partir d'une enquête en population générale)

(1) Expérimentateurs	Alcool	Au moins 1 fois dans la vie
	Tabac	Au moins 1 fois dans la vie
	Cannabis	Au moins 1 fois dans la vie
	Autres drogues illicites ⁽⁵⁾	Au moins 1 fois dans la vie
(2) Occasionnels	Alcool	Au moins 1 fois dans l'année
	Tabac	Se déclarent actuellement fumeurs
	Médicaments	Au moins 1 fois dans l'année
	Drogues illicites ⁽⁶⁾	Au moins 1 fois dans l'année
(3) Répétés	Alcool	Au moins 3 fois dans la semaine
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant 1 fois dans la semaine
	Cannabis	Au moins 10 fois dans l'année
(4) Quotidiens	Alcool	Au moins 1 verre par jour au cours des douze derniers mois
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant quotidiennement ou presque au cours des trente derniers jours
	Cannabis	Au moins trente fois au cours des trente derniers jours

(5) En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 2,4 millions.

(6) En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 300 000.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

ciser des « niveaux de consommation ». Quatre niveaux sont ici retenus :

- l'expérimentation – le fait d'avoir pris, au moins une fois au cours de sa vie, le produit ;
- l'usage occasionnel ;
- l'usage répété ;
- l'usage quotidien.

Déterminées à partir des indicateurs couramment utilisés au niveau international, ces quatre catégories établissent une gradation dans l'intensité des consommations. Ces différents groupes sont emboîtés : les consommateurs répétés forment un sous-ensemble des consommateurs occasionnels, eux-mêmes inclus dans les expérimentateurs.

Cet exercice donne des ordres de grandeur dont la marge d'erreur est importante. Ces données doivent être prises comme un simple cadrage de l'ampleur des différents modes de consommation des principaux produits psychoactifs et de leur poids relatif dans l'ensemble des consommations.

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans la culture et dans les pratiques de consommation. C'est le plus fréquemment expérimenté et consommé de manière occasionnelle. Au niveau des consommations régulières, il est devancé par le tabac qui, pour deux expérimentateurs, compte un fumeur « actif ». Ce dernier est presque toujours un fumeur régulier (au moins 1 cigarette par jour) et dans deux cas sur trois un gros fumeur (10 cigarettes et plus par jour).

Les consommations de médicaments psychotropes correspondent en partie à des usages thérapeutiques et en partie à une consommation semblable à celle des autres drogues. La frontière entre ces deux types de consommation est difficile à établir. En l'absence de critères permettant de les délimiter, on ne peut se référer qu'aux seuls chiffres existants relatifs à l'ensemble des consommations.

Même si l'expérimentation des drogues illicites a tendance à s'étendre, le nombre de consommateurs déclarés ou repérables de ces produits est considérablement plus faible que pour les produits cités précédemment.

Sur la base de ces données de cadrage, auxquelles il convient de ne pas accorder une importance autre que celle d'indiquer des ordres de gran-

deur, les chapitres suivants du rapport s'attachent à mieux préciser les niveaux de consommation et à dégager des tendances en matière d'évolution des prévalences, produit par produit. Dans une perspective d'aide à la décision, il faut privilégier la recherche d'une appréciation satisfaisante des évolutions plutôt que la précision, souvent illusoire, sur la mesure des grandeurs.

Une fois établis le niveau et la fréquence des consommations, il est indispensable de pouvoir évaluer la part des consommateurs de drogues concernés par un comportement d'abus ou de dépendance. Pour cela, il n'est pas possible de s'appuyer sur les définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, et qui sont difficiles à traduire en termes statistiques (voir l'introduction). Les enquêtes sur les consommations de substances psychoactives permettent cependant de repérer des « seuils » de passage de l'usage simple à l'usage susceptible d'impliquer un abus ou une dépendance en utilisant les réponses sur les fréquences des consommations, les quantités consommées, l'âge d'initiation ou sur la perception par le sujet de sa propre dépendance (type **test DETA** pour l'alcool).

Ces seuils seront définis pour l'alcool, le tabac et le cannabis dans les chapitres relatifs à chacun de ces produits. L'estimation du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes est présentée dans ce chapitre à la section « approche transversale drogues illicites ».

Consommations en population générale adulte

La consommation de substances psychoactives est décrite ici sur les tranches d'âges les plus concernées et sur l'ensemble des 18-75 ans, à travers les résultats d'une enquête déclarative sur un échantillon représentatif de la population adulte française ©.

Chez les 18-75 ans, les substances psychoactives les plus fréquemment expérimentées sont l'alcool et le tabac. La drogue illicite la plus consommée est de loin le cannabis avec 21,6 % d'expérimentateurs, cette prévalence la situant

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge

	(en %)		
	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans
Alcool	95,9	93,9	95,9
Tabac	82,0	80,0	84,7
Médicaments psychotropes ⁽¹⁾	19,7	13,1	16,3
Cannabis	21,6	46,8	31,7
Colles et solvants volatils	2,7	5,7	4,0
Cocaïne	1,5	2,2	2,5
LSD	1,5	2,9	2,3
Amphétamines	1,4	1,6	1,8
Ecstasy	0,8	2,8	0,9
Héroïne	0,7	0,9	1,2
Médicaments ⁽²⁾ « pour se droguer »	0,7	0,9	1,1
Champignons hallucinogènes	0,4	0,6	0,5
Opium, morphine	0,3	0,1	0,3
Poppers	0,1	0,1	0,2

(1) Pour les médicaments psychotropes, la question portait sur les douze derniers mois.

(2) Termes employés lors de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

toutefois à un niveau d'expérimentation nettement inférieur à celui des produits licites. L'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année concerne une personne sur cinq parmi les 18-75 ans. Pour les autres produits (produits à inhaler – colles et solvants volatils –, LSD, cocaïne, amphétamines et, dans une moindre mesure encore, ecstasy, héroïne et médicaments « pour se droguer »), l'expérimentation ne concerne qu'une petite minorité d'individus.

La consommation de substances psychoactives touche avant tout les jeunes, à l'exception notable des médicaments psychotropes et des consommations quotidiennes d'alcool. Plus d'un tiers des 18-44 ans a déjà consommé du cannabis au cours de la vie. Chez les adultes, la proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge ; elle n'atteint plus que 2,5 % des 55-75 ans. La répartition par âge des expérimentateurs est très similaire pour les médi-

caments « pour se droguer » et l'héroïne, de même que pour le LSD et la cocaïne, ces derniers concernant plus nettement la génération des 18-44 ans (plus de 2 % d'utilisateurs au cours de la vie sur cette tranche). Parmi les 18-34 ans, environ un individu sur vingt a déjà pris un produit à inhaler. L'expérimentation de l'ecstasy est presque nulle au-delà de 35 ans, alors qu'à l'inverse, celle des amphétamines ne dépend presque pas de l'âge.

L'expérimentation de substances psychoactives autres que les médicaments psychotropes est un comportement nettement masculin. À l'exception des amphétamines, pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas *significative*, les hommes sont, pour toutes les drogues illicites, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Il y a environ deux fois plus d'expérimentateurs de cannabis chez les hommes (29 %) que chez les femmes (15 %). Enfin, le tabac occupe une place particulière dans le sens où le comportement des femmes est de plus en plus proche de celui des hommes, même si dans les générations les plus anciennes, le sex-ratio demeure fort.

Pour sa part, l'usage répété concerne surtout le tabac et l'alcool, et beaucoup moins le cannabis. Parmi les 18-75 ans, trois sur dix sont des fumeurs quotidiens de tabac et environ un tiers a pris de l'alcool au moins trois fois au cours de la semaine. L'usage répété de cannabis (au moins dix fois au cours des douze derniers mois) concerne 3,4 % des 18-75 ans (15 % des 18-25 ans et 3 % des 26-44 ans). La consommation répétée (au moins une fois au cours de la semaine) de somnifères ou tranquillisants touche 9,1 % des 18-75 ans. Pour les autres produits, l'usage au cours de l'année est très rare.

La consommation répétée d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne 15 % de la population de 18 à 44 ans. Les *polyconsommations répétées* incluant le cannabis sont très rares au-delà de 45 ans. Sur la tranche 18-44 ans, l'association alcool-tabac est la plus fréquente (9,6 %), puis viennent celles relatives aux tabac-cannabis (3,4 %), alcool-tabac-cannabis (1,7 %) et alcool-cannabis (0,4 %). Ces polyconsommateurs sont majoritairement de sexe masculin, surtout lorsque les deux substances les plus consommées par les hommes, l'alcool et le cannabis, sont pré-

sentes ensemble. Ils sont par ailleurs expérimentateurs des trois produits, sauf la moitié des polyconsommateurs d'alcool et de tabac (48 %), qui déclare n'avoir jamais fumé de cannabis.

Concernant l'évolution au cours des années 1990, le cannabis s'est largement diffusé, la consommation d'alcool apparaît relativement stable et celle du tabac est à la baisse chez les hommes et en hausse chez les femmes. Les faibles prévalences obtenues pour les autres produits rendent délicate toute extrapolation. Il semble toutefois que la tendance générale soit à la hausse (en particulier pour la cocaïne et le couple amphétamines-ecstasy), à l'exception notable de l'héroïne et des médicaments pris « pour se droguer » ③.

Consommations à l'adolescence

La consommation de substances psychoactives à l'adolescence est décrite à travers les résultats de deux enquêtes déclaratives : la première concerne les jeunes à la sortie de l'adolescence, interrogés lors de la Journée d'appel à la préparation à la défense ④ et la seconde, les jeunes scolarisés de 14 à 18 ans ⑤.

À la fin de l'adolescence, après le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont les champignons hallucinogènes, les *poppers*, l'ecstasy, les produits à inhaler et, dans une moindre mesure, le LSD, les amphétamines et la cocaïne. À 17 ans, ces expérimentations sont toujours plus fréquentes pour les garçons, exceptés pour le tabac et les médicaments psychotropes. Pour les garçons, à 19 ans, l'expérimentation dépasse 5 % pour quatre autres produits : les champignons hallucinogènes, le *poppers*, l'ecstasy et les produits à inhaler.

À 17 ans, 76 % des filles et 75 % des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le cannabis. À cet âge, l'expérimentation des trois substances est plus fréquente pour les garçons (47 % contre 39 %), tandis que les filles sont plus nombreuses à n'avoir expérimenté que l'alcool et le tabac. La *poly-expérimentation* augmente avec l'âge, pour atteindre 83 % à 19 ans (et 57 % pour la combinaison tabac, alcool et cannabis). Il est très rare d'avoir déjà consommé du cannabis sans avoir expérimenté le tabac et l'alcool. Quels que soient

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge

	(en %)			
	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool ⁽¹⁾	77,3	80,8	79,3	82,7
Tabac	79,4	76,0	78,4	84,0
Cannabis	40,9	50,1	54,9	60,3
Médicaments psychotropes ⁽²⁾	29,0	10,6	12,7	13,6
Champignons hallucinogènes	1,6	4,5	6,9	8,7
Poppers	1,3	3,4	4,8	8,3
Ecstasy	1,4	2,8	4,7	6,7
Produits à inhaler	3,3	4,9	6,6	6,3
LSD	0,8	1,6	2,8	4,8
Amphétamines	0,6	1,4	2,4	3,7
Cocaïne	0,6	1,3	2,7	3,3
Héroïne	0,4	0,9	1,4	1,3

(1) Consommation au cours des trente derniers jours.

(2) Intitulé utilisé dans le questionnaire : « médicaments pour les nerfs, pour dormir ».

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

l'âge et le sexe, l'expérimentation des trois produits est plus fréquente que celle de deux d'entre eux seulement : ces expérimentations sont donc étroitement associées ⑥.

Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge

	(en %)			
	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool	5,5	16,0	17,5	22,3
Tabac	40,2	41,9	45,6	50,9
Cannabis	12,6	23,8	28,5	32,7

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑥

L'usage répété d'alcool (au moins dix fois dans le mois) et celui de cannabis (au moins dix fois dans l'année) sont des comportements nettement plus masculins, alors que celui du tabac s'avère peu différencié selon le sexe. Ces comportements augmentent tous avec l'âge. Pour les autres produits, les individus en ayant un usage répété sont beaucoup plus rares.

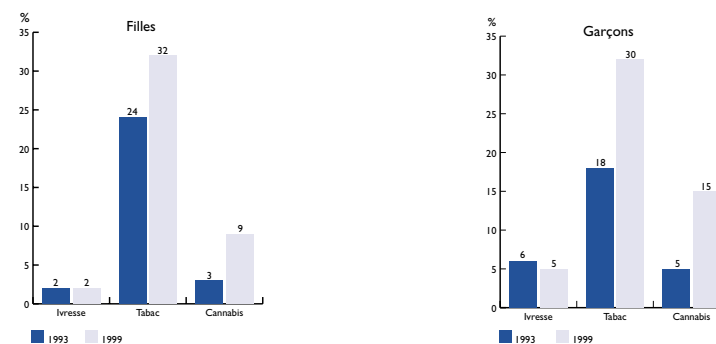
À 17 ans, la polyconsommation répétée est deux fois plus fréquente chez les garçons (23 % des garçons contre 12 % des filles) ; pour les deux sexes elle concerne surtout le tabac et le cannabis. Le tabac est la substance psychoactive la plus souvent

présente dans les polyusages répétés : en effet, quels que soient l'âge et le sexe, le polyusage le plus rare correspond à la combinaison dont le tabac est absent (alcool et cannabis). Le polyusage répété croît entre 17 et 19 ans pour atteindre 34 % ⑥.

Entre 1993 et 1999, les évolutions diffèrent selon les produits. Le pourcentage de jeunes ayant consommé au moins une fois du tabac augmente nettement : pour les deux sexes et à tout âge, il se situe environ 20 points plus haut en 1999. Sur cette période, l'usage de tabac au cours de la vie a plus progressé pour les filles : en 1999, elles sont à tout âge plus souvent expérimentatrices que les garçons, tandis qu'en 1993 cette expérimentation était plus souvent féminine à 14 ans, mais plus souvent masculine à 18 ans. L'augmentation est moins marquée pour l'alcool que pour le tabac. Il faut dire que l'expérimentation d'alcool était déjà très répandue en 1993, d'où une certaine saturation des prévalences, même si l'expérimentation de l'alcool s'avère plus précoce en 1999. Pour le cannabis, l'augmentation est très nette, et ce dès 15 ans. Pour les autres produits psychoactifs, le niveau d'expérimentation semble avoir globalement augmenté entre les deux enquêtes, surtout chez les garçons les plus jeunes ⑥ ⑦.

Sur la période 1993-1999, les consommations répétées ont sensiblement augmenté, tendance plus ou moins marquée selon les produits. Pour le tabac, on note une tendance à la hausse de l'usage

Fréquence de l'usage répété de tabac et de cannabis et de l'ivresse répétée à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe



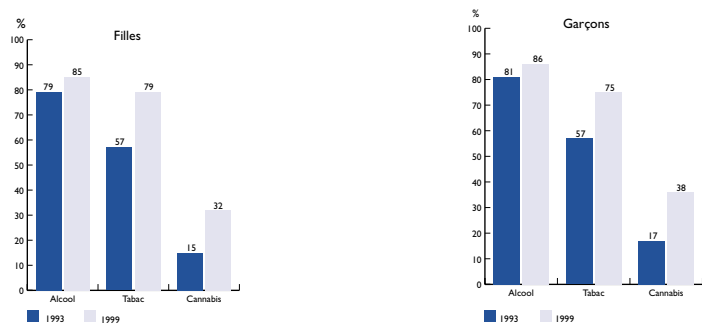
Sources : INSERM 1993 ⑥ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT ⑦

quotidien. Comme pour l'expérimentation, l'usage quotidien est plus fréquent pour les filles à tout âge en 1999, tandis qu'en 1993, elles fumaient quotidiennement plus souvent que les garçons à 14 ans, mais moins souvent à 18 ans. La consommation

répétée d'alcool semble, pour sa part, se stabiliser et les ivresses répétées sont à la baisse entre les deux enquêtes. Pour le cannabis, l'augmentation est nette à tous les âges et pour les deux sexes ⑥ ⑦.

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues

Fréquence de l'expérimentation de l'alcool, du tabac et du cannabis à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe



Sources : INSERM 1993 ⑥ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT ⑦

La première conséquence mesurable de la consommation de drogues est de générer des demandes d'aide de consommateurs dépendants ou « abuseurs » auprès des professionnels du secteur sanitaire et social. Celles-ci seront ici appelées « demandes de traitement directement liées à l'usage de drogues ». La deuxième approche consiste à tenter de mesurer les conséquences globales de la consommation de drogues sur la morbidité et la mortalité de la population française. Les deux aspects seront abordés successivement.

Les demandes d'aide des consommateurs en difficulté peuvent être adressées à de nombreuses institutions et à de nombreux professionnels de la santé ou du secteur social. La possibilité de mesurer

ces prises en charge ou ces recours¹ dépend de la capacité à recueillir des informations auprès de ces professionnels, ce qui est beaucoup plus facile lorsque les structures sont spécialisées dans le domaine des addictions que lorsqu'elles sont généralistes. Des données sont recueillies de façon systématique auprès des structures spécialisées en alcoologie (CAA) et en toxicomanie (CSST). En ce qui concerne le tabac, l'informatisation des consultations spécialisées étant en cours (au moment de la parution du rapport), les

1. Termes ayant la même signification et utilisés indifféremment dans ce rapport.

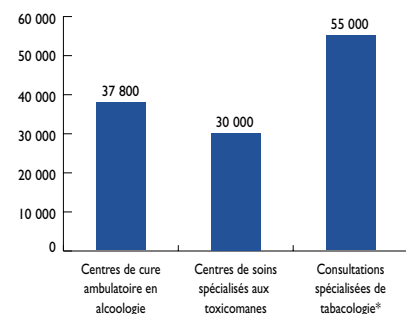
données de file active sont estimées à partir d'enquêtes non encore pérennes².

Afin de donner un aperçu de l'importance des différents produits dans les demandes de traitement, le nombre de personnes accueillies dans les divers types de structures spécialisées a tout d'abord été mis en perspective. Compte tenu de la multiplicité et de l'hétérogénéité des produits illicites, les prises en charge dans les CSST seront ensuite détaillées.

Demandes de traitement dans l'ensemble des structures spécialisées

En 1999, selon les informations disponibles, le nombre de nouveaux consultants est de 55 000 dans les structures spécialisées sur le tabac contre près de 38 000 dans les CCAA et environ 30 000 dans les CSST. Pour l'ensemble des recours, environ 80 000 personnes³ ont été vues en 1998 dans les CCAA et 64 000 dans les CSST en 1999, les données correspondantes n'étant pas disponibles pour les consultations spécialisées en tabacologie.

Nombre annuel de nouveaux consultants dans les structures spécialisées en alcoologie, toxicomanie et tabacologie, à la fin des années 1990



* Nombre estimé dans le cas des consultations spécialisées en tabacologie.

Sources : Rapports d'activités des CCAA 1998 (buveurs uniquement), DGS⁴ ; Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS⁵ ; Enquêtes auprès des consultations de tabacologie hospitalières et non hospitalières 2000, DH/OFT⁶.

Le nombre de recours est non seulement lié à la demande de soins, mais également, dans une large mesure, à l'offre.

Les différences de files actives doivent aussi être considérées en tenant compte des prises en charge en médecine de ville qui ne sont pas de même ampleur selon les produits. Dans la dernière enquête Baromètre Santé auprès des médecins généralistes de 1998⁷, ceux-ci évaluaient à 1,7 patient par semaine les personnes venues consulter pour un sevrage alcoolique, à 1,9 patient par semaine les personnes reçues dans le cadre d'un sevrage tabagique et à 1,7 patient par mois les personnes héroïnomanes.

Par ailleurs, si les chiffres relatifs aux recours liés à la consommation de drogues illicites et d'alcool font l'objet d'un recueil à intervalle régulier, en principe exhaustif, les données sur le tabac ont été recueillies pour la première fois récemment et sont basées sur des extrapolations de résultats partiels.

Le rapprochement des données obtenues dans les CCAA et les CSST permet de faire apparaître quelques ressemblances et dissemblances parmi les clientèles respectives.

Les personnes fréquentant les CSST sont en moyenne un peu plus de dix ans plus jeunes que dans les CCAA (respectivement 31 ans contre plus de 41 ans). La répartition entre hommes et femmes est en revanche identique dans les deux types de structures (trois hommes pour une femme). L'insertion sociale, mesurée par le nombre de personnes exerçant une activité rémunérée, semble moins bonne dans la clientèle des CSST, mais il faudrait comparer à structure par âge identique.

Morbidité et mortalité liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites

La mise en perspective des conséquences de la consommation de substances en termes de morbidité et de mortalité est difficile en raison des

différences de tailles des populations concernées, de la diversité des méthodes de mesures et de la variété des effets de ces produits, notamment dans le temps. Les conséquences de la consommation de ces substances peuvent être immédiates (accidents, violences, suicides, surdoses pour l'alcool et les drogues illicites). Elles peuvent intervenir à court et à moyen terme (VIH, problèmes liés à l'injection, problèmes psychiatriques) ou à long terme (cancers, cirrhoses liées à l'alcool ou à l'hépatite C, pathologies cardiaques, et plus généralement l'ensemble des pathologies pour lesquelles alcool et tabac interviennent comme facteurs de risques). La comparaison est rendue encore plus complexe par le fait que les consommateurs d'une substance le sont fréquemment d'une ou de plusieurs autres.

Le tabac provoque de nombreux dommages en raison à la fois de sa dangerosité et du nombre très important de consommateurs. Ces dommages interviennent plutôt à la fin de l'existence, ce qui explique que les jeunes ne se sentent guère concernés.

Les mêmes facteurs interviennent pour l'alcool, à la différence que les conséquences pour la santé se ressentent plus tôt : chez les jeunes adultes (accidents, violences), puis vers la cinquantaine, le plus souvent, pour la cirrhose, et à un âge un peu plus élevé pour les autres pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires).

En ce qui concerne les drogues illicites (opiacés et cocaïne essentiellement), la population consommatrice étant beaucoup moins importante que pour les autres substances, les dommages touchent un nombre bien inférieur de personnes. En revanche, les consommateurs de drogues illicites subissent en moyenne des dommages à un âge beaucoup plus précoce (l'âge moyen pour les personnes décédées par surdose est de 31 ans en 2000). Il est à noter que les dommages sanitaires provoqués par la consommation de ces substances sont très souvent liés aux pratiques d'injection. Par ailleurs, dans le cas des drogues illicites, certains dommages, qu'ils soient immédiats (accidents) ou à long terme ne sont pas mesurés en raison du caractère relativement récent du développement de ces consommations,

de leur caractère très minoritaire et en partie caché (plus, tout du moins, que dans le cas de l'alcool et du tabac).

En résumé, il est nécessaire de relativiser les données sur les conséquences pour la santé des consommations des différentes substances en les rapportant au nombre de personnes qui font une consommation à risque de ces produits. À l'heure actuelle, cette dernière notion et les mesures des populations correspondantes ne font pas l'objet d'un consensus, ce qui rend difficile la mise en pratique d'un tel calcul. Il est néanmoins certain qu'un raisonnement en termes de taux de mortalité donnerait une image moins contrastée des conséquences sanitaires liées à chacune des substances que si l'on prenait uniquement en considération le nombre de décès (60 000 pour le tabac, 45 000 pour l'alcool et quelques centaines⁴ pour les drogues illicites⁵).

Les études sur le coût social menées en France (Kopp *et al.*, 2000) et dans différents pays rendent possible les comparaisons sur l'ampleur des dommages sur la santé à partir de leur valorisation monétaire. Sans entrer dans le détail de la valorisation, on peut dire que les coûts des dommages sont proportionnels au nombre d'années de vie perdues. Ils sont donc d'autant plus importants qu'ils interviennent précocement. Cette différence ne permet cependant pas de compenser l'écart entre les effectifs des personnes subissant des dommages pour l'alcool et le tabac d'une part et les drogues illicites d'autre part.

Compte tenu des lacunes statistiques mentionnées plus haut au sujet de l'évaluation des conséquences de la consommation des drogues illicites, il est possible qu'elles soient en partie sous-estimées (mortalité par surdoses et coût de la prise en charge à l'hôpital et en médecine de ville imparfaitement mesurés, conséquences en termes d'accidents

4. Deux cent soixante-sept décès d'après les systèmes statistiques existants en 2000, comprenant les décès par surdose (119) et les décès par Sida d'usagers de drogues (148). Le chiffre des décès par surdoses est très certainement sous-estimé (voir la section « mortalité chez les usagers de drogues illicites » de ce chapitre). Néanmoins, s'il est possible d'envisager que ce chiffre soit doublé voire un peu plus, on peut raisonnablement penser qu'il ne va pas au-delà de quelques centaines.

5. Pour chaque produit, voir le chapitre correspondant.

2. Voir le chapitre sur le tabac.

3. Il s'agit ici des consultants qui consomment de l'alcool. Les CCAA sont également amenés à recevoir des proches de ces consommateurs.

et conséquences à long terme non prises en compte, notamment en ce qui concerne l'hépatite C). Néanmoins, en raison du nombre relativement faible de consommateurs (en référence aux nombres de consommateurs d'alcool et de tabac), cette sous-estimation ne saurait être de nature à changer la hiérarchie des substances au regard du coût des dommages.

Il est également à souligner que les conséquences de la consommation des drogues ne sont abordées ici qu'en termes de morbidité et de mortalité. Faute de données, les conséquences sociales de la consommation d'alcool et de drogues illicites (pertes d'emploi, de revenus, marginalisation, violences conjugales) ne sont pas mesurées.

La morbidité et la mortalité liées au tabac et à l'alcool sont abordées en détail dans les chapitres relatifs à ces deux produits. Compte tenu de la multiplicité des substances illicites à prendre en compte, une section spécifique traite de façon transversale de la morbidité et de la mortalité liées à ces produits.

Coût de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites au cours de la deuxième moitié des années 1990

(en milliards de francs)

	Tabac	Alcool	Drogues illicites
Dépenses de santé	14,5	18,6	2,3
Hôpital	7,6	10,2	0,9 ⁽¹⁾
Médecine de ville	6,9	8,2	0,6 ⁽²⁾
Prise en charge spécialisée	nd	0,2	0,7 ⁽³⁾
Pertes de revenus et de production	35,7	42,5	0,8
Décès	32,9	41,9	0,8
Hospitalisation	2,8	0,6	nd
Total	50,2	61,1	3,3

⁽¹⁾ Estimation du coût de la prise en charge liée au VIH et au Sida à l'hôpital en 1995.

⁽²⁾ Coût de la prise en charge en médecine de ville des usagers sous traitement de substitution à la buprénorphine en 1997.

⁽³⁾ Crédits toxicomanie du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1998.

Source : d'après (Kopp et al., 2000)

quentes. Concernant l'alcool (expérimentation de l'ivresse et usage répété d'alcool), cette prééminence se vérifie pour tout l'Ouest, le Sud-Ouest arrivant en tête. Pour le cannabis (expérimentation et usage répété), ce sont le Nord-Ouest (surtout pour les garçons) et le Sud-Ouest (surtout pour les filles) qui se détachent. Enfin, pour le tabac (expérimentation et usage quotidien) seul le Nord-Ouest se distingue par des expérimentations plus fréquentes. Si, pour ces trois substances, les régions de l'Est se situent dans la moyenne, il faut souligner que dans le Nord et la région parisienne, les prévalences observées sont plus basses qu'ailleurs (à l'exception de l'usage répété de cannabis en région parisienne). Pour ces deux régions, les prévalences sont également faibles pour les expérimentations de stimulants (cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD), ou de champignons hallucinogènes. Ces produits échappent au contraste Est Ouest : les stimulants sont davantage expérimentés dans le Sud (Est et Ouest) et le Nord-Est, et les champignons hallucinogènes dans le Nord-Ouest et le Nord-Est ©.

Géographie de la consommation de drogues

Chez les 12-75 ans, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, l'Aquitaine et le Limousin se distinguent par une prévalence d'usage quotidien d'alcool supérieure à la moyenne, alors qu'en PACA et en Haute et Basse-Normandie elle est inférieure. Avoir connu une ivresse au cours des douze derniers mois est un comportement plus fréquent en Bretagne, dans les Pays de la Loire et en Franche-Comté et plus rare dans les régions Centre et Champagne-Ardenne©.

Chez les 15-44 ans, l'usage quotidien de tabac apparaît assez uniforme sur le territoire français. L'Aquitaine est toutefois une région qui se situe au-

dessus de la moyenne, alors que le Nord et l'Alsace sont en dessous. L'usage récent de cannabis est plus fréquent en Bretagne, en Aquitaine et en région parisienne et moins courant dans les régions Centre, Auvergne, Nord et Picardie. Pour l'expérimentation de cannabis, le sud-est de la France se situe au-dessus de la moyenne. À 17 ans, les niveaux d'expérimentation et d'usage répété de substances psychoactives ne sont pas uniformes sur l'ensemble du territoire. Pour les produits les plus courants (alcool, tabac, cannabis), une opposition Est-Ouest se dessine, l'ouest de la France se distinguant par des expérimentations plus fré-

Approche transversale drogues illicites

Usages à problèmes de drogues illicites

Cette section traitant principalement des dommages, sur le plan sanitaire, social ou pénal, que peut entraîner l'usage de drogues illicites, il convient d'essayer d'estimer le nombre d'usagers concernés. Pour cela, il est nécessaire de clairement différencier les « consommateurs de drogues illicites », principalement concernés par une consommation de type récréative, et les « consommateurs de drogues illicites à problèmes » susceptibles de subir des dommages importants sur le plan sanitaire, social ou pénal.

Cette estimation peut être approchée par celles, plus restreintes, portant sur le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes. En effet, les opiacés et la cocaïne sont les principaux produits consommés par ces usagers. L'association fréquente des consommations d'opiacés et de cocaïne par ceux-ci ne permet pas d'établir des estimations pour chacun de ces produits. Les usages d'opiacés et de cocaïne à problèmes seront donc traités globalement dans cette section suivant une approche transversale aux différentes drogues illicites.

Estimations du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes

Pour l'héroïne et la cocaïne, substances beaucoup plus rarement consommées, mais susceptibles néanmoins d'entraîner des dommages importants pour un nombre non négligeable d'usagers, l'OFDT s'attache depuis quelques années à améliorer l'estimation de leur nombre. Les méthodes de

calcul utilisent des indicateurs indirects (demandes de traitement, interpellations, cas de Sida, etc.) et s'appuient sur les standards européens définis en la matière. Les consommations d'héroïne et de cocaïne étant très largement intriquées, il n'est pas possible d'estimer le nombre de consommateurs de ces deux produits séparément.

Les consommations de drogues telles que l'héroïne et la cocaïne sont difficilement détectables par les enquêtes en population générale, surtout lorsqu'elles sont de type abusif ou impliquant une dépendance. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a donc choisi de faire figurer le nombre d'« usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes » parmi les cinq indicateurs clefs communs à l'ensemble des pays de l'Union européenne. Un protocole méthodologique visant à estimer la population concernée a été élaboré. La définition pragmatique retenue est celle de : usagers de drogues par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés ou de cocaïne. Le terme « à problèmes » fait référence à une consommation qui

peut induire un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif. Différentes méthodes d'estimation sont proposées, mais aucune d'entre elles ne peut être considérée comme la meilleure. Pour cette raison, l'application concomitante de différentes méthodes et leur confrontation sont conseillées.

L'application à la France du protocole européen donne, pour l'année 1999, une fourchette d'estimations de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes. Les quatre méthodes sont décrites dans le détail, dans le rapport technique cité en référence (Costes, 2001). Elles comportent des biais possibles liés aux hypothèses et aux sources de données utilisées. L'intérêt principal de cet exercice est l'application de méthodes différentes et leur validation croisée. Ainsi, la convergence de leurs résultats rassure sur la fiabilité d'une telle estimation.

L'estimation établie pour l'édition précédente du rapport était de 142 000 à 176 000 usagers d'opiacés à problèmes pour l'année 1995. La comparaison des estimations de 1999 et 1995 tendrait à montrer une stabilisation du nombre d'usagers, qui est toutefois à analyser avec une extrême prudence en raison notamment de deux faits :

- l'objet de l'estimation a évolué, puisqu'il a été étendu de l'usage à problèmes des opiacés à celui des opiacés ou de la cocaïne, cet accroissement de champ étant relatif car les consommations de ces deux types de produits sont très intriquées,
- les méthodes utilisées ont changé.

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France, en 1999

Méthode	Prévalence
Démographique multiplicative	146 000
Extrapolation des données de traitement	180 000
Extrapolation des données de police	150 000
Analyse statistique multivariée	178 000

Source : OFDT

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne dans cinq villes de France, en 1999

Prévalences	Effectif	Effectif (intervalle de confiance)	Prévalence (15 - 59 ans) %	Intervalle de confiance
Toulouse	2 802	2 577 - 3 027	6,50	6,0 - 7,0
Lille	5 296	4 444 - 6 148	10,00	8,4 - 11,7
Lens	1 557	1 387 - 1 727	7,00	6,2 - 7,7
Marseille	5 758	4 663 - 6 853	10,60	8,4 - 12,6
Nice	4 541	3 255 - 5 826	15,30	11,2 - 19,6

Source : Enquête prévalence 1999, ORSMIP-OFDT

L'estimation actuelle s'est appuyée en partie sur les résultats de l'application d'une méthode dite « capture-recapture » sur plusieurs villes françaises (Toulouse, Marseille, Nice, Lille, Lens). Cette étude permet de disposer d'estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne dans les cinq grandes villes françaises.

Pour chacune de ces estimations, cette méthode permet de calculer des intervalles de confiance, dont l'ampleur montre bien qu'il est important de garder à l'esprit que ces estimations doivent être considérées comme des ordres de grandeur.

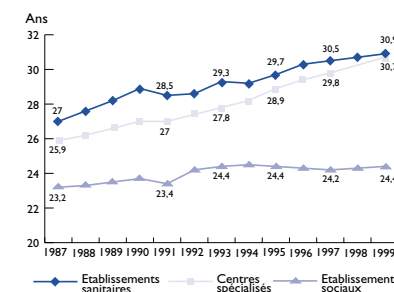
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues illicites

L'usage de drogues illicites conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) aux drogues illicites. Les conséquences de l'usage de ces produits en termes de morbidité et de mortalité seront abordées dans une deuxième section.

Âge des usagers

La tendance au vieillissement des usagers pris en charge dans les CSST et les établissements sanitaires se poursuit, la différence d'âge observée initialement dans les deux types de structures ayant pratiquement disparu en 1999.

Âge moyen des personnes prises en charge pour usage de drogues dans le système sanitaire et social, de 1987 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ©

Demandes de traitement dans les CSST et les établissements sanitaires

En novembre 1999, il a été recensé un peu moins de 27 000 recours dans les structures sanitaires et sociales ayant répondu à l'enquête⁶. Par rapport à 1997, la progression du nombre des recours est de 6 %⁶.

Les prises en charge recensées dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, au nombre de 17 400 en novembre 1999, représentent une part majoritaire et de plus en plus importante de l'ensemble des recours aux institutions sanitaires et sociales. Par rapport au mois de novembre 1997, le nombre de recours est resté stable dans les centres sociaux et a diminué dans les établissements sanitaires. Ces évolutions sont cependant en partie liées aux modifications du nombre de structures ayant répondu à l'enquête, en nette diminution pour les établissements sanitaires.

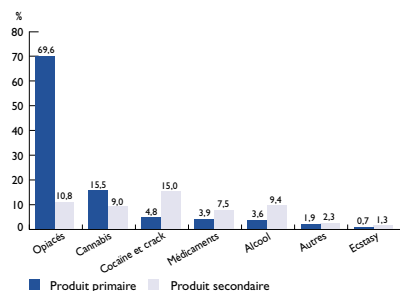
6. Cette progression est identique selon que l'on considère uniquement les structures ayant répondu à la fois à l'enquête de 1997 et de 1999 (champ constant) ou l'ensemble des structures ayant répondu en 1997 et en 1999.

Le vieillissement moins rapide dans les établissements sanitaires est associé à la diminution de la proportion des prises en charge liées aux opiacés. L'âge des usagers vus dans les établissements sociaux se maintient autour de 24 ans. En effet, les centres et les associations qui entrent dans cette catégorie (club et équipes de prévention pour une bonne part) touchent traditionnellement un public assez jeune.

Produits à l'origine de la prise en charge

En novembre 1999, les prises en charge dans les CSST et les établissements sanitaires restent dans leur très grande majorité liées aux opiacés. Lorsqu'il est tenu compte de la présence de traitement de substitution, la part des recours liés aux opiacés dépasse les 80 %. Les chiffres tirés d'une enquête portant sur un mois tendent cependant à surestimer le nombre de ces usagers. Ces patients, très souvent sous traitement de substitution, fréquentent en effet les structures de soins avec plus de régularité que les autres et ont donc une plus forte probabilité d'être présent un mois donné. S'il était possible de recenser le nombre d'usagers différents venus au cours de l'année, la part des opiacés serait sans doute moindre. Par ailleurs, avec le développement des polyconsommations,

Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon les produits à l'origine de la prise en charge, en 1999



Les pourcentages se réfèrent à l'ensemble des recours pour lesquels est mentionné au moins un produit à l'origine de la prise en charge, hors double compte⁷ ; N = 19 564 en 1999.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ©

de nombreux usagers sont en difficulté simultanément avec plusieurs substances parmi lesquelles se rencontrent fréquemment, outre les opiacés, la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool.

La dépendance aux opiacés reste cependant très souvent un dénominateur commun.

Loin derrière les opiacés, le cannabis est le second produit représenté dans les prises en charge en produit primaire. Ses usagers se différencient fortement des usagers d'opiacés, les premiers étant en moyenne de cinq ans plus jeunes que les seconds. Mais le cannabis est aussi fréquemment mentionné comme produit secondaire, le plus souvent en même temps qu'une prise en charge pour usage d'opiacés : lorsque le cannabis est cité en produit secondaire, le produit primaire associé est un opiacé dans trois cas sur quatre. Les usagers d'ecstasy, faiblement représentés dans les prises en charge, se distinguent également des usagers d'opiacés par leur jeunesse (24 ans en moyenne). Les usagers de médicaments (en produit primaire) se différencient, quant à eux, par une forte proportion de femmes (40 %).

La cocaïne, l'alcool et les médicaments ont en commun d'être beaucoup plus souvent représentés en tant que produits secondaires qu'en tant que produits primaires. Compte tenu du poids des opiacés dans les prises en charge, tous les produits secondaires sont majoritairement associés aux opiacés à des degrés cependant divers : plus de 90 % des cas pour la cocaïne, 70 % pour les médicaments et 50 % pour l'alcool.

Les amphétamines ou le LSD ne sont que très marginalement représentés dans les prises en charge en produit primaire comme en produit secondaire.

Les données relatives aux produits à l'origine de la prise en charge doivent être mises en rapport avec l'importance des traitements de substitution⁸ dans l'ensemble des recours. Ces traitements sont en effet mentionnés dans un peu plus de la moitié des prises en charge dans les CSST et les établissements sanitaires en novembre 1999. La méth-

done est citée dans environ un recours sur cinq (21 %) et la buprénorphine dans près d'un recours sur trois (32 %).

Ces pourcentages moyens varient bien sûr selon les produits à l'origine de la prise en charge. Les traitements de substitution sont présents dans trois cas sur quatre pour les recours liés aux opiacés, moins d'un cas sur deux pour ceux liés à la cocaïne (45 %), un cas sur trois pour les benzodiazépines, et un cas sur quatre pour la plupart des autres produits. La proportion la plus faible apparaît dans les recours liés au cannabis et à l'ecstasy (respectivement 12 et 14 %). La mention de traitements de substitution chez des personnes prises en charge en produit primaire pour des produits non opiacés (mais dans ce cas les opiacés sont souvent déclarés en produit secondaire) traduit la situation d'usagers dépendants aux opiacés, sous traitement de substitution, et qui ont un problème avec une autre substance.

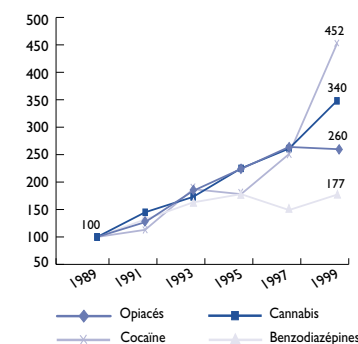
Évolution des recours entre 1989 et 1999

L'ensemble des recours a fortement augmenté entre 1989 et 1999, évolution liée à la fois à l'augmentation du nombre de structures, et au développement des traitements de substitution aux opiacés. En stabilisant les usagers dans les structures de soins, ces traitements tendent à accroître le nombre de personnes présentes chaque mois dans l'institution et donc à augmenter le nombre de recours recensés dans une enquête au cours d'un mois donné. Pour la même raison, la part des recours liés aux opiacés tend à être plus importante au cours d'un mois donné que dans l'année. Il est probable qu'une partie de l'augmentation des recours liés aux opiacés entre 1994 et 1997 s'explique par la fréquentation plus régulière des CSST par des usagers d'opiacés dont le nombre pourrait ne pas avoir varié dans la deuxième moitié des années 1990.

Les prises en charge pour usage d'opiacés et de cannabis ont progressé au même rythme jusqu'en 1997, avec, par la suite, une quasi-stabilisation⁹ pour les opiacés et une croissance soutenue pour le cannabis. Les recours pour usage de cocaïne se sont développés plus lentement que ceux pour usage

d'opiacés ou de cannabis au début des années 1990. La progression a ensuite été très rapide, surtout entre 1997 et 1999. Cette évolution concerne pour partie des personnes sous traitement de substitution et qui sont donc également dépendantes aux opiacés. Au niveau des prises en charge, cocaïne et opiacés semblent fortement associés.

Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon le produit primaire à l'origine de la prise en charge, de 1989 à 1999 (base 100 en 1989)



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ©

Les prises en charge liées aux benzodiazépines en produit primaire ont eu tendance à stagner depuis 1995, ce qui contraste fortement avec l'évolution constatée pour les autres substances. Il est difficile de savoir si l'explication réside dans une moindre demande ou si la polarisation sur les usagers d'opiacés a rendu les structures, et notamment les CSST, moins réceptifs à ces usages ou si, enfin, le dispositif d'enquête utilisé ne rend pas bien compte de cet aspect. Comme pour la cocaïne, cette approche en terme de produit primaire ne révèle qu'une partie de l'ampleur du problème lié à la consommation de benzodiazépines qui sont fréquemment cités parmi les produits secondaires.

9. Comme il a été mentionné, une diminution sensible du nombre de répondants parmi les établissements sanitaires explique une part de la baisse des recours liés aux opiacés.

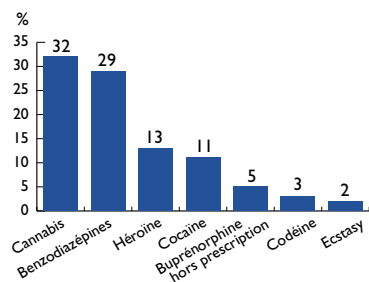
Ces substances apparaissent également beaucoup plus fréquemment parmi les produits consommés récemment (voir ci-dessous la section sur les produits consommés).

Compte tenu des évolutions pour les différents produits, les recours liés aux opiacés représentent une proportion identique en 1989 et en 1999, alors que ceux liés au cannabis ont augmenté, essentiellement entre 1997 et 1999, tout comme ceux liés à la cocaïne et au crack. La part des benzodiazépines et des médicaments a en revanche nettement baissé (de 9 à 4 %).

Produits consommés récemment

Les enquêtes sur les personnes vues dans les structures de soins portent également sur les produits consommés dans la période récente (mois ou semaine). Ces produits ne coïncident pas toujours avec ceux à l'origine de la prise en charge. Dans le cas d'un usager sous traitement de substitution, l'héroïne peut être à l'origine de la prise en charge alors qu'elle n'est plus consommée depuis un certain temps. Pour cette raison, l'héroïne, très majoritaire dans les produits à l'origine de la prise en charge, n'est actuellement consommée que par

Fréquence de la consommation de drogues au cours de la semaine passée parmi les usagers de drogues ayant recours aux soins, par produit en 1999



Lecture du graphique : 32 % des 2 030 sujets inclus dans l'enquête ont consommé du cannabis au cours de la semaine précédente ; un sujet pouvant avoir consommé plusieurs produits, les pourcentages ne doivent pas être additionnés. Seuls les principaux produits sont représentés dans ce graphique.

Source : OPPIDUM 1999, CEIP ©

une minorité d'usagers ayant recours aux structures de soins ⑩. La proportion de consommateurs actuels d'héroïne a fortement diminué depuis 1995, évolution qui coïncide avec le développement des traitements de substitution. Les consommations de cocaïne, de benzodiazépines et de cannabis se rencontrent en revanche plus souvent qu'auparavant.

Polydépendance et polyconsommations

Dans ce rapport, la polydépendance caractérise la situation d'un usager ayant deux produits à l'origine de sa prise en charge. En novembre 1999, la polydépendance apparaît dans un peu plus d'un recours avec un produit primaire¹⁰ sur deux (56 %), proportion en légère augmentation par rapport à 1997 (54 %) ⑪. La cocaïne est particulièrement impliquée dans les polydépendances. Lorsqu'elle est citée en produit à l'origine de la prise en charge (primaire ou secondaire), elle est neuf fois sur dix associée à un autre produit. Dans 80 % des cas, l'autre produit à l'origine de la prise en charge est l'héroïne.

La polyconsommation est définie par référence aux produits consommés récemment (semaine ou mois), lorsque deux produits au moins sont mentionnés. Dans l'enquête du mois de novembre 1999, la mention de deux produits apparaît pour 50 % des usagers ayant consommé au moins un produit et de trois produits pour environ 20 % d'entre eux. Ces pourcentages sont restés stables entre 1997 et 1999.

Les polyconsommateurs semblent être dans une situation plus difficile que les monoconsommateurs, les différences n'apparaissant cependant pas très importantes. Par rapport aux usagers d'opiacés ayant consommé un seul produit, ceux qui ont consommé trois produits sont plus nombreux à avoir utilisé la voie intraveineuse (43 contre 36 %) et sont moins nombreux à avoir un emploi salarié stable (12 contre 17 %).

10. Il n'est pas mentionné de produits pour un certain nombre de recours, soit parce qu'ils ne sont pas connus, soit en raison d'une prise en charge non directement liée à la toxicomanie (maladies infectieuses, problèmes psychiatriques, grossesses, etc.).

La fréquence et le type d'association sont variables suivant le produit considéré. Parmi les associations les plus fortes on peut citer l'héroïne chez les consommateurs de cocaïne (44 % des cas) et le cannabis chez les consommateurs d'alcool (40 % des cas). La consommation d'ecstasy, peu fréquente même parmi les usagers ayant récemment consommé un produit, est associée à une consommation de cannabis une fois sur deux.

Injection par voie intraveineuse

Les pratiques d'injection, quel que soit le produit en cause, sont à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par les usagers de drogues (maladies infectieuses d'origine virale ou bactérienne, augmentation du risque de surdoses, chocs anaphylactiques, abcès, etc.) (Emmanuelli, 2000). C'est pourquoi l'observation de ces pratiques est d'une grande importance.

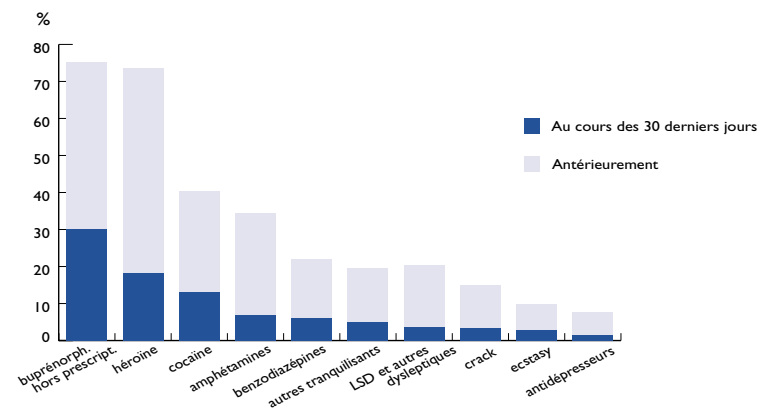
Dans les CSST et les établissements sanitaires, en novembre 1999 ⑫, un peu plus de 14 % des personnes prises en charge ont eu recours à l'injection intraveineuse au cours des trente derniers jours, et

près de 50 % antérieurement. La situation est très différente dans les établissements sociaux où plus de 80 % des usagers n'ont jamais pratiqué l'injection, ce qui s'explique par les caractéristiques des usagers fréquentant ces structures (jeunes usagers de cannabis en majorité).

Parmi les recours aux CSST et aux établissements sanitaires, la part des usagers pratiquant l'injection actuellement¹¹ est en diminution par rapport à 1997 et 1996 (14 % en 1999 contre 17 % en 1997 et 21 % en 1996). La baisse est du même ordre chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois (13 % en 1999 contre 16 % en 1997¹²).

Les pratiques d'injection varient suivant les produits à l'origine de la prise en charge et sont tout particulièrement liées à l'abus et à la dépendance aux opiacés. Les personnes prises en charge pour usage de cocaïne et d'amphétamines sont aussi concernées par ces pratiques, même une fois exclues les personnes également dépendantes aux opiacés (mention d'un traitement de substitution et/ou d'opiacés en produit secondaire à l'origine de la prise en charge).

Fréquence des pratiques d'injection suivant les produits primaires à l'origine de la prise en charge, en 1999



Note : afin d'observer de la façon la plus précise possible les prévalences des pratiques d'injection hors opiacés, le calcul est effectué à partir du nombre de prises en charge en produit primaire dont sont exclus, pour les produits non opiacés, les cas avec traitements de substitution ou opiacés en produit secondaire.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ©

11. En pourcentage du nombre de personnes répondant oui ou non à la question sur l'injection.

12. Donnée non disponible en 1996.

Chez les personnes ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne récemment, la proportion d'injecteurs est beaucoup plus importante. D'après l'enquête OPPIDUM ^③, elle atteint environ 50 % chez les consommateurs de cocaïne ou de buprénorphine hors prescription et 36 % chez les consommateurs d'héroïne. Dans l'enquête de novembre ^④, les prévalences des pratiques d'injection sont également élevées chez les personnes ayant consommé ces produits dans le mois, et particulièrement fortes dans les cas d'associations entre opiacés et cocaïne (cocaïne + héroïne : 50 % ; cocaïne + Subutex[®] : 63 %). Chez les consommateurs d'héroïne, la part des usagers utilisant la voie intraveineuse est en fort recul depuis quelques années (75 % en 1995 contre 36 % en 1999).

Dans les deux enquêtes précitées, les prises de risques liées aux pratiques d'injection (partage et réutilisation de la seringue) ne sont pas décrites et il est donc difficile de connaître leur évolution dans la période récente. Les enquêtes répétées de l'Institut de recherche et d'études sur les pharmacodépendances (IREP) auprès d'usagers de drogues recrutés dans les centres des soins ou dans la rue (injecteurs actifs ou anciens, non injecteurs) ont mis en évidence une diminution marquée du partage des seringues de la fin des années 1980 à 1996 (de 50 % à moins de 20 % des usagers interrogés) et une stabilité à un niveau élevé de la réutilisation de la seringue. Dans une autre enquête menée en 1998 auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, le pourcentage d'usagers injecteurs ayant partagé leur seringues était d'environ 20 %, la réutilisation étant mentionnée par environ un usager sur deux (Emmanuelli *et al.*, 1999). Cependant, la population de l'étude ne portait que sur des injecteurs actifs et présentant le plus souvent des difficultés d'insertion, exclusivement représentatifs des clientèles fréquentant les programmes d'échange de seringues, ce qui peut tendre à surestimer le niveau des pratiques à risques.

Morbidity liée aux drogues illicites

Sur cette question, seules sont disponibles des données de prévalence du VIH, VHC et le nombre

de nouveaux cas de Sida. En l'absence d'informations sur les nouvelles contaminations, la dynamique de l'épidémie ne peut-être qu'imparfaitement appréciée par les chiffres de prévalence, les personnes déclarant une séropositivité ayant pu être aussi bien infectées récemment que dix ou quinze ans auparavant.

Dans le cadre de ce rapport, les données retenues sont issues d'enquêtes pérennes nationales permettant de suivre l'évolution des prévalences. Dans les deux enquêtes de ce type existantes (celle de la DREES/DGS ^⑤ et celle du CESES) les informations sur les statuts sérologiques sont de caractère déclaratif, ce qui en restreint la portée, même si dans le cas du VIH la concordance entre les déclarations et les résultats des tests semble assez bonne. Pour une mise en perspective des résultats des différentes enquêtes, nationales ou locales, on pourra se reporter au précédent rapport *Indicateurs et tendances* (OFDT, 1999) et au rapport sur les indicateurs SIAMOIS de l'Institut de veille sanitaire (Emmanuelli, 2000).

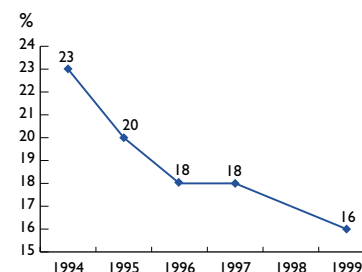
Prévalence du VIH

La prévalence du VIH se situe à des niveaux très différents selon que les usagers ont pratiqué ou non l'injection par voie intraveineuse. Parmi les personnes vues dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), la prévalence déclarée du VIH s'établit en novembre 1999 à un peu moins de 6 % chez les usagers non-injecteurs et à 16 % chez les usagers injecteurs ^⑥. Il faut noter que chez les premiers, le statut sérologique est inconnu dans 37 % des cas contre 14 % pour les seconds. La prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois est de 13 %.

Selon les données des enquêtes menées auprès des CSST au mois de novembre ^⑦, la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs tend à décroître depuis 1994¹³. Une enquête répétée à périodicité plus longue menée pour la dernière fois en 1996 (IREP, 1996) a montré que le mouvement de décroissance remonte à la fin des années

13. On ne dispose de données sur la prévalence chez les usagers injecteurs qu'à partir de cette date.

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ^⑤

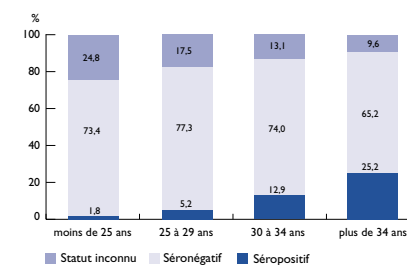
1980. Sur le graphique ci-dessus, la baisse assez rapide entre 1994 et 1996 pourrait être la conséquence de la diminution du nombre de nouvelles contaminations à partir de la fin des années 1980 (Emmanuelli, 2000) et du nombre important de décès d'usagers de drogues par surdoses et par Sida au début des années 1990. Malgré le palier observé en 1997, qui pourrait être lié à la décroissance des décès des usagers de drogues séropositifs pour le VIH, la tendance à la baisse semble se poursuivre jusqu'en 1999. L'impact de la politique de prévention des risques infectieux sur la diminution de la prévalence du VIH paraît également incontestable même s'il est difficile à mesurer précisément. Il faut cependant noter que la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois dans les centres spécialisés est restée stable entre 1997 et 1999.

Une autre enquête pérenne a été réalisée par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida (CESES) chaque semestre, entre 1993 et 1998, auprès des usagers pris en charge dans les CSST avec hébergement. Cette population est d'ailleurs incluse dans l'enquête citée précédemment. Les résultats montrent également une tendance marquée à la baisse en début de période (du deuxième semestre 1993 au deuxième semestre 1995), suivi d'un palier (jusqu'au deuxième semestre 1996) et d'une reprise de la tendance à la di-

minution de la prévalence, à un rythme très faible, jusqu'au premier semestre 1998 (Six *et al.*, 1999). Si les évolutions sont très semblables dans les deux enquêtes, la prévalence dans celle réalisée par le CESES est inférieure de trois à quatre points au résultat de l'enquête effectuée par la DREES/DGS tout au long de la période. Cette différence pourrait s'expliquer par la répartition par âge et par zone géographique des populations des deux enquêtes et éventuellement par un effet de sélection lié au type de structure. À la même date (premier semestre 1998), la prévalence déclarée du VIH parmi des usagers fréquentant des programmes d'échange de seringues est de 19 % (Emmanuelli *et al.*, 1999), chiffres encore plus élevés que ceux de l'enquête DREES/DGS. Là aussi, le recrutement lié au type de structure (prévues spécialement pour les injecteurs) est sans doute à l'origine de cet écart.

La prévalence du VIH est fortement liée à l'âge, doublant plus ou moins d'une tranche d'âge quinquennale à l'autre, avec cependant une incertitude liée au pourcentage élevé de sérologie inconnue chez les plus jeunes. La prévalence croît avec la durée d'exposition au virus, plus longue chez les gens plus âgés. La plus faible prévalence chez les plus jeunes pourrait aussi s'expliquer par l'effet des politiques de réduction des risques (message de prévention, accès accru aux seringues stériles et aux produits de substitution).

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs vus dans les centres spécialisés par tranche d'âge, en 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ^⑤

Il faut également noter que parmi les injecteurs vus dans les centres spécialisés, les femmes sont plus souvent séropositives que les hommes (18,5 contre 15,1 % chez les hommes en novembre 1999).

L'analyse des disparités régionales est abordée dans la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Nouveaux cas de Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida est en diminution chez les usagers de drogues ^③. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Entre 1997 et 2000, le mouvement de baisse s'est poursuivi bien qu'à un rythme plus faible. On enregistre une évolution similaire des nouveaux cas de Sida chez les homosexuels. Les nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels ont également diminué jusqu'en 1999, mais à un rythme moins rapide que chez les usagers de drogues et les homosexuels chez lesquels la diffusion de l'infection a connu un pic au milieu des années 1980. Cette diminution des nouveaux cas de Sida chez les hétérosexuels ne s'est pas poursuivie en 2000.

L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de Sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues.

Comparée aux cas déclarés chez les hétérosexuels, la proportion de cas pour lesquels le Sida se déclare chez un sujet ignorant sa séropositivité est beaucoup moins importante chez les usagers de drogues, ce qui semble s'expliquer par le fait que ceux-ci sont dépistés dans une proportion plus importante que les autres. Une assez bonne connaissance de leur statut sérologique a permis aux usagers de drogues de bénéficier, tout comme les homosexuels, des nouvelles associations d'antirétroviraux apparus en France en 1996.

Nouveaux cas de Sida déclarés chez les usagers de drogues, de 1987 à 2000

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000*
343	640	905	1079	1218	1342	1493	1376	1317	962	423	346	285	244

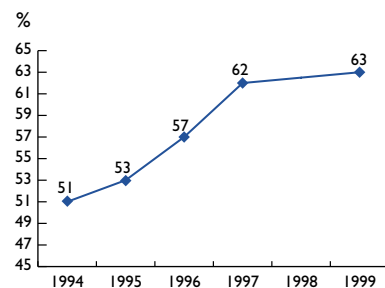
* Données redressées.

Source : Système de surveillance du Sida, InVS ^③

Hépatite C

Comme dans le cas du VIH, la prévalence déclarée du VHC est très fortement liée aux pratiques d'injection. Parmi les personnes vues dans les établissements spécialisés en novembre 1999 ^④, la proportion de séropositifs pour le VHC est de 20 % chez les non-injecteurs contre 63 % chez les usagers injecteurs. Tout en gardant à l'esprit que seule un peu plus de la moitié des non-injecteurs connaît son statut sérologique, le haut niveau de prévalence chez ces derniers pose question. Il se peut qu'une partie des non-injecteurs ait pu utiliser la voie intraveineuse, même de façon exceptionnelle. Les risques de contracter le virus lors d'une seule injection sont alors beaucoup plus importants dans le cas de l'hépatite C que dans le cas du VIH (voir ci-après).

Prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ^⑤

Le tatouage est également un mode de contamination à prendre en compte. Les rapports sexuels non protégés et le partage des pailles chez les consommateurs par voie nasale sont également évoqués mais font l'objet de discussions. Chez les usagers injecteurs, la connaissance du statut sérologique est meilleure, avec 81 % de statuts connus, et plus élevée qu'en 1997 (environ 75 %). Parmi les premiers recours, la proportion de séropositifs est de 54 %, chiffre resté stable entre 1997 et 1999.

À l'inverse du VIH, la prévalence du VHC est en augmentation depuis 1994. La faible variation entre 1997 et 1999 pourrait être le signe d'une tendance au plafonnement, évolution qui demande toutefois à être confirmée. Les facteurs explicatifs de cette tendance à l'augmentation ont souvent été exposés et ne seront que brièvement rappelés ici : prévalence du VHC plus importante, plus forte infectivité et plus grande résistance de ce virus en milieu extérieur. Il en découle une forte probabilité pour tout usager de drogues par voie intraveineuse de se trouver en contact avec le virus de l'hépatite C et, lorsque c'est le cas, d'être infecté. La persistance importante de certains types de pratiques à risques (réutilisation de la seringue et partage du matériel d'injection autre que la seringue) contribuerait également à ce haut niveau de prévalence.

Dans l'enquête du Centre européen pour la surveillance du Sida (CESES), les questions sur le VHC ont été introduites en 1996. Les données de prévalence chez les usagers injecteurs sont à peu près identiques à celles du graphique ci-contre (63 % au premier semestre 1998), avec une augmentation jusqu'au premier semestre 1997, puis une tendance à la stabilisation.

Pour les mêmes raisons que le VIH, la prévalence du VHC est liée à l'âge : parmi les moins de 25 ans, les injecteurs fréquentant les centres spécialisés en novembre 1999 (N = 1 121), environ 38 % sont déclarés séropositifs avec 28 % de statut sérologique inconnu alors que chez les 35 ans et plus (N = 3 132), 77 % sont séropositifs avec 16 % de statut sérologique inconnu.

Contrairement à ce qui a été constaté pour le VIH, les femmes pratiquant l'injection ne semblent pas être significativement plus touchées par le VHC que les hommes.

Pour une analyse des disparités régionales, se reporter à la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Coinfection

Sur l'ensemble des usagers injecteurs connaissant leur statut sérologique, 13,3 % sont coinfectés par le VIH et le VHC. En 1997, la proportion était de 14,4 %. Parmi les personnes séropositives pour le VIH, près de 88 % se déclarent également séropositives pour le VHC en 1999, contre 83 % en 1997.

Mortalité chez les usagers de drogues illicites

Suivant les sources, il faut distinguer les décès directement liés à l'usage de drogues illicites de ceux plus indirects comme les décès par Sida d'usagers de drogues.

Tout comme les décès attribuables au tabagisme ou à l'alcoolisme, une partie de ceux liés à l'usage de drogues illicites peut être mesurée à l'aide du registre national des causes de décès ^⑥ tenu par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), qui rassemble les informations en provenance des certificats de décès. Mais les données les plus rapidement disponibles proviennent de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRIS) et correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police ^⑦, car faisant l'objet d'une enquête de police. Ces données pourront enfin être complétées par celles du dispositif de surveillance DRAMES ^⑧ (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), alimenté par les CEIP, les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance.

Aucune de ces sources ne permet d'appréhender la mortalité pour laquelle l'usage de drogues ne serait pas la cause immédiate, comme les suicides, les accidents de la route, etc.

Surdoses constatées par la police

Les décès par surdoses enregistrés par les services de police sont en forte baisse depuis 1995. Leur nombre a été divisé par près de cinq entre le

maximum enregistré en 1994 (564 décès) et le niveau le plus bas atteint en 2000 (120 décès).

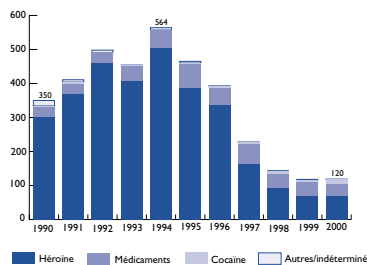
Même s'il n'est pas exclu que les décès par surdoses soient moins visibles qu'avant, la baisse des décès également observée à partir des données de l'INSERM (voir ci-après) confirme la réduction de ce phénomène.

La tendance s'explique en majeure partie par la baisse des cas de surdoses liées à l'héroïne qui, bien que correspondant encore à près de 6 décès sur 10, diminuent en valeurs absolues et relatives depuis 1995. Le développement des traitements de substitution et la baisse de la consommation d'héroïne sont des facteurs explicatifs. Par ailleurs, il est possible de penser que le nombre de ces décès a atteint un seuil incompressible. La baisse s'est toutefois réduite depuis 1999, coïncidant peut-être avec le nouvel engouement pour l'héroïne rapporté par les observations de terrain.

Parallèlement à la baisse des décès par surdose liés à l'héroïne, ceux liés à la cocaïne, bien que limités à une dizaine, ont de plus en plus de poids dans l'ensemble des surdoses et, surtout, ceux attribuables aux médicaments correspondent actuellement à près d'un décès sur trois (il s'agit le plus souvent des médicaments habituellement consommés par les héroïnomanes, en substitution ou non : Subutex®, méthadone, Skenan®, Tranxène®, etc.).

Les résultats des analyses toxicologiques révèlent souvent la présence de plusieurs substances. C'est le cas dans un tiers des surdoses enregistrées en 2000.

Décès par surdose constatés par la police, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRTIS

À partir des déclarations des experts toxicologues, une étude portant sur 123 décès survenus en 1998 a montré que dans 3 cas sur 4, des stupéfiants sont à l'origine du décès, pour moitié en association avec des psychotropes. Les trente autres seraient attribuables à la buprénorphine (Subutex®) ou à la méthadone, toujours associés à d'autres substances.

Par ailleurs, la comparaison des caractéristiques de ces décès à celles des 143 surdoses comptabilisées par l'OCRTIS la même année a conclu à l'existence de 15 doublons au maximum. Ceci laisse à penser que le nombre de surdoses est probablement sous-estimé, quelle que soit la source considérée.

Autres mesures des décès liés à l'usage de drogues

Les décès repérables à partir du registre des causes de décès de l'INSERM ne correspondent pas uniquement à des surdoses, puisque tous les décès pour lesquels l'usage de drogues est signalé comme une cause associée sont susceptibles d'être enregistrés. Cette source ne fournit pas un indicateur fiable des surdoses stricto sensu, car certains décès dont la cause n'est pas immédiatement identifiée seront classés en « cause inconnue », même si, par la suite, l'examen médico-légal révèle qu'il s'agit de décès par surdoses.

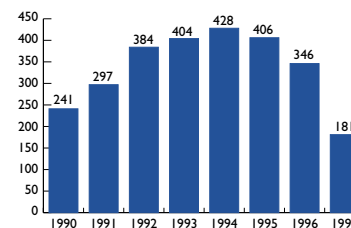
Il n'est donc pas possible de comparer directement, ni même de cumuler le nombre de décès obtenu à partir des sources de l'OCRTIS et de l'INSERM.

Selon la classification internationale des maladies (9^e version), les décès liés aux drogues sont regroupés en trois causes distinctes : les psychoses dues à la drogue, la dépendance et l'abus de drogues sans dépendance. Par convention, l'INSERM code les décès liés aux drogues illicites (surdoses) essentiellement en pharmacodépendance alors que les décès pour abus de drogues sans dépendance correspondent presque exclusivement à des décès liés au tabac et à l'alcool. Aucun cas de décès par psychose n'est recensé.

Les cas de décès par pharmacodépendance sont donc en baisse depuis 1994. Cette diminution, d'abord régulière, s'est accélérée en 1997. Au moins la moitié de ces décès est liée à l'usage

d'opiacés. Cette tendance corrobore celle observée pour les surdoses constatées par la police, sans qu'il soit possible de vérifier s'il s'agit ou non des mêmes décès.

Décès par pharmacodépendance inscrits dans les certificats de décès, de 1990 à 1997



1997 est la dernière année renseignée pour l'instant. Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8

Décès par Sida d'usagers de drogues par voie intraveineuse

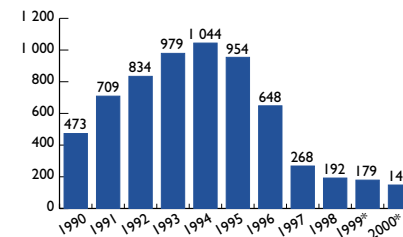
Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues a poursuivi sa baisse en 2000. Après le pic de 1994, ces décès diminuent de 25 % en moyenne

chaque année. Jusqu'en 1999, on observe une évolution similaire pour l'ensemble des décès par Sida, quel que soit le mode de contamination, mais les décès d'usagers de drogues sont les seuls à baisser encore en 2000.

La proportion de décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse a baissé en 2000, alors qu'elle a augmenté tout au long de la dernière décennie, passant d'environ 20 % en 1990 à 30 % en 1999.

Les nouveaux traitements antiviraux et leur plus grande accessibilité expliquent pour une grande part la diminution du nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues.

Décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, de 1990 à 2000



* Données redressées. Source : Système de surveillance du Sida, InVS

Conséquences pénales de l'usage de drogues illicites

Suivant les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur, toute personne consommant ces substances s'expose à des sanctions pénales allant jusqu'à de l'emprisonnement ferme, et peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation et éventuellement d'une incarcération. Cette section s'attache à déterminer le nombre et les caractéristiques des personnes concernées à chacune de ces étapes.

Les données disponibles permettent de faire apparaître l'effet d'entonnoir du système pénal : pour 90 000 interpellations d'usagers en 1999, 6 700

condamnations pour usage en infraction principale ont été prononcées, dont 1 500 font l'objet d'une peine d'emprisonnement ferme, et moins de 400 incarcérations pour usage sont comptabilisées¹⁴.

14. De nombreuses réserves méthodologiques sont à apporter à cette comparaison. Les plus importantes tiennent aux décalages temporels que l'on ignore ici (une personne interpellée en 1999 ne sera pas forcément condamnée la même année, au fait que toutes les peines ne sont pas exécutées (aménagement, grâce, etc.), ou encore qu'une partie des personnes incarcérées n'est pas encore condamnée. La réduction de la taille de la population à chaque étape du processus pénal n'en demeure pas moins.

Des différences entre les catégories et les unités de compte retenues par la police et la justice rendent cependant impossible le suivi statistique des personnes interpellées tout au long de la « filière pénale » (de l'interpellation jusqu'à l'incarcération). Cela empêche notamment de connaître la part de celles qui seront condamnées ou interpellées suivant le produit en cause¹⁵.

Interpellations pour usage

Au cours de l'année 2000, environ 94 300 interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants ont été effectuées en France ⁽²⁾. Elles représentent 95 % de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 5 % restants se rapportent à des cas de trafic.

Dans les interpellations pour usage, le cannabis est la substance en cause dans près de neuf cas sur dix. Loin derrière, avec 6 % des cas, l'héroïne est la seconde substance mentionnée, suivie par la cocaïne et l'ecstasy. La part de ce dernier produit dans les interpellations a fortement augmenté par rapport à 1999.

Évolution entre 1990 et 2000

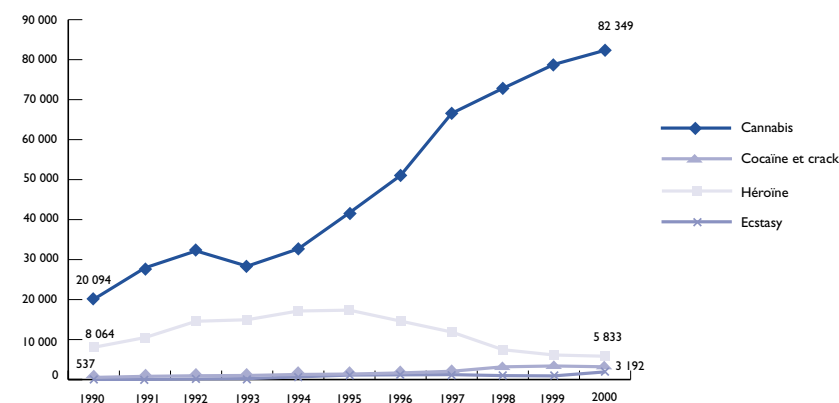
Au cours de la décennie passée, l'évolution des interpellations a été marquée par quatre grandes

tendances : l'explosion des interpellations liées au cannabis, la forte chute de celles pour usage d'héroïne dans la deuxième moitié des années 1990, le développement des interpellations pour usage de cocaïne et de crack, l'apparition et le développement de celles pour usage d'ecstasy⁽²⁾.

Les interpellations pour usage de cannabis ont quadruplé depuis 1990. À cette date, cette substance était en cause dans une interpellation sur deux contre neuf sur dix en 2000. Ces interpellations constituent désormais un des grands contentieux de masse, quasiment au même niveau que celles pour coups et blessures volontaires. L'importance de ce nombre est sans doute la conséquence du caractère massif de l'usage de cannabis, ainsi que le montrent les enquêtes en population générale sur les consommations de substances psychoactives. L'absence de mention du produit en cause dans les statistiques des condamnations et d'incarcérations ne permet malheureusement pas de savoir quelles sont les suites pénales données à ces interpellations. Face à un nombre aussi important d'interpellations, mobilisant des ressources publiques non négligeables, il semblerait pourtant indispensable de disposer des éléments statistiques minimums pour en mesurer les conséquences, au moins sur le plan judiciaire.

La forte décroissance des interpellations pour usage d'héroïne à partir de 1996 constitue la seconde évolution notable intervenue au cours de

Interpellations pour usage de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAILS, OCRTIS ⁽²⁾

la décennie. Celles-ci ont chuté de plus de 17 000 en 1995 pour atteindre moins de 6 000 en 2000. Il faut noter que cette diminution s'est ralentie en 1999 et en 2000 et qu'un palier pourrait donc avoir été atteint. Les années de forte baisse correspondent à la phase d'introduction et de montée en charge des traitements de substitution à la buprénorphine¹⁶. Le nombre estimé de personnes suivant ces traitements a continué de progresser en 1999 et en 2000, mais à un rythme plus faible. Les deux évolutions (interpellations pour héroïne et traitement de substitution) sont très vraisemblablement liées.

Le troisième fait marquant de la décennie est l'augmentation des interpellations liées à l'usage de crack et de cocaïne. Au début des années 1990, cette croissance était principalement imputable au développement des interpellations liées au crack, probablement associée à une phase de diffusion de ce produit à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Dans la deuxième partie de la décennie, c'est plus largement la cocaïne qui est en cause dans la progression des interpellations. Le graphique ci-dessus permet de constater la symétrie existante, à partir de 1995, entre

les courbes d'interpellations pour usage de cocaïne et celle d'héroïne. La forte chute des interpellations liées à l'héroïne s'est accompagnée d'une progression rapide de celles liées à la cocaïne. Par la suite, et de façon simultanée, les évolutions à la baisse pour l'héroïne et à la hausse pour la cocaïne ralentissent. Une des hypothèses permettant d'expliquer la liaison apparente entre les deux courbes serait qu'il s'agit pour une part de la même population. Un usager d'héroïne, également consommateur de cocaïne, n'apparaissait auparavant dans les interpellations que comme usager d'héroïne. Si cette même personne interpellée suit un traitement de substitution et consomme de temps en temps de la cocaïne, elle n'apparaîtra que comme usager de cocaïne. Un même phénomène de changement d'étiquette semble également se manifester au niveau des demandes de traitement¹⁷.

Interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations		Femmes	Étrangers	Âge moyen
	effectifs	% en colonne	% en ligne	% en ligne	en années
Cannabis	82 349	87,3	6,8	6,6	21,8
Héroïne	5 833	6,2	13,3	11,4	28,3
Cocaïne	2 323	2,5	18,1	12,0	29,6
Crack	869	0,9	14,0	23,2	31,3
Ecstasy	1 921	2,0	13,4	4,9	23,3
Autres*	1 044	1,1	10,6	13,5	-
Total	94 339	100,0	7,7	7,2	22,3

* Médicaments, LSD, champignons hallucinogènes, opium, morphine, etc.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ⁽²⁾

15. C'est pourquoi l'analyse des condamnations et des incarcérations ne peut être déclinée dans les chapitres par produit de ce rapport.

16. Voir les développements sur les traitements de substitution dans le chapitre « Héroïne et autres opiacés ».

17. Voir le chapitre sur la cocaïne, section « Conséquences sanitaires et sociales ».

La croissance des interpellations pour usage/usage-revente d'ecstasy est également une des tendances fortes constatée au cours de la dernière décennie, comme le montre le graphique page 51. Cette hausse s'est réalisée en deux temps, avec une première phase d'augmentation entre 1990 et 1995 consécutive à l'introduction de ce nouveau produit en France, puis, après quatre années de stagnation, un doublement du nombre d'interpellations entre 1999 et 2000. D'après les analyses issues du dispositif d'observation des tendances récentes TREND , la disponibilité de l'ecstasy se serait nettement accrue dans les lieux de revente traditionnels entre 1999 et 2000 alors qu'elle est restée stable dans « l'espace festif » (fêtes techno). Cette évolution pourrait expliquer en partie l'augmentation des interpellations, la police et la gendarmerie se retrouvant en terrain plus connu avec la vente de rue qu'avec le négoce au cours des *rave party*.

En 2000, ces différentes évolutions se traduisent par une moins forte concentration des interpellations sur l'héroïne et par une répartition entre produits plus égale. Ceci peut s'expliquer par le développement des traitements de substitution et par la diversification des substances consommées. L'offre de produit s'est elle-même adaptée à ces modifications, les vendeurs étant désormais plus souvent « multicartes ».

Caractéristiques des usagers interpellés

Comme pour les demandes de traitement, les caractéristiques des usagers interpellés diffèrent suivant les produits. En ce qui concerne l'âge, les usagers de cannabis et d'ecstasy, avec respectivement 22 et 23 ans d'âge moyen, se distinguent des usagers de cocaïne, de crack ou d'héroïne nettement plus âgés (respectivement 30, 31 et 28 ans d'âge moyen en 2000).

Les usagers interpellés sont très majoritairement des hommes. Leur part dans les interpellations est particulièrement élevée pour le cannabis (environ 93 %).

On peut enfin remarquer que les étrangers sont minoritaires dans les interpellations d'usagers, sauf peut-être dans le cas du crack (un usager interpellé sur cinq).

Injonctions thérapeutiques et autres alternatives

Suite à l'interpellation d'un usager, les services de police ou de gendarmerie contactent le substitut du procureur du tribunal de grande instance de leur ressort. Ce magistrat peut soit classer l'affaire, suivant différentes modalités (sans suite, sous condition, avec orientation¹⁸), soit prononcer une injonction thérapeutique, soit engager des poursuites. Le classement intervient dans une grande majorité des cas¹⁹. L'**injonction thérapeutique** est une des alternatives aux poursuites dont disposent les substituts. Elle se différencie des autres (classements sous conditions ou avec orientation) par l'imposition d'un cadre coercitif plus fort, le substitut disposant toujours de la possibilité de réengager les poursuites si l'usager ne satisfait pas à ses obligations. Dans cette section, seuls le nombre et les caractéristiques des personnes faisant l'objet d'une injonction sont décrits. Les données disponibles au moment de la parution de ce rapport ne permettent pas de mesurer le développement des autres alternatives aux poursuites encouragé par la circulaire de juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies²⁰.

Nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées et suivies

Lorsqu'une injonction est décidée, l'usager est, sauf exception, convoqué au tribunal de grande instance pour se voir notifier la mesure. Il a alors l'obligation d'entrer en contact avec les services de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui l'orientera, si cela paraît justifié, vers une structure de soins adaptée. Chacune de ces étapes est source de déperdition, ce qui explique l'écart entre le nombre des injonctions prononcées

18. Voir le chapitre « Cadre légal et dispositifs ».

19. L'absence de continuité entre les statistiques d'interpellations et les statistiques judiciaires ne permet pas de connaître avec précision la part des personnes interpellées qui font l'objet d'un classement.

20. Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).

Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies, de 1993 à 1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre d'injonctions prononcées ⁽¹⁾	6 149	7 678	8 630	8 812	8 052	8 022	7 737
Nombre de personnes orientées vers les DDASS ⁽²⁾	4 591	6 500	7 220	7 294	6 628	-	6 652*
Nombre d'injonctions suivies ⁽²⁾	4 064	5 760	6 072	6 331	5 723	-	3 437*

* Données estimées à partir des informations fournies par 83 départements sur 104.

Sources : (1) Cadres du parquet, ministère de la Justice (2) DGS (informations fournies par les DDASS)

par les magistrats et le nombre d'injonctions qui se traduiront effectivement par un contact avec les structures de soins (injonctions suivies).

En 1999, les magistrats ont prononcé environ 7 700 injonctions thérapeutiques. Après avoir connu une période de progression durant la première moitié des années 1990, leur nombre s'est orienté à la baisse depuis 1997.

Cette diminution, assez limitée en 1998 et en 1999, peut être liée à la chute des interpellations d'usagers d'héroïne, et, pour 1999, à l'impact de la circulaire du 17 juin 1999 mentionnée ci-contre. Cette dernière rappelle en effet que l'injonction doit être réservée aux personnes dépendantes²¹ et souhaite que cette mesure soit recentrée sur sa mission initiale. Les conséquences éventuelles de cette circulaire devraient néanmoins plus se faire sentir sur les données de 2000. Par ailleurs, les autres obligations de soins, qui interviennent après une condamnation, notamment les sursis avec mise à l'épreuve, semblent être en augmentation²². Il est possible que cette croissance se soit faite en partie au détriment des injonctions.

Le prononcé des injonctions thérapeutiques reste très concentré sur certains départements : en 1999, la moitié d'entre elles est regroupée sur une dizaine de départements. Il s'agit souvent de départements situés dans des zones géographiques où tous les indicateurs liés à la toxicomanie atteignent des niveaux élevés (frontière nord et nord-est, région parisienne, sud-est).

Toutes les injonctions prononcées ne sont pas menées à terme. En 1997, un peu plus de 6 600 personnes ont été orientées vers la DDASS et près de 5 700 personnes sont entrées en contact avec le

système de soins. Les données de 1999 sont partielles, certaines DDASS n'ayant pas communiqué leurs chiffres à la Direction générale de la santé. Elles donnent malgré tout une idée de l'importance de la déperdition entre les différentes étapes de la procédure : sur le nombre d'injonctions prononcées, 86 % sont suivies d'un contact avec les DDASS et 52 % avec des structures de soins. En 1997, ce dernier chiffre atteignait 86 %. Sous réserve que ces chiffres ne soient pas faussés en raison de l'absence de certains départements importants (Nord, Alpes-Maritimes), ce ratio aurait largement chuté. Il faudra attendre les chiffres de l'année 2000 pour juger de la permanence de cette évolution.

Usagers bénéficiant d'une injonction thérapeutique

En 1997²³, la population faisant l'objet d'une injonction thérapeutique est composée en majorité d'usagers de cannabis (60 % des injonctions suivies) et pour un peu plus d'un tiers seulement d'usagers d'héroïne (36 %). La même année, l'injonction thérapeutique pour les usagers de drogues « dures » comme l'héroïne ou la cocaïne n'est signalée que dans un quart des départements qui y ont eu

21. Les personnes dépendantes sont implicitement définies dans la circulaire comme les héroïnomanes et autres toxicomanes faisant un usage massif ou répété de produits illicites.

22. Le bilan de 1999 des conventions départementales d'objectifs santé-justice mentionne une hausse du nombre de mesures préventives prononcées, parmi lesquelles l'injonction thérapeutique ne représente qu'une faible part comparée aux autres mesures alternatives aux poursuites (voir la section « Évolutions récentes de la politique pénale » dans le chapitre « Cadre légal et dispositifs »).

23. Données non disponibles pour les années ultérieures.

recours. Le rôle attribué à l'injonction semble en fait très différent suivant les magistrats. À la conception classique de l'injonction visant une prise en charge sanitaire des usagers dépendants s'oppose une utilisation à des fins préventives. En cas de consommation plus restreinte ou plus récréative, certains magistrats utilisent l'injonction thérapeutique comme cadre à un suivi socio-éducatif, à une prise en charge psychologique ou à la délivrance d'un message préventif (Sagant, 1997).

Condamnations pour usage

La statistique des condamnations extraite du Casier judiciaire national ²⁰ rend compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions, ce qui est souvent le cas pour les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants. La condamnation peut être envisagée en considérant uniquement l'infraction principale, mode de comptage utilisé dans l'Annuaire statistique de la justice, ou en prenant en compte l'ensemble des infractions associées. La deuxième approche enrichit la première.

Nombre de condamnations en infraction principale

Au cours de l'année 1999, un peu plus de 6 700 condamnations pour usage illicite de stupéfiants en infraction principale ont été prononcées. Ce chiffre est relativement stable depuis plusieurs années (excepté la baisse enregistrée en 1995 à la suite de l'amnistie présidentielle). Après les cas de détention et/ou acquisition, l'usage est l'infraction

à la législation sur les stupéfiants (ILS) la plus fréquemment sanctionnée dans les condamnations.

Le nombre de condamnations pour usage évolue de façon parallèle à l'ensemble des condamnations pour ILS et représente au maximum un tiers de celles-ci.

La quasi-stabilité du nombre de condamnations pour usage contraste avec la forte croissance des interpellations pour cette infraction. Tout semble se passer comme si « l'entonnoir » que constitue le système pénal était calibré pour un nombre donné de condamnations, quel que soit le nombre d'interpellations. Comme la croissance de ces dernières concerne surtout des usagers de cannabis, on pourrait penser qu'ils font rarement l'objet d'une condamnation. Dans ce cas, il peut paraître étonnant que la forte chute des interpellations pour usage d'héroïne des années 1996 à 1998, faiblement compensée par la croissance de celles pour usage de cocaïne et d'ecstasy, ne se soit pas traduite par une baisse des condamnations.

Nombre de condamnations en infraction associée

L'infraction d'usage de stupéfiants se retrouve en fait plus souvent que ne le montre le mode de comptage en infraction principale. En effet, en 1999, une infraction d'usage apparaît dans près de 15 000 condamnations, la plupart du temps en association avec d'autres infractions (78 % des condamnations mentionnant l'usage).

Le plus souvent, l'usage de substances illicites est associé à une autre infraction à la législation sur les stupéfiants. Lorsqu'un autre contentieux est lié à un usage de stupéfiants, il s'agit de vols dans près de la moitié des cas.

Condamnations pour infraction d'usage et infractions associées, de 1991 à 1999

	1991	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage (au moins une infraction d'usage)	11 505	15 493	15 685	15 026	14 864
Dont :	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
usage seul (en %)	36,9	19,5	21,5	23,1	22,1
usage et infraction hors ILS (en %)	19,1	15,4	14,3	14,1	15,1
usage et autre ILS (en %)	44,0	65,1	64,2	62,8	62,8

* Données provisoires.

Sources : CJN, SDESD - Ministère de la Justice (données publiées dans : Ministère de la Justice, 2001) ²⁰

Les combinaisons d'infractions les plus fréquentes sont celles associant l'usage et le transport de stupéfiants (correspondant probablement aux activités de « fournis »), l'usage et la détention ou encore l'usage et la cession (usagers-revendeurs dans les deux cas).

La situation a peu évolué entre 1998 et 1999. En revanche, des modifications apparaissent par rapport aux données de 1991 dont notamment :

- l'augmentation des condamnations comportant au moins une infraction d'usage ;
- hausse qui concerne plus particulièrement les condamnations associant l'usage à une autre infraction (leur poids passe de 44 à 63 %) ;
- la baisse de l'association « usage et autres contentieux ».

Ces évolutions traduisent probablement surtout des modifications dans la pratique des magistrats qui, pour la qualification d'un même délit, ont tendance à retenir un plus grand nombre d'infractions qu'auparavant, et notamment, celles d'usage lorsque le délit est lié aux stupéfiants.

En effet, depuis 1994, la révision de la nomenclature des statistiques des condamnations a abouti à l'éclatement de certaines catégories afin d'assurer une meilleure adéquation entre les faits et leur qualification. Pour qualifier la même affaire, les magistrats peuvent désormais utiliser non plus une mais plusieurs infractions. « Cette surqualification est sans doute à l'origine de la

baisse de la moitié des condamnations pour infraction unique entre 1991 et 1995 » (Burrincand et al., 1999).

Nature des peines prononcées

Les condamnations pour usage seul ou pour usage en infraction principale sont sanctionnées par des peines assez semblables : la moitié ou plus fait l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont deux sur cinq sont fermes) et environ un tiers est condamné à payer une amende (voir tableau page 56).

Des peines similaires sont retenues pour les affaires dans lesquelles l'usage est sanctionné avec la détention-acquisition, ce qui signifierait que les juges utilisent cette double qualification pour finalement sanctionner le simple usage.

Dans tous les autres cas, la nature des peines montre que ce n'est pas l'usage mais l'infraction associée qui constitue le motif des poursuites. Ces affaires font majoritairement l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont près de la moitié est ferme). Les autres peines sont rarement requises. En cas d'emprisonnement ferme, la durée retenue varie de 18,6 mois en cas d'usage et trafic à 6,4 mois en cas d'usage et autre infraction (contre 2,1 mois en cas d'usage unique).

La comparaison avec les peines retenues en cas de trafic (traitées ci-après) indique que l'usage ne semble pas jouer comme une circonstance atténuante du trafic. Il est possible que dans certains

Condamnations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage	7 374	8 157	6 201	4 670	6 751	6 640	6 622	6 742
% sur le total des condamnations pour ILS	33,7	25,8	28,3	22,6	28,3	27,6	27,8	28,8

* Données provisoires.

Sources : CJN, SDESD - Ministère de la Justice ²⁰ (données publiées dans : Ministère de la Justice, 2001)

Condamnations pour usage de stupéfiants et nature des peines prononcées, en 1999

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Usage en infraction principale	6 742	58,4 %	26,9 %	14,6 %	100 %	(37,6 %)
Usage en infraction unique	3 282	46,0 %	37,3 %	16,8 %	100 %	(38,2 %)
Usage associé à d'autres infractions	11 582	78,7 %	11,6 %	9,7 %	100 %	(45,3 %)
Dont :						
usage et trafic	1 119	94,8 %	3,4 %	1,8 %	100 %	(54,9 %)
usage et transport	3 518	85,0 %	7,6 %	7,4 %	100 %	(45,3 %)
usage et cession	2 017	84,1 %	6,0 %	9,9 %	100 %	(40,3 %)
usage et détention-acquisition	2 660	56,5 %	27,6 %	15,9 %	100 %	(31,9 %)
usage et autres contentieux	2 247	82,4 %	8,2 %	9,4 %	100 %	(55,3 %)

(1) Peine de substitution, mesure éducative et dispense de peine.

(2) Lecture : 38,2 % des peines d'emprisonnement pour usage en infraction unique sont fermes (partiellement ou totalement).

Source : CJN, SDESSED - Ministère de la Justice ©

cas, l'association d'une infraction d'usage à celle de trafic relève plus d'une multiquification systématique que de la certitude ou de la suspicion de la qualité d'usager de la personne interpellée.

Incarcérations pour usage et détenus incarcérés pour usage

Les personnes condamnées pour usage de stupéfiants peuvent faire l'objet d'une peine d'emprisonnement, ferme ou avec sursis (partiel ou total). Le dénombrement des incarcérations suite à une condamnation pour usage simple est difficile. En effet, les données en provenance des établissements pénitentiaires ne font mention que d'une seule infraction, celle figurant en premier dans la

condamnation. Il s'agit en général de l'infraction la plus grave mais il arrive qu'il en soit autrement. Tous les cas pour lesquels l'usage est associé à une infraction plus grave n'apparaîtront donc pas dans la statistique d'incarcération au titre de l'usage, sauf si, pour une raison quelconque, ce dernier figure en premier sur la condamnation.

Nombre d'incarcérations en 2000 et évolution

Au cours de l'année 2000, près de 400 personnes ont été incarcérées pour usage de stupéfiants, en métropole (34 dans les départements d'outre-mer) ①. Elles représentent moins de 1 % des entrants de cette année-là et un peu plus de 4 % des incarcérations pour infraction à la législa-

Incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre d'incarcérations pour usage	1 213	1 034	892	870	700	468	471	395
% sur total des incarcérations pour ILS	10,2	8,6	7,1	7,3	6,6	5,1	5,2	4,4
% sur total des incarcérations	1,5	1,2	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6

Champ : métropole.

Source : FND, DAP/SDESSED - Ministère de la Justice

tion sur les stupéfiants (ILS). Ces dernières correspondent essentiellement à des cas de trafic (voir ci-après).

Les incarcérations pour usage de stupéfiants sont en baisse depuis 1993, aussi bien en valeurs absolues qu'en valeurs relatives.

Le nombre d'entrants condamnés pour usage de stupéfiants a été divisé par trois au cours des années 1990. La baisse est constante.

Population carcérale à une date donnée

Au début de l'année 2000, l'administration pénitentiaire recense moins de 300 personnes incarcérées pour usage de stupéfiants (en **infraction principale**), soit 3,4 % des personnes incarcérées pour ILS et 0,6 % de la population carcérale totale.

Une enquête *ad hoc*, effectuée un jour donné dans les établissements pénitentiaires français, permet d'affiner l'analyse en infraction principale et révèle qu'au 1^{er} novembre 2000, 197 personnes

sont incarcérées au seul titre d'usage de stupéfiants, soit légèrement plus qu'en 1994. Ces détenus représentent une part très faible de la population carcérale.

Le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires aux motifs d'usage et de détention est bien plus important : 2 700 personnes au 1^{er} novembre 2000 dont près de la moitié est en attente de jugement.

Détenus incarcérés pour usage de stupéfiants un jour donné, en 1994 et 2000

	1 ^{er} avril 1994	1 ^{er} novembre 2000
Pour usage seul	168	197
En % de la population carcérale	0,3	0,4
Pour usage et détention	-	2 692
En % de la population carcérale	-	5,5

Champ : métropole et outre-mer.

Source : Relevés manuels des établissements, PMJ1 - DAP - Ministère de la Justice

Répression de l'offre et du trafic de drogues illicites

Les saisies recensées par les services répressifs en France ne constituent qu'un indicateur très indirect de l'offre de drogues illicites. Elles sont en effet également liées à l'activité des services concernés. Le hasard peut aussi jouer un rôle dans les variations annuelles. Il est donc indispensable d'observer les saisies sur de plus longues périodes.

Comme pour l'usage, la répression du trafic est décrite à l'aide des indicateurs relatifs au nombre et aux caractéristiques des trafiquants apparaissant dans les statistiques d'interpellations, de condamnations et d'incarcérations.

Saisies de drogues

Les quantités saisies des différentes substances peuvent difficilement être comparées entre elles. Tout d'abord, la valeur des produits est très différente pour un même poids. Le cannabis, dont le prix au gramme est faible, fait l'objet d'un trafic par quantités souvent importantes, parfois de plusieurs tonnes, alors que l'héroïne circule en lots nettement plus petits. Ainsi, plusieurs tonnes de cannabis peuvent être saisies lors d'une même opération ce qui n'arrive jamais pour l'héroïne. Par ailleurs, la France étant un pays de transit, une

partie des quantités saisies n'est pas destinée au marché intérieur. Ce sont donc surtout les évolutions des saisies qui sont intéressantes d'observer.

Quantité de drogues saisies en 1998, 1999 et 2000, par produit

	1998	1999	2000
Cannabis (kg)			
(herbe, résine, huile)	55 698	67 480	53 579
Héroïne (kg)	343	203	444
Cocaïne (kg)	1 050	3 687	1 311
Crack (kg)	25	10	22
Amphétamines (kg)	165	232	230
Champignons hallucinogènes (kg)	4,8	5,6	11
Ecstasy (doses)	1 142 226	1 860 402	2 283 620
LSD (doses)	18 680	9 991	20 691

Source : FNAILS, OCRTIS ©

Évolution récente des saisies

Après une année record en 1999, les quantités saisies de cannabis sont revenues à leur niveau de 1997 et 1998 ©. L'évolution est à peu près similaire pour la cocaïne.

Pour la première fois depuis 1996, les quantités d'héroïne saisies sont en forte progression en 2000. Il est à noter cependant que la baisse en 1999 et la hausse en 2000 sont liées à de faibles variations du nombre des grosses opérations portant sur plus de 5 kg. Le nombre de ces saisies est passé de 11 en 1998 (totalisant 194 kg) à 5 en 1999 (53 kg), pour remonter à 15 en 2000 (273 kg). L'influence de ces quelques grosses affaires, qui représentent plus de 60 % des quantités d'héroïne saisies en 2000, incite à interpréter les chiffres avec prudence. De plus, la variation constatée est pour une bonne part le résultat d'une augmentation des quantités saisies à destination de la Grande-Bretagne et de l'Espagne (environ 270 kg pour ces deux pays). La France était destinataire d'un petit tiers des quantités d'héroïne saisie en 2000.

Après être restées longtemps limitées, les quantités saisies d'ecstasy ont nettement augmenté depuis 1998. Cette évolution est également liée à la crois-

sance de celles à destination de la Grande-Bretagne. La France n'est que très marginalement destinataire de l'ecstasy saisie (moins de 10 % en 2000), bien que sa part soit en progression.

Évolution des saisies entre 1990 et 2000

La dernière décennie a été marquée par la forte augmentation des saisies de cannabis, avec une croissance rapide et continue jusqu'en 1994 (multiplication par 2,5 des quantités saisies), puis une fluctuation autour de ce niveau jusqu'en 2000.

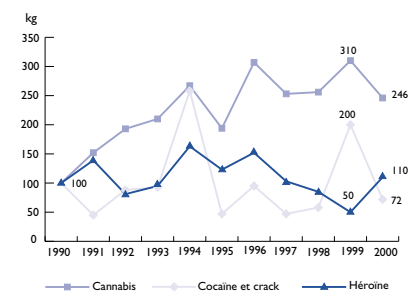
Cette tendance sur l'ensemble de la décennie ne se retrouve pas pour l'héroïne et la cocaïne, dont le niveau atteint en 2000 est proche de celui de 1990.

Les quantités saisies d'héroïne plutôt orientées à la hausse entre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990, malgré des fluctuations, ont fortement décliné entre 1997 et 1999 pour se redresser en 2000.

Les quantités de cocaïne saisies fluctuent, quant à elles, un peu en dessous du niveau de 1990, mis à part les années 1994 et 1999 au cours desquelles des saisies exceptionnelles ont été réalisées.

Au-delà des variations annuelles, un tiers environ des quantités de cannabis saisies en France devait être revendu sur le territoire national, contre la moitié pour celles d'héroïne et un cinquième pour celles de cocaïne.

Quantités saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000 (base 100 en 1990)



Source : FNAILS, OCRTIS ©

Interpellations, condamnations et incarcérations pour trafic

Comme pour les usagers, les statistiques pénales concernant les trafiquants ne permettent pas de réaliser un suivi judiciaire d'une affaire ou d'une personne tout au long de la filière pénale. Le détail par produit n'est disponible que pour les données relatives aux interpellations.

Interpellations

Au cours de l'année 2000, les services de police, de gendarmerie et de douane ont interpellé 6 500 trafiquants, ce qui représente 6,5 % des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ©.

Plus de 8 trafiquants interpellés sur 10 sont impliqués dans des activités de trafic local ou de revente et 2 sur 10 dans des trafics à plus grande échelle, d'importation ou d'exportation.

Les interpellations de trafiquants par produit sont plus diversifiées que pour les usagers.

Le cannabis, avec un peu plus de la moitié des affaires, est moins dominant (pour mémoire, il représente 87 % des interpellations d'usagers).

Avec près d'une interpellation sur cinq, l'héroïne et la cocaïne sont les produits les plus fréquemment en cause après le cannabis dans ce type d'interpellations.

Dans les interpellations de petits trafiquants (activités de trafic local ou revente), le cannabis est légèrement plus présent (il apparaît dans 60 % des cas). Mais la différence tient surtout au fait que les affaires de trafic international apparaissent fortement liées à la cocaïne.

Au cours de la première moitié de la décennie, les interpellations pour trafic étaient à la hausse ou stables pour tous les produits (voir graphique page 60).

Alors que les interpellations de trafiquants de cocaïne poursuivent leur progression, celles pour trafic de cannabis et d'héroïne chutent après 1996 et jusqu'en 1999. La baisse constatée pour les cas de trafic d'héroïne est à rapprocher de celle des interpellations d'usagers de ce produit.

En 2000, le nombre d'interpellations pour trafic augmente quel que soit le produit, rompant pour le cannabis et l'héroïne la précédente tendance à la baisse.

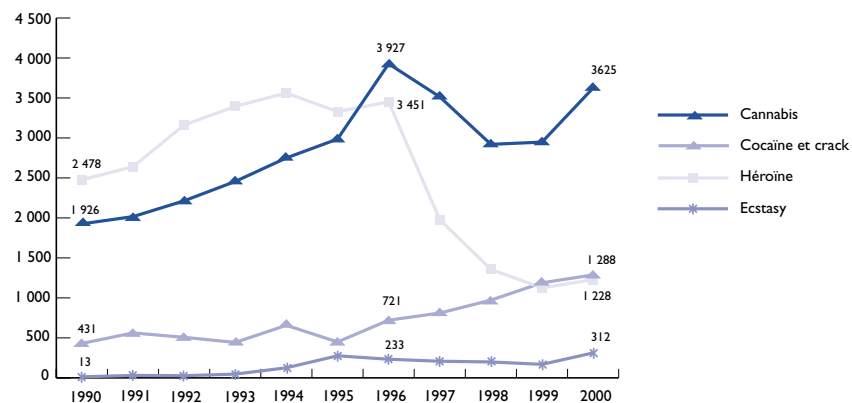
Interpellations pour trafic de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations pour trafic		Trafic international (= 1 245)	Trafic local et revente (= 5 286)
	effectifs	%	%	%
Cannabis	3 625	55,5	37,1	59,8
Héroïne	1 228	18,8	17,6	19,1
Cocaïne	1 088	16,7	34,0	12,6
Crack	200	3,1	0,7	3,6
Ecstasy	312	4,8	8,9	3,8
Autres*	78	1,2	1,7	1,1
Total	6 531	100,0	100,0	100,0

* Médicaments, amphétamines, LSD, khat, etc.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

Interpellations pour trafic de stupéfiants, de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAILS, OCRTIS

Condamnations pour trafic

Alors que la statistique policière ne fait référence qu'à trois catégories de trafiquants (trafic international, local et revente), la nomenclature de la statistique judiciaire est plus détaillée, reprenant les infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans le code pénal.

Contrairement aux interpellations, les condamnations pour trafic sont plus nombreuses que

celles pour usage de stupéfiants : respectivement 16 700 et 6 700 condamnations en **infraction principale**.

Les condamnations pour trafic de stupéfiants concernent plus particulièrement quatre types d'infractions : la détention-acquisition ; le commerce, emploi ou transport ; l'exportation ou l'importation ; l'offre ou la cession de stupéfiants. En 1999, on recense également 68 condamnations pour aide à l'usage de stupéfiants, 10 cas de non-

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) et nature de la peine en 1999, par type d'infraction

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Détention, acquisition	8 945	78,9 %	12,0 %	9,1 %	100,0 %	(49,2 %)
Offre et cession	2 363	86,6 %	5,3 %	8,0 %	100,0 %	(55,5 %)
Commerce, emploi, transport	3 403	87,5 %	7,1 %	5,4 %	100,0 %	(54,7 %)
Trafic (exportation-importation)	1 839	96,3 %	2,6 %	1,1 %	100,0 %	(73,0 %)

(1) Peine de substitution, mesure éducative et dispense de peine.

(2) Lecture : 49,2 % des peines d'emprisonnement pour détention/acquisition en infraction principale sont fermes (partiellement ou totalement).

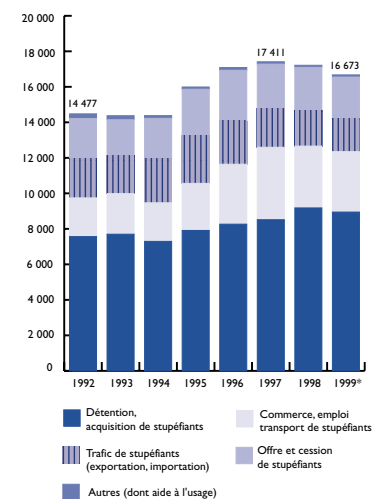
Source : CJN, SDSSED - Ministère de la Justice

justification de revenus (infraction couramment appelée « proxénétisme de la drogue »²⁴) et 55 autres ILS.

Plus on monte dans l'échelle du trafic, plus les peines d'emprisonnement sont privilégiées. La part et la durée de l'emprisonnement ferme augmentent aussi en conséquence.

Les infractions pour trafic ont plus de chance d'être mentionnées en infraction principale que les cas d'usage.

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999



* Données provisoires.

Source : CJN, SDSSED - Ministère de la Justice

Néanmoins, la multiquilification des affaires est fréquente. En moyenne, en 1999, pour les infractions du tableau précédent, les magistrats ont retenu 3,6 infractions pour qualifier l'affaire. Près de 23 600 condamnations sanctionnant au moins une infraction de trafic (au sens large, c'est-à-dire hors usage) sont ainsi recensées. Les associations les plus fréquentes sont celles sanctionnant à la

fois l'usage et le transport (15 % des condamnations), l'usage et la détention-acquisition (11 %) ou encore, les cas de détention, commerce et cession sans import-export ni usage (15 %).

Après une période de relative stagnation, la hausse des condamnations pour trafic de stupéfiants observée en 1995 a concerné essentiellement les cas de commerce, emploi ou transport de stupéfiants (+ 22 % en 1995), offre ou cession (+ 12 %) et importation-exportation (+ 10 %). Elle s'est poursuivie sur deux années, mais depuis 1997-1998, toutes ces condamnations sont à la baisse.

Par ailleurs, on note l'augmentation en valeur absolue et relative des condamnations pour ILS de mineurs : 451 cas en 1995 (soit 2,2 % des condamnations pour ILS) contre 1 594 cas en 1999 (soit 6,8 %) (Ministère de la Justice, 2001, p. 231).

Incarcérations pour trafic et détenus incarcérés pour trafic

La statistique pénitentiaire utilise à son tour une nomenclature différente des précédentes. Le niveau de détail est moindre puisque ne sont distingués que les cas de trafic, de cession, d'usage et d'autres ILS. Par ailleurs, les chiffres ne sont fournis qu'en infraction principale.

À ce stade de la filière pénale, il est logique que les infractions les plus sévèrement punies au regard du code pénal soient plus représentées dans les incarcérations. Ainsi, au cours de l'année 2000, les personnes incarcérées pour trafic de stupéfiants représentent 62 % de l'ensemble des incarcérations pour ILS et 8 % de l'ensemble des entrants (contre respectivement 4 et 0,6 % pour l'usage).

Tout comme l'ensemble des incarcérations pour ILS, celles pour trafic et, dans une moindre mesure, pour cession de stupéfiants, sont en baisse depuis 1993. Parallèlement, la catégorie des autres ILS représente de plus en plus d'incarcérations (de 18 % de celles pour ILS en 1993 à 26 % en 2000).

24. Le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie pour une personne en relations habituelles avec un trafiquant ou un usager de stupéfiants (voir chapitre « Cadre légal et dispositifs »).

Incarcérations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000, par type d'infraction

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Trafic	7 845	7 726	7 991	7 842	6 869	5 720	5 867	5 538
Cession	686	1 140	1 053	987	910	863	491	616
Autres ILS	2 091	2 158	2 653	2 244	2 115	2 074	2 296	2 345
Total ILS	11 835	12 058	12 589	11 943	10 594	9 125	9 125	8 894
Total infractions	82 201	84 684	81 398	78 778	75 098	71 768	72 172	66 862

Champ : métropole.

Source : FND, DAP/SDSED - Ministère de la Justice ①

Notons que la diminution enregistrée du nombre d'incarcérations pour ILS est du même ordre de grandeur que pour l'ensemble des incarcérations, toutes infractions confondues (respectivement - 4 et - 3 % en moyenne chaque année). Au sein des ILS, ce sont celles relatives à l'usage qui baissent le plus.

Le nombre de condamnés (hors prévenus) pour ILS présents dans les prisons à une date donnée est également en baisse, en valeur absolue et relative. Au 1^{er} janvier 2001, l'administration pénitentiaire recense 4 085 condamnés pour ILS, soit 14 % de la population carcérale condamnée. Au 1^{er} janvier 1995, les 6 118 détenus pour ILS représentaient 21 % des condamnés②.

Blanchiment de l'argent de la drogue

La lutte contre le blanchiment de l'argent lié aux drogues illicites est une priorité réaffirmée depuis la loi du 31 décembre 1987, qui incriminait pour la première fois cet acte.

Créée au début des années 1990 au sein du ministère de l'Économie et du Budget, la cellule de coordination chargée du traitement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN) a pour tâche de recevoir et traiter les déclarations de soupçons des organismes financiers et de transmettre à l'autorité judiciaire les dossiers qui mettent en évidence des faits susceptibles de relever du trafic de stupéfiants ou de l'activité d'organisations criminelles.

Depuis sa création, TRACFIN reçoit un nombre toujours croissant de déclarations de soupçons : de 179 en 1991, la cellule en a enregistré 1 244 en 1998. L'activité s'est essentiellement développée à partir de 1995. Cette progression est notamment liée à une collaboration plus efficace des services bancaires et financiers concernés (DGDDI, 1999).

Ces déclarations portent sur le blanchiment de l'ensemble des produits du crime et non pas uniquement sur l'argent de la drogue.

En 2000, TRACFIN a enregistré 2 537 déclarations de soupçons et 156 dossiers ont été portés en justice. Si le nombre de dossiers transmis à la justice paraît faible relativement aux déclarations de soupçons, il faut préciser que certains dossiers d'enquête durent plus d'un an avant d'être transmis au procureur ; par ailleurs, une proportion importante des dossiers transmis regroupe en fait plusieurs déclarations de soupçons. En 1998 et 1999, 223 et 268 de ces déclarations ont débouché sur une saisine judiciaire, soit près de 17 % du contingent des signalements d'opérations suspectes reçus au cours de ces années. D'après le rapport d'activités TRACFIN 2000, il apparaît que les juridictions françaises font preuve d'une certaine sévérité dans la répression de cette catégorie de criminalité : sur les 21 condamnations pour délit de blanchiment prononcées en 1999, 19 ont été assorties de peines d'emprisonnement, dont la durée moyenne était de 32 mois.

Géographie des conséquences de l'usage de drogues illicites

Les conséquences sociosanitaires de l'usage de drogues illicites dans les régions peuvent être approchées par les données de la DREES/DGS ① sur le nombre de recours. Ces données permettent également d'appréhender la répartition régionale des cas de VIH et VHC parmi les injecteurs.

Les données régionales concernant les réponses pénales apportées à l'usage de drogues illicites correspondent au nombre d'interpellations et au nombre de condamnations pour usage, associé ou non à d'autres infractions.

Conséquences sanitaires et sociales

Demandes de traitement

Le nombre de recours n'est suffisamment important pour faire l'objet d'analyses au niveau régional que pour le cannabis et les opiacés.

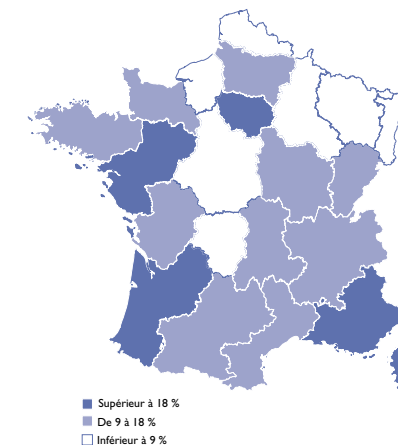
Dans toutes les régions, les prises en charge pour un produit primaire, rapportées au nombre d'habitants, sont plus nombreuses pour les opiacés que pour les autres produits. Le nombre de recours par habitant lié aux opiacés est cependant particulièrement élevé dans les régions du pourtour méditerranéen, en Ile-de-France, en Alsace et dans la région Nord-Pas-de-Calais, traditionnellement touchées par la toxicomanie. Les prises en charge liées au cannabis sont en revanche les plus nombreuses dans le Limousin, le Poitou-Charentes, et la Bretagne.

Certaines régions sont plus polarisées sur un produit (nettement au-dessus ou en dessous de la moyenne nationale pour un produit spécifique) : l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et l'Ile-de-France pour les opiacés, le Limousin, la Bretagne et la région Midi-Pyrénées pour le cannabis②.

Morbidité

La prévalence nationale du VIH chez les injecteurs (16 % d'après les données de l'enquête menée en novembre 1999 ③) masque de fortes disparités régionales. Dans les régions situées au nord de la France, la prévalence se situe en dessous de 10 %. Elle est particulièrement faible en Lorraine (4 %), Nord-Pas-de-Calais (5 %), Alsace (7 %) et particulièrement élevé en Corse (34 %) et dans les régions PACA, Ile-de-France et Aquitaine (22 à 23 %).

Prévalences du VIH parmi les usagers injecteurs en 1999, par région



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ①

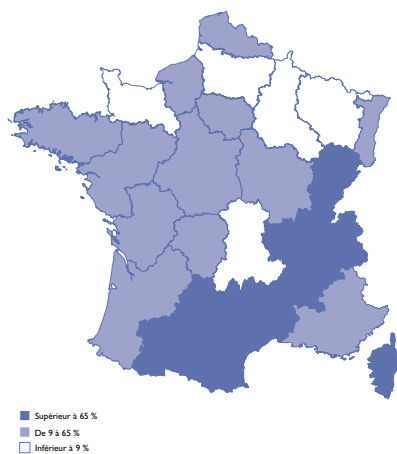
Les données relevées dans le cadre d'une étude multicentrique menée en 1999 confirment dans l'ensemble ces résultats (Chevallier, 2001). La prévalence déclarée atteint 30 % à Marseille et 22 % à Nice (contre 23 % en moyenne dans la région

PACA). À Toulouse, la prévalence est de 16 % (15 % dans la région Midi-Pyrénées). Les prévalences sont en revanche très faibles dans le nord de la France (2,5 % à Lille et 6 % à Lens contre 5 % en moyenne dans la région Nord-Pas-de-Calais).

Les disparités s'expliquent en partie par l'âge des usagers. Dans les trois régions à plus faible prévalence, l'âge moyen des usagers injecteurs se situe entre 28 et 29 ans ; dans les régions à plus forte prévalence, l'âge moyen est supérieur à 32 ans.

Les disparités régionales de prévalence sont moins fortes pour le VHC que pour le VIH. Si l'on exclut les deux valeurs extrêmes (Corse et Champagne-Ardenne), les prévalences se situent entre 50 et 69 % en novembre 1999 (17), alors que pour les VIH, en excluant également les valeurs extrêmes, la fourchette est de 4 à 22 %. En raison du caractère massif de l'épidémie à VHC, les prévalences semblent se répartir de façon plus homogène sur le territoire. Par ailleurs, comme il a été dit précédemment, les sérologies sont moins bien connues et les prévalences déclarées ont un degré de fiabilité bien moindre que pour le VIH.

Prévalences du VHC parmi les usagers injecteurs en 1999, par région

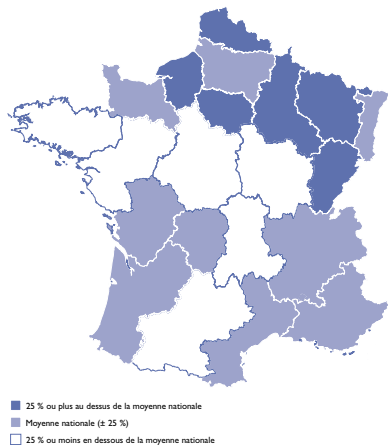


Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS (18)

Conséquences pénales

Les régions enregistrant plus d'interpellations que la moyenne nationale (36 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 1999) sont toutes regroupées dans le nord ou l'est de la France, le maximum étant enregistré dans le Nord-Pas-de-Calais avec 61 interpellations pour 10 000 habitants. La plupart des interpellations étant des cas d'usage ou d'usage-revente de cannabis, cette carte est proche de celle décrite dans le chapitre traitant de ce produit (19).

Interpellations pour usage simple et usage-revente en 1999, par région



Moyenne nationale : 36,0 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans.

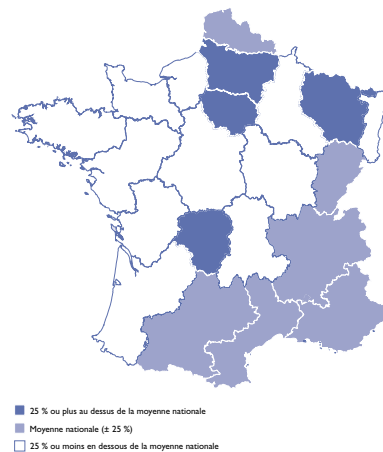
Source : FNAILS 1999, OCRIS

La dispersion géographique des condamnations pour usage seul ou pour usage et détention seuls n'est pas tout à fait la même que celle des interpellations en 1999.

Quatre régions se distinguent par un nombre de condamnations rapporté à la population nettement supérieur à la moyenne nationale. Il s'agit de

l'Ile-de-France, la Lorraine, la Picardie et le Limousin (20). Seules les deux premières font également partie des régions enregistrant beaucoup d'interpellations.

Condamnations pour usage seul et usage/détention seuls en 1999, par région



Moyenne nationale : 1,9 condamnation pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans.

Source : CJN 1999, SDESD-ministère de la Justice (21)

Pour en savoir plus

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- BURRICAND (C.), HARAL (C.), *Les condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Évolution 1991-1995 - Rapport d'étude*, Paris, ministère de la Justice, 1999, 42 p.
- CAZEIN (F.), PINGET (R.), LOT (F.), DAVID (D.), PILLONEL (J.), LAPORTE (A.), « Tendances récentes du Sida en France (janvier 1998-juin 2000) », *BEH*, n° 52, 2000, p. 233-235.
- CHEVALLIER (E.), *Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne en France. Une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse*, Paris, OFDT/ORSMIP, 2001, 112 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome I*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CORKERY (J.-M.), *Drug-related Mortality in France : a View from Across the Water*, 30 p., (à paraître).
- COSTES (J.-M.), « Country report : France », in EMCDDA, *Prevalence and Patterns of Problem Drug use for all European Union Member States. Final report*, Luxembourg, Office for official publications of the european communities, 2001, (à paraître).
- DELABRUYÈRE (D.), *Les condamnations en 1998*, Paris, ministère de la Justice, 2000, 250 p. (Coll. Études & statistiques Justice, n° 16).
- DGDDI (Direction générale des douanes et droits indirects), *Bilan de la douane en 2000*, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2001, (à paraître).
- EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, Paris, OFDT/InVS/INSERM, 1999, 62 p. (Étude n° 18).
- EMMANUELLI (J.), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*, (2 tomes), Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 + 93 p.
- GRÉMY (I.), *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes. Étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, Paris, ORS d'Ile-de-France, 1997, 65 p.
- GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- InVS (Institut de veille sanitaire), « Surveillance du Sida en France : situation après deux ans d'interruption », *BEH*, n° 38, 2000, p. 163-169.
- IREP (Institut de recherche et d'études sur les pharmacodépendances), *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Rapport de synthèse*, Paris, IREP, 1996, 455 p.
- KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.
- Ministère de la Justice, DAGE, SDSSED, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2001*, Paris, Documentation française, 2001, 339 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.
- OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.
- RABORD (M.), « L'injonction thérapeutique », *Échanges santé social*, n° 81, 1996, p. 49-52.
- SAGANT (V.), *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique : synthèse et analyse des rapports des parquets*, Paris, ministère de la Justice, 1997, 95 p.
- SETBON (M.), DE CALAN (J.), *L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, CNRS-GAPP/OFDT, 2000, 159 p.
- SIMMAT-DURAND (L.), CESONI (M.-L.), GOYAUX (N.), KLETZLEN (A.), MARTINEAU (H.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998, 503 p. (Études et données pénales, n° 77).
- SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J.-B.), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, de juillet 1993 à juin 1998*, Saint Maurice, CESES, 1999, 93 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p.

Approche par produit



Alcool	71
Cannabis	95
Cocaïne et crack	115
Ecstasy et autres amphétamines	135
Héroïne et autres opiacés	155
LSD, champignons et autres hallucinogènes	179
Médicaments psychotropes	195
Produits dopants	213
Tabac	227
Polyconsommation	251

Alcool

Repères	72
Consommations d'alcool dans la population française	74
<i>Consommations en population générale adulte</i>	74
<i>Consommations à l'adolescence</i>	78
Ventes de boissons alcoolisées	79
<i>Boissons alcoolisées mises à disposition des consommateurs français</i>	79
<i>Dépenses des ménages</i>	80
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool	81
<i>Demandes de traitement</i>	81
<i>Caractéristiques et orientation des personnes prises en charge</i>	82
<i>Morbidité</i>	83
<i>Mortalité</i>	85
<i>Bénéfices de la consommation d'alcool</i>	87
Conséquences pénales de la consommation d'alcool	88
<i>Contrôle d'alcoolémie</i>	88
<i>Condamnations</i>	88
Géographie de la consommation d'alcool	89
<i>Approche régionale</i>	89
<i>Approche européenne</i>	92
Pour en savoir plus	93

Repères

Vente

■ Au cours de la première moitié des années 1990, les ventes d'alcool ont poursuivi leur mouvement de baisse engagé à la fin des années 1950. Néanmoins, cette décroissance a été de moindre ampleur par rapport à celles relevées les décennies précédentes. Une modification de tendance intervient dans la deuxième moitié des années 1990 : la consommation d'alcool semble s'être stabilisée. La diminution des quantités d'alcool pur consommées est entièrement imputable à la baisse de la consommation de vin.

■ En 1998, les ménages ont dépensé environ 80 milliards de francs pour les boissons alcoolisées, dont 60 % pour le vin. L'État a perçu un peu plus de 25 % de cette somme sous formes de taxes.

Consommation

■ En population générale adulte, au cours des dix dernières années, les indicateurs de consommation d'alcool sont relativement stables, que ce soit pour la consommation, l'ivresse ou la consommation problématique.

■ En population générale adulte, l'alcool est la substance psychoactive de loin la plus consommée : seuls 2,5 % des Français déclarent n'en avoir jamais bu, 29 % en consomment seulement occasionnellement, 42 % au moins une fois par semaine, 21 % tous les jours. Neuf pour cent présentent des signes de dépendance actuelle ou passée et peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool.

■ L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin, devant la bière et les alcools forts.

■ La consommation quotidienne est essentiellement masculine et fortement associée à l'âge.

■ Quatorze pour cent des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. Ces épisodes sont plus fréquents chez les hommes (22 %) que chez les femmes (7 %) et se produisent plus souvent entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes).

■ L'ivresse n'est pas plus fréquente chez les buveurs réguliers : les consommateurs hebdomadaires sont en effet plus nombreux à déclarer avoir été ivres (24 %) que les consommateurs quotidiens (11 %).

■ Chez les jeunes, l'évolution des consommations au cours de la décennie 1990 est, comme pour les adultes, relativement stable.

■ À 16 ans, 86 % des garçons et 85 % des filles disent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie, l'usage répété (au moins dix fois dans le mois) concerne 14 % des garçons et 5 % des filles. Au même âge, 51 % des garçons et 42 % des filles ont connu au moins un épisode d'ivresse et 5 % des garçons et 2 % des filles des ivresses répétées (10 et plus par an).

■ Pour les deux sexes, l'alcool est le produit psychoactif expérimenté le plus précocement : en moyenne à 14 ans environ. La première ivresse est postérieure à la première consommation d'alcool d'environ deux ans.

Conséquences sanitaires et sociales

■ L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies : cirrhose du foie, syndrome d'alcoolisme fœtal. Il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polyneuropathie, troubles psychiques, accidents (routes, domestiques, travail), rixes et suicides. Le nombre de décès attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 en 1995 ; on ne dispose pas d'estimation plus récente.

■ En raison d'une plus grande consommation d'alcool, les conséquences sanitaires problématiques liées à l'alcool sont beaucoup plus importantes pour les hommes que pour les femmes.

■ Au regard des conséquences néfastes de la consommation d'alcool, certaines études mettent en évidence des bénéfices éventuels d'une consommation d'alcool sur la santé (maladies cardiovasculaires) : une consommation très modérée de vin, même quotidienne, ferait diminuer la mortalité globale. Sur ce sujet, les conclusions d'une synthèse des connaissances effectuée dans le cadre d'une expertise collective demandée à l'INSERM viennent d'être publiées.

■ En 1998, 80 000 consommateurs d'alcool ont été pris en charge par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ce nombre est en augmentation par rapport aux années précédentes. Trois consultants sur quatre sont des hommes. L'âge moyen des consultants est de 41 ans. Il s'agit principalement de personnes alcoolo-dépendantes ou consommatrices « excessives ».

■ La consommation d'alcool au sein de la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Consommations d'alcool dans la population française

La consommation d'alcool dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Consommations en population générale adulte

En population générale adulte, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée : seuls 2,5 % des Français déclarent n'en avoir jamais bu, presque trois fois plus de femmes que d'hommes. En 1995, 4,5 % des 18-75 ans déclaraient n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie. En 1999, ils sont 4,1 % (2,5 % déclarent n'avoir jamais bu même une boisson peu alcoolisée comme le cidre ou le panaché). Mais cette relative augmentation des déclarations de consommation au cours de la vie n'implique pas que celle-ci ait augmenté dans le même temps. Tous les indicateurs montrent au contraire une très grande stabilité des comportements, jointe à une baisse en volume des consommations.

La consommation d'alcool sera étudiée principalement à travers sa fréquence au cours des douze derniers mois.

On distingue ainsi les consommateurs quotidiens (21,5 %), hebdomadaires (boire au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours : 42,1 %), mensuels ou occasionnels (boire au moins une fois par an mais moins d'une fois par semaine : 29,0 %).

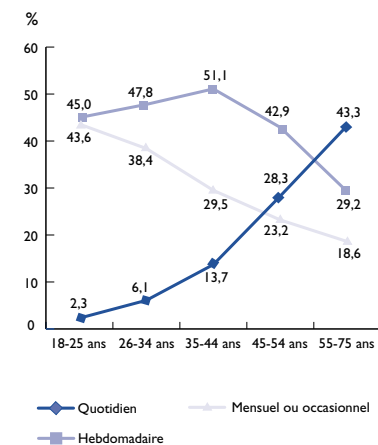
Les répartitions par âge de ces types d'usages sont très différentes, mais ils laissent tous progressivement place à la consommation quotidienne, qui est anecdotique chez les moins de 25 ans et majoritaire chez les plus de 55 ans. De 18 à 54 ans, c'est la consommation hebdomadaire qui concerne le plus grand nombre de personnes, celui-ci culminant dans la tranche

35-44 ans ; la consommation mensuelle ou occasionnelle, qui touche près de la moitié de la tranche 18-25 ans, voit sa part diminuer continuellement avec l'âge pour ne concerner qu'un cinquième des plus de 55 ans.

La consommation quotidienne, au détriment de la consommation mensuelle ou occasionnelle d'abord, puis hebdomadaire ensuite, voit au contraire sa part augmenter puis devenir majoritaire chez les plus de 55 ans.

L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin (83,6 % des Français déclarent en avoir bu dans l'année), devant les autres alcools (parmi lesquels le champagne, le cidre, etc. : 64,7 %), les alcools forts (60,3 %) et la bière (56,5 %).

Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000, par âge et types d'usages

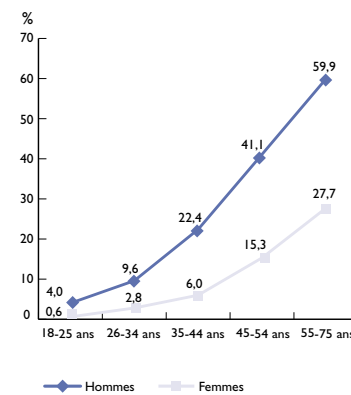


Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Consommation quotidienne

La consommation quotidienne est majoritairement masculine (31,2 % des hommes contre 12,3 % des femmes) et croît fortement avec l'âge pour concerner près de 60 % des hommes de plus de 55 ans. Les consommations moins fréquentes (hebdomadaires et mensuelles ou occasionnelles) sont moins différenciées selon les sexes.

Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par sexe et âge

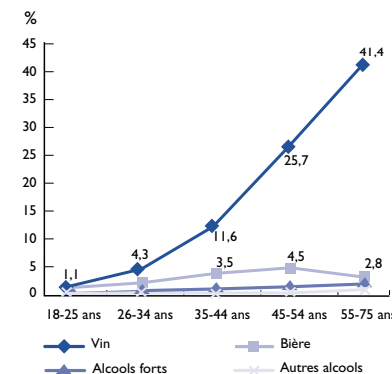


Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

La proportion de buveurs quotidiens est en baisse depuis quelques années : si l'on considère la dernière semaine, elle est passée de 22,6 % des adultes en 1995 à 20,3 % en 1999, à structure de population constante.

Le vin est la seule boisson alcoolisée dont la consommation quotidienne soit aussi importante : elle représente la quasi-totalité des consommations quotidiennes tous alcools confondus. Derrière lui, la consommation quotidienne de bière ne dépasse jamais 4,5 % d'une tranche d'âge, celle des autres types de boissons étant anecdotique.

Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et types de boissons



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

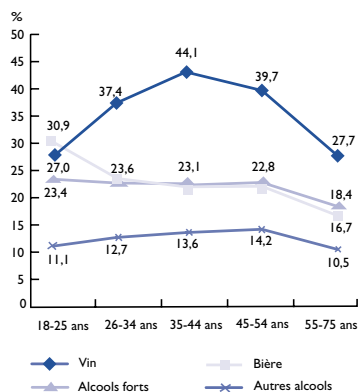
Une série d'enquêtes quinquennales menées par l'ONIVINS et l'INRA entre 1980 et 2000 a montré que la consommation de vin a diminué dans la population française au cours des vingt dernières années, mais que la part des non-consommateurs s'est maintenant stabilisée à 37 % de la population de plus de 14 ans (Aigrain et al., 2000).

La consommation quotidienne est essentiellement masculine et fortement associée à l'âge. Elle est, par ailleurs, très liée à la situation professionnelle. Trois groupes s'opposent de ce point de vue : les professions libérales, retraités, et autres inactifs, chez qui ce mode de consommation est très fréquent ; les salariés des secteurs privé ou public et les chômeurs, qui occupent une position intermédiaire ; enfin, les étudiants, pour lesquels il est relativement moins courant.

Consommation hebdomadaire

La consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées (en boire au moins une fois par semaine) concerne plus de 40 % de la population jusqu'à 45-54 ans. Le vin reste la boisson la plus consommée après 25 ans, mais son usage se fait un peu plus rare après 45-54 ans.

Fréquence de la consommation hebdomadaire d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et types de boissons



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

Les autres boissons et en particulier la bière et les alcools forts, dont les consommations quotidiennes sont anecdotiques, sont consommées de façon hebdomadaire (en l'occurrence essentiellement le week-end) par près de 20 % de la population.

Quantités consommées

Les quantités consommées la veille dépendent du sexe mais relativement peu de l'âge. En moyenne, parmi les buveurs de la veille, les hommes ont bu 3,0 verres la veille et les femmes 1,7 ©. Cet écart entre hommes et femmes augmente légèrement avec l'âge : 1,1 verre parmi les 18-25 ans, contre 1,3 après 55 ans. La quantité bue la veille est maximale entre 18 et 25 ans (3,2 verres chez les hommes, 2,0 chez les femmes), et fluctue peu avec l'âge chez les hommes, tandis qu'elle diminue progressivement chez les femmes (1,6 verre chez les plus de 55 ans). Parmi ceux qui ont bu la veille, les consommateurs quotidiens ont bu en moyenne 2,8 verres, les hebdomadaires 2,3 et les consommateurs mensuels ou occasionnels 1,7 : la fréquence de consommation apparaît donc globalement liée à la quantité bue.

Le détail des jours de la semaine permet de mettre en évidence un fait bien connu : les consommations du week-end sont plus importantes que celles de la semaine (nombre de verres en moyenne pour les buveurs : 2,4 du lundi au jeudi, contre 2,6 le vendredi, et 2,9 le samedi et le dimanche). Comme la quantité moyenne bue la veille, celle bue le samedi augmente avec la fréquence de la consommation déclarée sur l'année ; cependant, les consommateurs hebdomadaires sont une exception notable puisqu'ils déclarent boire autant que les consommateurs quotidiens (3,0 verres). De plus, contrairement à la quantité moyenne bue la veille, celle bue le samedi diminue nettement avec l'âge (5,6 verres entre 18 et 25 ans, contre 1,9 à plus de 55 ans). Ainsi, le samedi soir, les 18-25 ans consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne plus que les consommateurs quotidiens du même âge.

Enfin, la nature des boissons consommées varie suivant le jour considéré. Dans la semaine, le vin est présent (avec de légères fluctuations suivant les jours) dans 80 % des consommations déclarées, la bière dans presque 20 %, les alcools forts dans moins de 15 % et les autres alcools dans un peu plus de 5 %. Le week-end (vendredi, samedi et dimanche), la bière est davantage présente (57 %), mais ce sont surtout les alcools forts (79 %) et les autres alcools (73 %) qui deviennent plus fréquents ; le vin reste encore présent dans la majorité des cas (80 %).

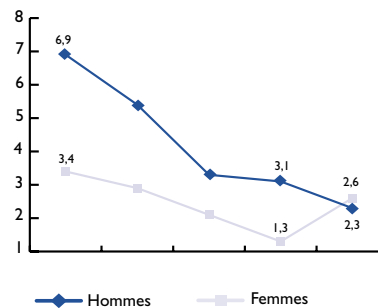
Le nombre de types de boissons et la quantité totale d'alcool consommée augmentent donc significativement le week-end. Cela contribue certainement à expliquer que l'ivresse est plus fréquente parmi les consommateurs hebdomadaires (qui boivent plus le week-end) que parmi les consommateurs quotidiens, qui pourtant boivent plus en moyenne sur la semaine.

Ivresse

Quatorze pour cent des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois ©. En 1995, cette proportion s'élevait à 15 % ©. La prévalence de l'ivresse répétée (au moins quatre épisodes déclarés au

cours de l'année) est elle aussi restée assez stable entre les deux enquêtes : elle concernait 4,2 % de la population en 1995 contre 4,6 % en 1999.

Nombre moyen d'ivresses par personne ayant eu au moins une ivresse dans l'année en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

La prévalence de l'ivresse dépend d'abord du sexe et de l'âge. Ces épisodes sont trois fois plus fréquents chez les hommes (21,6 %) que chez les femmes (6,7 %) et varient significativement en fonction de l'âge. Le pic se situe entre 18 et 25 ans (50,6 % des hommes et 22,2 % des femmes).

Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 4,6 (5,1 pour les hommes et 2,9 pour les femmes). Ce nombre décroît avec l'âge : 5,9 entre 18 et 25 ans, moins de 3 au-delà de 45 ans. À tous les âges, il est sensiblement plus élevé chez les hommes, mais les différences les plus importantes concernent surtout les moins de 35 ans et en particulier les moins de 25 ans. Au-delà de 55 ans, la différence entre les sexes n'est pas significative.

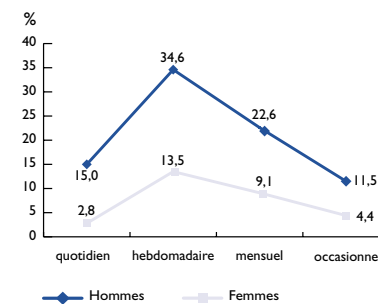
La proportion des ivresses répétées (quatre au moins) chez les personnes ayant déclaré au moins une ivresse dans l'année fournit un indicateur de leur récurrence. Celle-ci décroît avec l'âge : elle passe de 35,0 % chez les 18-25 ans à 15,2 % chez les plus de 45 ans. La différence entre les sexes est importante (29,2 % des ivresses sont répétées chez les hommes contre 20,1 % chez les femmes) et maximale à 18-25

ans (38,5 % contre 26,7 %). C'est donc parmi les jeunes hommes que l'ivresse semble la plus souvent recherchée ©.

L'âge et le sexe ne sont pas les seuls facteurs associés à l'ivresse : la fréquence de consommation d'alcool sur l'année joue aussi un rôle important. Toutefois, une augmentation de la fréquence de consommation n'est pas toujours liée à une augmentation de la fréquence des ivresses. En effet, dans l'ordre, les plus nombreux à avoir été ivres au cours de l'année sont les consommateurs hebdomadaires, puis viennent les consommateurs mensuels (une fois par mois), les consommateurs quotidiens et enfin les occasionnels (moins d'une fois par mois). Comme les plus jeunes boivent moins fréquemment mais sont plus souvent ivres que les plus âgés, et qu'il existe une différence importante entre les sexes, il faut contrôler ces facteurs de confusion pour appréhender correctement cette relation. Les consommateurs hebdomadaires et quotidiens ont alors sensiblement les mêmes chances d'avoir été ivres au moins une fois ou de façon répétée.

L'ivresse et l'ivresse répétée sont donc liées à la consommation au moins hebdomadaire, et en particulier à celle du week-end : 18,8 % des personnes qui déclarent avoir bu le dernier week-end précédant l'enquête ont été ivres au cours de l'année (5,6 % quatre fois au moins), contre 8,5 % pour les autres (respectivement 2,2 %).

Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois en 2000, par fréquence de consommation et sexe



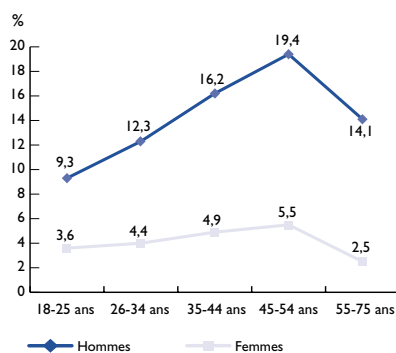
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

À sexe et âge contrôlés, l'ivresse répétée (quatre ivresses au moins dans l'année) dépend relativement peu de l'activité professionnelle, mais est plus fréquente parmi les ménages les plus aisés^③.

Signes de dépendance et usage problématique

Le questionnaire du Baromètre Santé^③ permet d'interroger les personnes sur leur risque passé ou présent de dépendance à l'alcool par l'intermédiaire du test DETA. Cette prévalence au cours de la vie est restée stable entre 1995 (8,3 %) et 1999 (8,9 %).

Proportion de personnes présentant des signes de dépendance potentielle à l'alcool au cours de la vie en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT^②

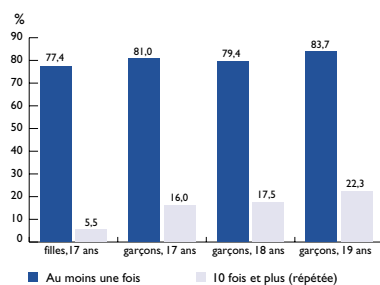
Si moins d'un adulte sur dix est concerné, les hommes le sont trois fois plus souvent que les femmes (14,6 % contre 4,1 %) et la différence entre les sexes augmente avec l'âge. Le test DETA portant sur les usages au cours de la vie, il n'est pas possible, en toute rigueur, de conclure à une augmentation de la prévalence des signes de dépendance avec l'âge. Il est toutefois autorisé de penser que les réponses sont relativement conjoncturelles, ce qui permet d'interpréter la chute des courbes après 55 ans comme un changement dans le mode de consommation et le rapport à l'alcool : quantités moindres, ivresses plus rares, etc.

Les consommateurs dont le test DETA est positif ont un profil de consommation particulier. Ils surestiment plus souvent que les autres les quantités maximales quotidiennes d'alcool jugées « à risques » (quatre verres pour les hommes et trois pour les femmes) et sont quatre fois plus nombreux que les autres à déclarer des ivresses répétées (13,8 % contre 3,2 %). Ils sont également deux fois plus nombreux à boire quotidiennement (39,8 % contre 19,7 %) et leur consommation du dernier samedi dépasse beaucoup plus souvent cinq verres (22,3 % contre 6,4 %).

Consommations à l'adolescence

En milieu scolaire, entre 1993^⑤ et 1999^⑦, l'expérimentation de l'alcool a légèrement augmenté, passant à 16 ans de 81 % à 86 % chez les garçons et de 79 % à 85 % chez les filles. L'usage répété (au moins dix usages au cours du mois) semble n'avoir pas connu d'évolution notable entre ces deux enquêtes, mais la comparaison est difficile car les questions ne sont pas les mêmes. En ce qui concerne l'ivresse, entre 1993 et 1999, la proportion de jeunes qui déclarent avoir connu au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année est restée stable chez les 14-16 ans, mais a légèrement décru chez les 17 et 18 ans (14 à 10 % chez les garçons de 18 ans et 3 à 2 % chez les filles du même âge).

Fréquence des consommations d'alcool au cours des trente derniers jours chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT^⑧

Une très large majorité de jeunes déclare avoir consommé de l'alcool au cours des trente derniers jours. À 17 ans, cette consommation est un peu plus fréquente chez les garçons, mais augmente peu avec l'âge jusqu'à 19 ans^⑧. Ces différences sont beaucoup plus grandes pour la consommation répétée. À 17 ans, 49,5 % des filles déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, contre 63,3 % des garçons. Chez ces derniers, la prévalence de l'ivresse augmente avec l'âge pour atteindre 74,8 % chez les 19 ans.

L'alcool est le produit expérimenté le plus précocement (13,6 ans chez les filles, 13,1 chez les garçons). La première ivresse est postérieure à la première consommation d'alcool d'environ deux ans, quels que soient l'âge et le sexe : elle semble être une étape relativement tardive de l'apprentissage de l'alcool. Les filles déclarent avoir été ivres la première fois en moyenne environ cinq mois après les garçons de leur âge. Il est donc à noter

que la plus grande précocité masculine de la consommation d'alcool est associée à une plus grande précocité de la première ivresse.

La consommation répétée d'alcool dépend de la scolarisation : les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux que les autres à avoir bu au moins dix fois au cours du mois précédant l'enquête. Parmi les élèves, ceux inscrits en filière professionnelle ont plus de chances, à âge, sexe et redoublement contrôlés, de l'avoir fait ; mais, contrairement à une opinion répandue, le fait d'avoir redoublé n'est pas associé à l'usage répété d'alcool.

Les jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno sont deux fois plus nombreux que les autres à avoir consommé de façon répétée (22,5 % contre 11,5 %). À âge, sexe, redoublement et filière scolaire contrôlés, les élèves dans ce cas ont deux fois plus de chances que les autres d'avoir bu de façon répétée. Cette relation s'intensifie parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Ventes de boissons alcoolisées

Boissons alcoolisées mises à disposition des consommateurs français

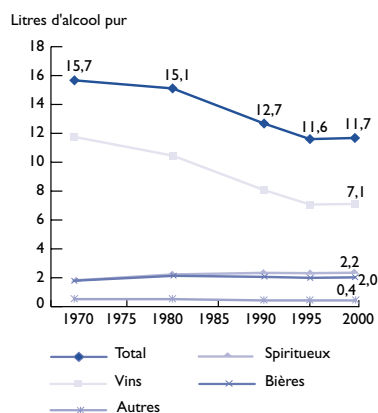
En 1998, la consommation annuelle de boissons alcoolisées évaluées en alcool pur était de 11,7 litres par habitant contre 15,7 en 1970. Le mouvement à la baisse de la consommation d'alcool s'est engagé dès la fin des années 1950. Après la phase de diminution marquée au cours de la période 1980-1995, la consommation semble s'être stabilisée dans la deuxième moitié des années 1990.

En France, l'alcool est majoritairement consommé sous forme de vin, produit qui représentait environ 61 % du volume d'alcool pur consommé en 1998 et, dans une bien moindre proportion, sous forme de spiritueux (19 %) et de bières (17 %). Entre 1970 et 1995, la part du vin a régulièrement diminué et la réduction des quan-

tités d'alcool pur consommé est en très grande partie imputable à cette baisse ; la consommation de spiritueux (en équivalent alcool pur) a augmenté d'un tiers entre 1970 et 1990 et a peu évolué depuis. La consommation de bière a augmenté de 20 % entre 1970 et 1980 et a ensuite diminué jusqu'en 1995. Depuis cette date, la consommation évaluée en alcool pur s'est stabilisée et pourrait même avoir augmenté pour tous les produits, y compris le vin. Compte tenu des incertitudes inhérentes à ce type de calcul, des variations de faible ampleur doivent cependant être considérées avec prudence. Il est à signaler que les données sur les quantités d'alcool pur consommées tiennent compte, depuis l'ouverture du marché unique en 1993, du développement des achats d'alcool par des non-résidents, principalement de nationalité britannique, dans les zones frontalières proches de l'Angleterre.

L'évolution mentionnée de la consommation de vin est elle-même le résultat de deux tendances inverses entre 1970 et 1995, d'une part, le doublement des quantités consommées de vins « supérieurs » (AOC et VDQS) et, d'autre part, la division par plus de deux, sur la même période, des quantités consommées des autres vins (vins de table et vins de pays).

Ventes de boissons alcoolisées aux consommateurs résidant sur le territoire français, de 1970 à 1998



Source : Actualisation des données citées dans (Got et al., 1997, p. 35)

Dépenses des ménages

En 2000, les ménages ont dépensé près de 84,5 milliards de francs pour les boissons alcoolisées, dont 50,6 milliards pour la catégorie des vins, cidres et champagnes, 9,8 milliards pour les bières et 24 milliards pour les autres boissons alcoolisées. La part de l'alcool dans le budget des ménages a diminué entre 1990 et 2000, passant de 1,45 % à 1,33 % (INSEE, 2001). Il faut préciser que ce chiffre ne comprend pas les dépenses

liées à la consommation de boissons alcoolisées effectuées dans les cafés, les restaurants et les hôtels.

La consommation en volume¹ de boissons alcoolisées a augmenté de 7 % entre 1992 et 1998, soit une hausse moyenne par an d'environ 0,8 %. Les prix relatifs de ces boissons sont restés à peu près stables entre 1993 et 1998, ce qui signifie que leur prix moyen a varié comme l'ensemble des prix au cours de cette période.

Sur les 84,5 milliards dépensés par les ménages en 2000, l'État a perçu un peu plus de 19 milliards de francs sous formes de taxes sur les alcools (TVA non comprises). Par rapport à 1999, ces recettes sont restées pratiquement stables (+ 0,5 %²).

1. La consommation en volume est calculée en déduisant la hausse de l'indice des prix des boissons alcoolisées de l'augmentation de la consommation en valeur.

2. Données communiquées par la Direction générale des douanes et des droits indirects.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool

L'usage d'alcool conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales et les cabinets de ville en raison de leur dépendance à l'alcool ou d'usage abusif de boissons alcoolisées.

Les conséquences de la consommation d'alcool en termes de morbidité et de mortalité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées ont été, dans la plupart des cas, recueillies auprès des usagers par les institutions de prise en charge elles-mêmes.

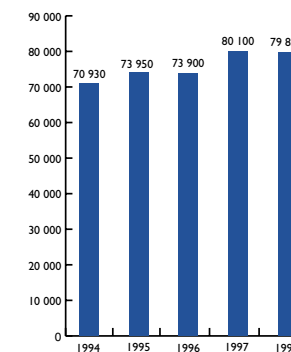
Demandes de traitement

Dispositif spécialisé

En 1998, le nombre de consultants (consommateurs d'alcool³) vus dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) s'établissait à environ 80 000 personnes, chiffre à peu près identique à celui de 1997³. Si l'on tient compte cependant des variations du nombre de centres ayant répondu à l'enquête, l'augmentation était d'environ 10 %. Entre 1994 et 1998, le nombre de recours a augmenté à un rythme modéré.

Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) accueillent également des personnes en difficulté avec l'alcool. Leur nombre est cependant très limité, relativement aux chiffres cités précédemment. Au mois de novembre 1999, environ 700 personnes ont eu recours aux CSST en raison de leur consommation d'alcool en produit primaire et environ 1 800 en produit secondaire³.

Consultants consommateurs d'alcool dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie, de 1994 à 1998



Source : Rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie 1998, DGS³

Prises en charge en médecine de ville

D'après une enquête menée en 1999³, les médecins généralistes ont vu en moyenne un peu moins de deux patients (1,7) souhaitant s'arrêter de boire au cours de la semaine précédant l'enquête. Extrapolé à l'ensemble des médecins généralistes, ce chiffre équivaut à environ 92 000 personnes vues par semaine.

Comme pour les drogues illicites, ce sont les médecins faisant partie d'un réseau, et plus encore lorsque celui-ci a pour objet l'alcool, qui ont vu le plus grand nombre de personnes ayant un problème avec ce produit. Comme facteurs positivement associés à une prise en charge d'un plus grand nombre de ces patients, on peut également citer la proportion de patients parmi la clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite, le nombre d'actes, et le fait pour le médecin d'être de sexe masculin.

3. Les CCAA reçoivent également des proches des buveurs.

Par rapport à 1993, le nombre moyen de patients souhaitant arrêter de boire vus au cours de la semaine précédente serait en diminution (1,7 en 1999 contre 2,3 en 1993). Cette évolution peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, les patients pourraient avoir eu plus recours aux structures spécialisées. Il est possible, en second lieu, que les médecins soient de moins en moins enclins à prendre en charge ces patients difficiles et pour lesquels ils se sentent peu efficaces. Troisième explication envisageable, le nombre de personnes ayant un problème avec l'alcool aurait diminué. Il faut noter cependant que le nombre de personnes à risque d'alcoolodépendance, tel qu'il est mesuré dans les Baromètres Santé en 1995 (2) et 2000 (3) (test DETA) est resté constant en pourcentage. Il apparaît en fait difficile de savoir à l'heure actuelle si le nombre d'alcoolodépendants est moins important aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Caractéristiques et orientation des personnes prises en charge

Les seules données disponibles portent sur les nouveaux consultants accueillis dans les CCAA, soit un peu moins de la moitié (47 % en 1998) de l'ensemble des consultants. Les chiffres proviennent de deux sources, les rapports d'activités de l'ensemble des CCAA (4) et une enquête annuelle plus complète menée sur l'initiative de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) dans les CCAA faisant partie de son réseau (5), qui représente à peu près 50 % des consommateurs d'alcool venus consulter dans les CCAA.

Lorsque c'est possible, les profils des consultants sont comparés à ceux des personnes prises en charge pour usage d'alcool en produit primaire dans les CSST.

Âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle

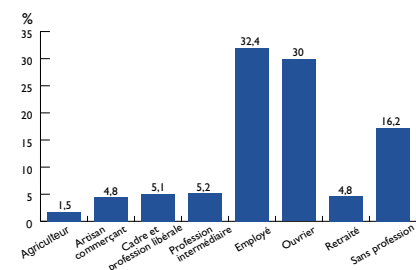
Trois consultants sur quatre sont des hommes, cette proportion ayant légèrement tendance à diminuer depuis 1994 (6). D'après les données de l'ANPA (5), l'âge moyen des consultants est de 41 ans

en 1999, l'âge moyen pour l'ensemble des CCAA étant sans doute un peu plus élevé. Un peu moins des deux tiers des nouveaux consultants ont entre 30 et 49 ans, et la part des moins de 30 ans est assez faible (entre 15 et 23 % selon les sources). Entre 1994 et 1998, la part des personnes âgées de 20 à 29 ans a régulièrement diminué au profit de celle des plus de 40 ans (6). Les personnes prises en charge dans les CSST pour usage d'alcool sont en moyenne plus jeunes (33 ans), mais ils constituent cependant la catégorie la plus âgée parmi les usagers fréquentant ces structures (7).

Environ quatre consultants sur cinq ont un niveau d'étude inférieur au bac. Un sur dix environ a suivi des études supérieures (8). Cette répartition semble assez proche de celle constatée sur l'ensemble de la population française.

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées dans l'échantillon de l'ANPA sont les employés et les ouvriers. Si l'on compare la structure par catégorie socioprofessionnelle de ceux qui ont déclaré une profession à la structure de la population active, on observe une sous-représentation dans la population des CCAA des cadres, des professions libérales et surtout des professions intermédiaires (6 % contre 20 %) alors que les ouvriers et les employés sont surreprésentés. La prise en compte de la différence de structure par sexe dans les CCAA et dans la population active aboutirait à réduire la surreprésentation des ouvriers et à accentuer celle des employés.

Nouveaux consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1999, par catégorie socioprofessionnelle



Source : Consultants des CCAA 1999, ANPA (5)

Insertion

Un peu plus d'un consultant sur huit n'a pas de domicile stable (précaire ou sans domicile), cette part n'a pratiquement pas varié depuis 1994 (9). En ce qui concerne l'activité, un peu plus d'un tiers parmi ceux qui sont en âge ou en situation de travailler n'a pas d'activité professionnelle régulière, proportion en diminution depuis 1994. Dans l'échantillon de l'ANPA, environ une personne sur deux est en activité professionnelle et une sur quatre est soit chômeuse, soit bénéficie du RMI. Les personnes prises en charge pour usage d'alcool dans les CSST semblent encore moins bien insérées socialement puisque les deux tiers n'ont pas d'activité professionnelle rémunérée.

Produits consommés

Parmi les nouveaux consultants, 30 % déclarent consommer plusieurs types de boissons alcoolisées (10). Ils sont 22 % à citer le vin comme seule boisson, 19 % la bière et 13 % les spiritueux. Comme dans les enquêtes sur les consommations d'alcool en population générale, le type de boisson consommée est fortement associé à l'âge. La bière est très majoritairement en cause chez les plus jeunes consultants. Vers 40 ans, les proportions des consommateurs de vin et de bière tendent à s'équilibrer et le vin devient très majoritaire aux âges plus élevés. En ce qui concerne les autres produits, plus des deux tiers des nouveaux consultants se disent fumeurs ; environ un sur dix déclare associer alcool et médicaments et un sur vingt déclare fumer du cannabis. Les autres produits illicites sont très rarement cités (moins de 1 % des cas).

Le profil du buveur de bière consultant dans les CCAA correspond à une personne plus jeune et plus souvent de sexe masculin que pour les autres boissons. Chez ces consommateurs de bière, l'alcoolisation est plus précoce et plus pratiquée dans les cafés que chez les autres consommateurs d'alcool. Ce consultant associe plus fréquemment le tabac et le cannabis et il est adressé au CCAA par la justice et/ou suite à un contrôle d'alcoolémie positif dans une plus grande proportion que les autres buveurs.

Une partie des personnes vues dans les CSST pour leur problème avec l'alcool a, ou a eu, également des problèmes avec les drogues illicites : un traitement de substitution est déclaré pour 23 % d'entre eux et 30 % ont déjà pratiqué l'injection.

Orientation

Le milieu médical est à l'origine de 40 % des contacts avec les CCAA en 1998 (30 % dans l'échantillon ANPA en 1999). Un quart des nouveaux consultants dans les CCAA est adressé par les services administratifs et judiciaires (conduite en état alcoolique, justice, DDASS, etc.), 11 % par les services sociaux et 3,5 % par les associations (notamment associations d'anciens buveurs). Dans les CCAA, il s'agit d'une demande spontanée dans 20 % seulement des cas, contre plus de 40 % dans les CSST.

Avant d'entrer en contact avec un CCAA, une partie des consultants avait déjà effectué une démarche de soins. Il s'agissait d'un sevrage pour 22 % d'entre eux, d'un traitement psychiatrique pour 16 % et d'un suivi par un médecin traitant pour 15 % (11).

Parmi les nouveaux consultants buveurs accueillis dans les CCAA, environ deux sur trois sont considérés, au début de la prise en charge, comme « alcoolodépendants », un sur cinq comme « buveur excessif » et un sur six comme « buveur occasionnel ». Cette dernière catégorie entre en contact avec les CCAA principalement à la suite d'un contrôle d'alcoolémie positif sur la route.

Morbidité

Conséquences négatives de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies (cirrhose du foie, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisme fœtal) pour lesquelles l'alcool peut alors être considéré comme à l'origine de la quasi-totalité des cas diagnostiqués. Mais l'alcool intervient également de façon plus ou moins

directe dans l'apparition d'un grand nombre de pathologies. Il serait associé de façon certaine à l'augmentation des cancers des voies aérodigestives supérieures (imputables à la fois à l'alcool et au tabac), au cancer du foie chez les patients ayant développé une cirrhose alcoolique. Une liaison probable existerait également entre l'alcool et le cancer du sein et le cancer colorectal (*Alcool. Effets sur la santé*, 2001). L'alcool intervient également dans les maladies de l'appareil circulatoire (myocardiopathie, hypertension, accidents vasculaires cérébraux), troubles psychiques. Cette substance est aussi très souvent impliquée dans les accidents (de la route, domestiques, du travail), les violences et les tentatives de suicides. Pour tenter d'appréhender l'impact de l'alcool sur la morbidité, on peut soit s'en tenir aux maladies pour lesquelles l'alcool est considéré comme responsable de la quasi-totalité des cas (essentiellement les cirrhoses et les cancers des voies aérodigestives supérieures), soit, de façon plus large, calculer des **risques relatifs** et des **fractions attribuables** pour l'ensemble des pathologies concernées.

Sans entrer dans le détail de la longue liste des pathologies pour lesquelles une fraction attribuable à l'alcool a pu être déterminée, on peut citer à titre d'exemple, en dehors de celles qui ont déjà été mentionnées et pour lesquelles la fraction est située entre 80 et 100 %, l'hypertension artérielle avec une fraction attribuable de 10 %, les accidents vasculaires cérébraux (FA = 24 %) et les tumeurs du sein (FA = 16 %) (Reynaud et al., 1999). Ces fractions attribuables sont relativement faibles mais, compte tenu de la forte prévalence de ces maladies, l'impact sur le système de soins est important.

En ce qui concerne les traumatismes, l'alcool serait en cause dans 30 à 40 % des accidents de la route mortels, dans 10 à 20 % des accidents du travail et au moins dans 20 % des accidents domestiques. Pour les suicides, la fourchette, assez large, se situerait entre 5 et 25 % (Reynaud et al., 1999).

En raison de l'absence de données systématiques sur le nombre de cas diagnostiqués pour l'ensemble de ces pathologies, l'impact en termes de morbidité de la consommation d'alcool est diffi-

cile à évaluer. Des études menées sur le coût de l'alcool ont tenté de mesurer, à l'aide des fractions attribuables, l'impact sur le système de soins. Selon les deux études les plus récentes, le coût se situait dans une fourchette de 14 à 18 milliards de francs au milieu des années 1990 (Kopp et al., 2000 ; Reynaud et al., 1999), ce qui représentait environ 30 % du coût de l'ensemble des pathologies considérées. Faute de données, nombre de pathologies n'ont pu être prises en compte dans les deux études. Les pathologies incluses ne sont d'ailleurs pas toutes les mêmes d'une étude à l'autre.

La morbidité liée à l'alcool peut également être approchée au travers des enquêtes visant à déterminer la proportion de personnes ayant une consommation excessive d'alcool ou alcoolo-dépendantes parmi celles en contact avec le système de soins. Différentes enquêtes ont été menées au cours des années 1990, principalement en milieu hospitalier.

Le pourcentage de personnes pouvant être considérées comme ayant un problème avec l'alcool parmi les patients hospitalisés se situe entre 13 et environ 20 % (Com-Ruelle et al., 1997 ; Reynaud et al., 1998 ; Malet et al., 1999 ; Arvers et al., 2000). Dans les services de court séjour, la fourchette atteint 18 à 24 %. La prévalence des problèmes d'alcool chez les personnes hospitalisées est de trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne l'âge, ce sont les personnes âgées de 45 à 55 ans qui semblent les plus touchées. Dans toutes les enquêtes, ces patients se rencontrent le plus souvent dans les services de psychiatrie (30 à 40 % des personnes hospitalisées). Dans l'enquête menée dans les hôpitaux de la région Auvergne, les patients en difficulté avec l'alcool se retrouvent également fréquemment dans les services de gastro-entérologie (36 %), de réanimation (27 %), de neurologie, d'ORL, d'ophtalmologie et de pneumologie (de 22 à 23 %).

Mortalité⁴

Dans un premier temps, les données de mortalité seront abordées au travers des trois causes de décès liés totalement ou principalement à la consommation d'alcool : psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie, et cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). Dans un deuxième temps, il sera fait mention du calcul de l'ensemble des décès attribuables à l'alcool.

Estimation « restreinte » du nombre de décès liés à l'alcool

En 1998⁵, on recensait un total d'un peu plus de 23 000 décès liés totalement ou très majoritairement à la consommation régulière et excessive d'alcool, dont environ 10 % par alcoolo-dépendance, 40 % par cirrhose du foie et 50 % par cancer des VADS.

Ils concernent dans 80 % des cas des hommes, surmortalité qui reflète la surreprésentation des hommes parmi les consommateurs.

Ces décès touchent dans plus d'un cas sur deux des personnes de moins de 65 ans et tiennent une place importante dans la mortalité prématurée : entre 45 et 54 ans, ces trois causes représentent un décès sur cinq chez les hommes et un décès sur dix chez les femmes. Leur nombre est également variable suivant les catégories socioprofessionnelles :

si pour l'ensemble des causes de décès l'indice de surmortalité des ouvriers/employés par rapport aux cadres supérieurs/professions libérales est de 3, il atteint une valeur maximale d'environ 10 pour les trois causes de décès liées à l'alcool.

Estimation « élargie » du nombre de décès liés à l'alcool

Selon les estimations les plus récentes, le nombre de décès attribuable à l'alcool en France était évalué à 45 000 en 1995 (Hill, 2000). Ce calcul repose, comme pour la morbidité, sur la détermination de la fraction des décès attribuables à l'alcool pour un certain nombre de causes de décès.

Comme on peut le voir sur le tableau de la page suivante, l'alcool serait responsable de la totalité des décès par psychose et syndrome de dépendance alcoolique et de la plupart des décès par cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures et cancer du foie. L'alcool serait également en cause chez les hommes dans un décès par suicide sur deux et dans un décès par accident de circulation sur trois. La moitié des décès liés à l'alcool intervient avant 65 ans, dont 12 % entre 25 et 44 ans et 38 % entre 45 et 64 ans. D'après les données citées, l'alcool serait responsable chez les hommes d'environ un décès sur quatre avant 65 ans et d'un décès sur dix après.

Décès liés à l'imprégnation éthylique chronique en 1998, par cause et sexe

Causes de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
Alcoolo-dépendance	1 992	10,8	549	11,6	2 541	11,0
Cirrhose alcoolique ou sans précision	6 282	34,2	2 581	54,7	8 863	38,4
Cancers lèvres, cavité buccale, pharynx	4 289	23,3	714	15,1	5 003	21,6
Cancer de l'œsophage	3 709	20,2	723	15,3	4 432	19,2
Cancer du larynx	2 116	11,5	155	3,3	2 271	9,8
Total imprégnation éthylique chronique	18 388	100,0	4 722	100,0	23 110	100,0

Sources : Registre national des causes de décès 1998, INSERM-SC8 ©

4. Cette partie reprend, à l'exception de la partie sur l'estimation élargie, les principaux éléments développés par E. Michel et E. Jouglu, dans l'expertise collective de l'INSERM (Michel et al., 2001). Voir également, par les mêmes auteurs, le numéro d'octobre 2001 de la revue *Études et Résultats* de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique.

5. Derniers chiffres connus.

Nombre total de décès et fraction attribuable à l'alcool en 1995, par cause et sexe

	Nombre total de décès chez les hommes	Fraction attribuable à l'alcool (en %)	Nombre total de décès chez les femmes	Fraction attribuable à l'alcool (en %)
Cancer				
Cavité buccale	1 577	84 %	373	24 %
Pharynx	2 880	89 %	330	30 %
Œsophage	3 947	86 %	666	55 %
Rectum	3 460	12 %	6 303	5 %
Foie	4 868	71 %	1 468	54 %
Larynx	2 210	79 %	151	15 %
Troubles mentaux				
Psychose et syndrome de dépendance alcoolique	1 924	100 %	489	100 %
Cardio-vasculaire				
Cardiopathie ischémique *	4 916	39 %	3 770	7 %
Cardiomyopathie alcoolique	93	100 %	8	100 %
Maladie cérébro-vasculaire *	6 221	26 %	3 775	8 %
Respiratoire				
Pneumonie, grippe *	1 964	36 %	822	7 %
Digestive				
Cirrhose du foie	6 391	91 %	2 981	69 %
Pancréatite aiguë *	433	40 %	332	40 %
Pancréatite chronique	69	70 %	17	55 %
Traumatisme et empoisonnements				
Accidents de la circulation	4 077	34 %	1 677	33 %
Chute accidentelle	1 256	49 %	596	11 %
Suicide	7 961	53 %	3 027	13 %
Homicide	308	50 %	202	50 %

* Avant 75 ans.

Lecture : chez les hommes, 84 % des 1 577 décès par cancer de la cavité buccale sont attribuables à la consommation d'alcool.

Source : Registre national des causes de décès 1995, INSERM-SC8 © et (Hill, 2000)

Évolution

Le nombre de décès attribués à l'alcool a diminué de 13 % entre 1985 et 1995 (7 000 décès en moins). La baisse en termes relatifs est importante chez les 45-64 ans et plus faible chez les moins de 45 ans. Les mêmes fractions attribuables étant utilisées à ces deux dates, cette baisse provient de la décroissance du nombre total de décès pour les trois causes habituellement citées (psychose et dé-

pendance alcoolique, cirrhose, cancer des voies aéro-digestives supérieures), mais également pour la plupart des causes de décès prises en compte.

Pour les trois causes les plus directement liées à l'alcool, la mortalité a globalement reculé de 40 % en 20 ans, principalement en raison de la baisse des décès par cirrhose pour les deux sexes et des décès par cancer des VADS chez les hommes. Il est à noter cependant que le nombre de décès par cirrhose ne diminue plus que très lentement depuis le

début des années 1990. Il serait nécessaire d'étudier l'impact des cirrhoses d'origine virale dans cette évolution.

Entre 1997 et 1998, les décès par dépendance alcoolique et cancer des VADS ont augmenté chez les hommes comme chez les femmes et sont restés quasiment stables pour les cirrhoses. Une telle remontée n'avait pas été constatée depuis de très nombreuses années. Il faut cependant attendre les résultats d'une ou deux années ultérieures avant de conclure à un renversement de tendance.

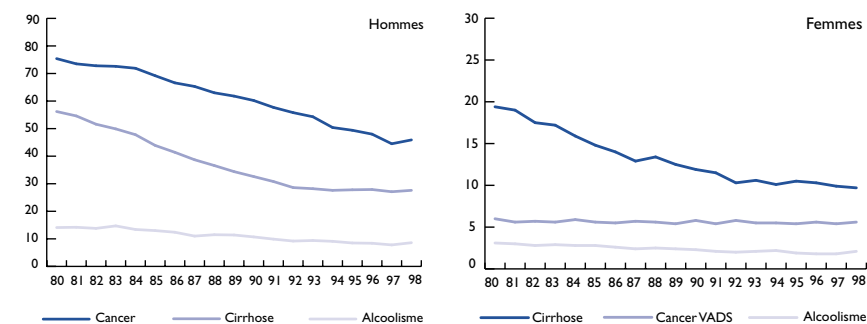
La diminution des décès liés à l'alcool depuis la fin des années 1970 peut être mise en parallèle avec le mouvement de baisse des quantités d'alcool pur consommées par habitant, mouvement entamé à la fin des années 1950. L'existence d'une relation entre ces deux termes (dite « loi de Lederman ») fait l'objet de discussions. Des évolutions assez proches entre quantité moyenne consommée par habitant et, par exemple, les décès par cirrhose ont été mises en évidence pour plusieurs pays. Cependant, dans un contexte global de diminution de la mortalité, il est difficile de savoir quelle est la part respective du recul de la consommation moyenne, des progrès thérapeutiques et d'un meilleur dépistage de certaines maladies dans la diminution de la mortalité liée à l'alcool.

Bénéfices de la consommation d'alcool

En même temps que les conséquences néfastes de la consommation d'alcool, il faut envisager les bénéfices éventuels de ce produit sur la santé. Différentes études mettent en évidence une courbe en J liant décès et consommation d'alcool. Par rapport aux abstinentes, une faible consommation d'alcool (au maximum 10 à 20 g d'alcool pur par jour chez les hommes, moins chez les femmes) semble diminuer le risque de décès liés aux maladies coronariennes et cardiovasculaires en général (Alcool. Effets sur la santé, 2001). Au delà de ce seuil, le risque de décès augmente avec les quantités d'alcool consommées.

Cet effet positif a été observé pour toutes les boissons alcoolisées et ne semble pas être liée à une boisson particulière. Une consommation irrégulière, même si elle est équivalente à une consommation quotidienne faible serait moins favorable à une diminution du risque de maladie cardiaque. Selon l'expertise alcool déjà citée, les effets protecteurs d'une consommation faible d'alcool sur la survie de cancers ne semblent par contre pas établis.

Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique chez des sujets âgés de 15 ans et plus, de 1980 à 1998 (taux comparatifs* pour 100 000)



* Population de référence : recensement de 1990 pour les deux sexes.

Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8 ©

Conséquences pénales de la consommation d'alcool

Le rôle de l'alcoolisme dans les nombreuses infractions commises paraît important même si peu d'études et de données permettent de le montrer clairement. Seules les données relatives aux contrôles d'alcoolémie et aux condamnations liées à la conduite en état alcoolique font l'objet d'un suivi annuel.

Contrôle d'alcoolémie

En 1999, environ 9,7 millions de contrôles d'alcoolémie ont été pratiqués en France, dont un peu plus de 80 % de contrôles préventifs, les 20 % restants étant pratiqués à la suite d'un accident. Le nombre de dépistages a plus que doublé entre la fin des années 1980 et 1995, puis après s'être stabilisé à ce niveau jusqu'en 1998, il a de nouveau sensiblement augmenté en 1999 (+ 12 %). La proportion de dépistage positif était en moyenne de 2,0 % en 1999. Ce pourcentage s'établissait à 1,4 % pour les contrôles préventifs contre 15,9 % pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel (ONISR, 2001). Si l'on se réfère au nombre d'accidents mortels pour lesquels au moins un conducteur impliqué présente une alcoolémie illégale, on obtient une proportion plus élevée de contrôle positif (32 % en 1994) (Biechler *et al.*, 1999).

L'accroissement rapide du nombre de dépistage s'est accompagné d'une diminution de la part des dépistages positifs qui sont passés de 2,6 % en 1989 à 1,5 % en 1995. La remontée constante de ce taux depuis cette date s'explique en partie par la baisse du taux d'alcoolémie illégal à 0,5 gramme par litre de sang en 1995, ce qui a provoqué une hausse immédiate du taux de dépistage positif. Il est difficile de savoir dans quelle proportion le reste de l'augmentation est dû à une moindre vigilance des Français à l'égard de l'alcool au volant et/ou à une plus grande efficacité des contrôles.

Condamnations

Après une baisse prononcée en 1996 et 1997, le nombre de condamnations pour conduite en état alcoolique a dépassé, en 1999, le niveau de 1994, sans retrouver toutefois celui, exceptionnel, atteint en 1996 (environ 106 000 condamnations). Ces condamnations constituent l'un des plus gros contentieux traités par les tribunaux (23 % des délits condamnés en 1998). Il est à noter que sur l'ensemble de ces condamnations, 10 % concernent des récidivistes dont le nombre est en augmentation constante (ONISR, 2001).

Contrôles d'alcoolémie et condamnations liées à la conduite en état alcoolique, de 1990 à 1999

	1990	1992	1994	1996	1998	1999
Nombre de dépistages positifs	116 613	119 601	129 910	132 283	167 465	193 192
Condamnations pour conduite en état alcoolique	93 043	99 725	101 274	95 251	101 636	103 088
Blessures involontaires par conducteur en état alcoolique	5 766	5 858	4 889	4 294	4 029	3 919
Homicides involontaires par conducteur en état alcoolique	607	608	505	485	453	451

Source : ONISR

Les condamnés sont, dans 94 % des cas, des hommes dont l'âge moyen est de 38 ans. En dix ans la part des jeunes de 18 à 24 ans a nettement diminué passant de plus de 20 % à 13 % alors que la part des plus de 40 ans a augmenté de plus d'un tiers pour s'établir à 43 % en 1999.

Le nombre des condamnations pour homicides involontaires par conducteurs en état alcoolique est resté stable entre 1998 et 1999. La tendance est à la diminution depuis la fin des années 1980.

Ces infractions sont sanctionnées par des peines d'emprisonnement dans la quasi totalité des cas (98 %) et la moitié d'entre elles sont fermes (partiellement ou en totalité).

Les condamnations pour blessures involontaires par conducteurs en état alcoolique sont elles aussi orientées à la baisse depuis la fin des années 1990. Une peine d'emprisonnement est prononcée dans 80 % des condamnations avec une partie ferme dans moins de 10 % des cas.

Géographie de la consommation d'alcool

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation d'alcool proviennent de deux enquêtes déclaratives : la première porte sur la consommation des adultes en population générale^③, la seconde concerne les jeunes à la sortie de l'adolescence, interrogés lors de la journée d'appel à la préparation à la défense^④.

Les conséquences sociosanitaires de la consommation d'alcool dans les régions sont abordées à partir des demandes de traitement^⑤ et des données de mortalité^⑥.

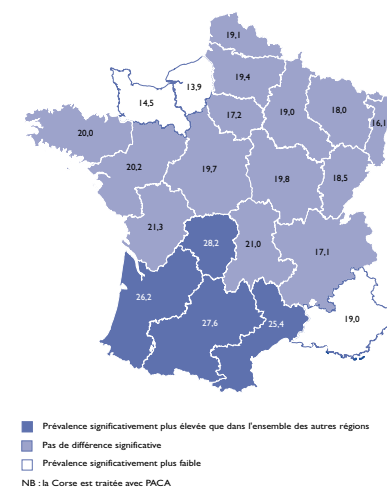
Consommations en population générale

La géographie régionale de l'alcool est présentée au travers de deux indicateurs : la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois et la prévalence des ivresses au cours de cette période. Les résultats sont fondés sur la population âgée de 12 à 75 ans.

Sept régions se distinguent du reste de la France du point de vue de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois : Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon sont nettement

au-dessus de la moyenne, tandis que la Basse-Normandie, la Haute-Normandie ou la région PACA sont nettement en dessous. Le sud-ouest de

Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000, par région

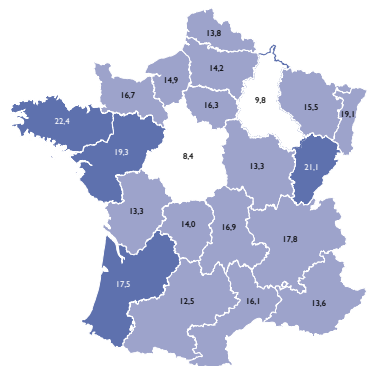


Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ^③

la France apparaît donc comme une région où la consommation quotidienne est particulièrement ancrée. En revanche, le reste de la côte ouest, notamment la Bretagne et les Pays de la Loire, se situe dans la moyenne. Les disparités entre les sexes sont particulièrement fortes dans le Sud, le Nord-Est, et faibles en Ile-de-France et en Haute-Normandie.

Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois parmi les buveurs de 12 à 75 ans en 2000, par région



■ Prévalence significativement plus élevée que dans l'ensemble des autres régions
 ■ Pas de différence significative
 □ Prévalence significativement plus faible

NB : la Corse est traitée avec la région PACA

Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

Cinq régions se distinguent du reste de la France du point de vue de la prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois : la Bretagne, les Pays de la Loire et la Franche-Comté sont significativement au-dessus de la moyenne, tandis que le Centre et la Champagne-Ardenne sont nettement en dessous. Le Sud-Ouest, au-dessus de la moyenne pour la consommation quotidienne, ne ressort pas du point de vue de l'ivresse. Les deux Normandie et la région PACA sont dans la moyenne, bien que se situant en dessous pour la consommation quotidienne. La différence entre les sexes est plutôt faible dans le sud et élevée dans l'ouest et l'est de la France.

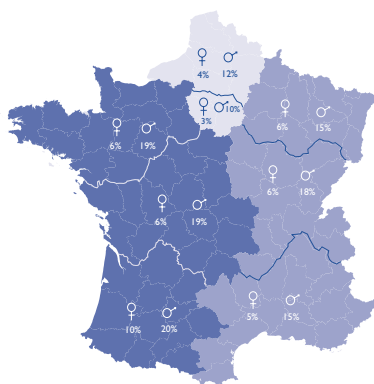
Consommations à la fin de l'adolescence

Des données géographiques sur la consommation d'alcool sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense.

Pour les deux sexes, les prévalences de l'ivresse sont minimales en région parisienne (41 % et 47 %) et dans le Nord (43 % et 54 %), et sont maximales dans le Sud-Ouest (61 % et 71 %, le Nord-Ouest arrivant en deuxième position : 53 % et 68 %). À 17 ans, l'expérimentation de l'ivresse est donc plus fréquente dans l'ouest de la France. L'écart entre les deux sexes est minimal pour la région parisienne (7 points) et maximal dans le Centre-Est (22 points).

À 17 ans, 5,5 % des filles et 16,0 % des garçons déclarent avoir consommé de l'alcool au moins dix fois au cours des trente derniers jours. Cet usage répété reproduit les disparités géographiques observées pour l'expérimentation de l'ivresse : la région parisienne et le Nord se distinguent une fois de plus, avec des prévalences plus faibles (respectivement 3 % pour les filles et 10 % pour les garçons en région parisienne, 4 %

Prévalence de l'usage répété d'alcool* à 17 ans en 2000, par région



Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.

*Au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

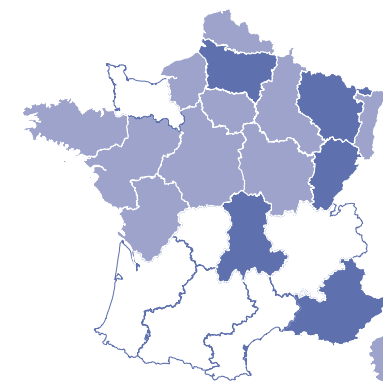
et 12 % dans le Nord), tandis que les prévalences les plus élevées correspondent aux trois régions de l'Ouest, en particulier au Sud-Ouest (10 % pour les filles, 20 % pour les garçons).

À un niveau d'analyse plus fin, il apparaît que ces variations régionales sont plus marquées pour les garçons que pour les filles. Par ailleurs, l'écart entre les deux sexes est minimal pour la région parisienne (6 points) et maximal dans le Nord-Ouest (13 points).

Demands de traitement

La répartition régionale du nombre de recours par habitant dans les CCAA fait apparaître un clivage entre le nord de la France et le sud, ce qui recoupe en partie la répartition des décès liés à l'alcool. La région PACA et la Basse-Normandie font cependant exception. La situation dans ces deux régions pourrait s'expliquer par un effet d'offre, le nombre de recours étant aussi très largement lié à la présence de structures.

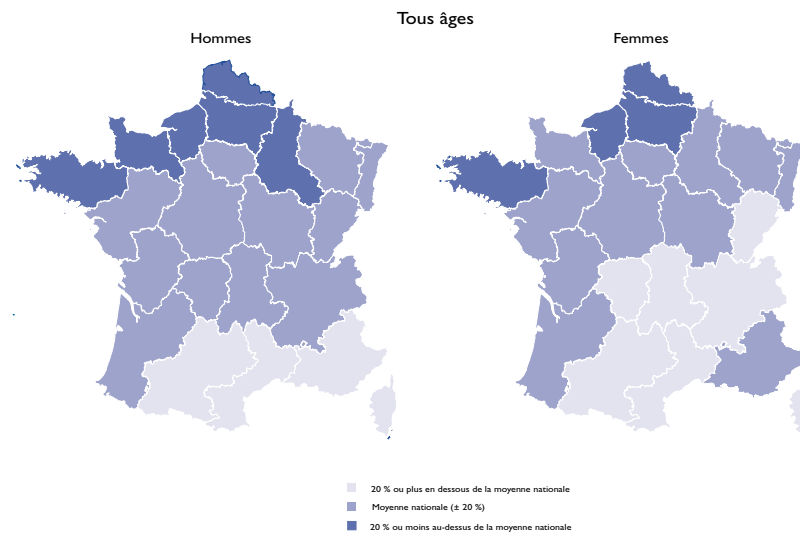
Recours dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1998, par région



■ Supérieur à 25 recours pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans
 ■ De 18 à 25 recours
 □ Inférieur à 18 recours

Source : Rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie 1998, DGS ©

Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique de 1992 à 1996, par sexe et région



■ 20 % ou plus en dessous de la moyenne nationale
 ■ Moyenne nationale (± 20 %)
 ■ 20 % ou moins au-dessus de la moyenne nationale

Variations des taux par rapport à la moyenne française.

Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8 ©

Mortalité

Pour les trois causes de décès les plus liées à l'alcool (psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures), on observe chez les hommes un fort clivage entre le Nord et le Sud, avec une surmortalité dans le premier groupe de région et une sous-mortalité au Sud (voir carte page 91). Cette différence entre le Nord et le Sud apparaît pour l'ensemble des causes de mortalité et n'est donc pas spécifique aux décès liés à l'alcool. Le rôle de l'alcool dans un grand nombre de pathologies explique sans doute une part des différences globales de mortalité entre le Nord et le Sud. D'autres facteurs d'ordre social, culturel, ou environnemental interviennent sans doute également pour expliquer les disparités régionales de mortalité (Michel *et al.*, 2001).

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation d'alcool et de ses conséquences, les données étudiées proviennent essentiellement de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell *et al.*, 2001) et d'une étude sur la mortalité liée à la consommation d'alcool en France et en Europe (Michel *et al.*, 2001).

Consommations

En 1999, une comparaison entre 17 pays européens faisait apparaître la France en tête de la consommation d'alcool exprimée en litres d'alcool pur consommés par habitant et par an (Eurostat, 1999).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage d'alcool des élèves français de 16 ans est en deçà de la moyenne, pour la consommation au cours de l'année, du mois, comme pour la fréquence des ivresses au cours de l'année. Cette enquête montre aussi que :

- pour dix consommations au moins au cours de l'année (consommation occasionnelle), la France est dans la seconde moitié du classement ;

- pour plus de dix consommations par mois (consommation répétée), la France se situe en fin du premier tiers (8 % pour l'ensemble, 12 % pour les garçons et 5 % pour les filles). Malte (20 %), le Danemark (18 %), l'Irlande et le Royaume-Uni (16 %) sont en tête. Pour ces pays, les différences entre les sexes sont faibles, contrairement à ce qui est observé en France ;

- pour les consommations de bière et de vin (plus de trois verres au cours du mois), la France est en position médiane, alors qu'elle est dans le premier tiers pour les spiritueux. Même classement pour les quantités bues la dernière fois (bière, vin et spiritueux) ;

- pour dix ivresses ou plus au cours de l'année, la France est parmi les derniers (3 % pour l'ensemble, 6 % pour les garçons, 1 % pour les filles), contre 39 % pour le Danemark. Là encore, la différence entre les sexes est forte en France mais faible pour les pays les plus concernés (Hibell *et al.*, 2001).

Mortalité

Au sein des pays de l'Union européenne, la France détient le record de la mortalité liée à l'alcool chez les hommes en 1994, avec une surmortalité de 27 %, suivi de près par l'Allemagne. Pour les hommes toujours, on peut distinguer une Europe du Sud (à l'exception de la Grèce) qui se situe dans la moyenne, et une Europe du Nord où la mortalité est inférieure à la moyenne (Michel *et al.*, 2001).

Chez les femmes, la mortalité liée à l'alcool est la plus forte en Allemagne, alors qu'elle se situe un peu en dessous de la moyenne de l'Union européenne en France. Le clivage nord sud est moins marqué que chez les hommes, même si les pays scandinaves constituent également pour les femmes une zone de sous-mortalité.

Pour en savoir plus

- *Alcool. Effets sur la santé*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, 360 p. (Coll. Expertise collective).

- *Les dispositifs spécialisés de lutte contre l'alcoolisme en 1998 : informations issues de l'exploitation du rapport-type*, Paris, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, Direction générale de la santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, 17 p.

- AIGRAIN (P.), LAPORTE (J.-P.), MELANI (C.), NOBLET (C.), « Enquête sur la consommation du vin en France en 2000 : premiers résultats en matière de fréquences de consommation. Communication présentée à la XXV^e assemblée générale de l'OIV », *Onivins Infos*, n° 74, juin 2000, p. 99-107.

- ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), *Consultants des CCAA en 1999*, Paris, ANPA, 2000, 52 p.

- ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) (dir.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.

- ARVERS (P.), MOULIA-PELAT (J.-P.), FAVRE (J.-D.), AUZANNEAU (G.), BRUNOT (J.), DELOLME (H.), « Prévalences des conduites addictives chez les patients hospitalisés. Enquête multicentrique effectuée un jour donné dans les hôpitaux d'instruction des armées en 1999 », *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, n° 15, 2000, p. 1-6.

- BIECHLER (M.-B.), FILOU (C.), FONTAINE (H.), *Conduite automobile et accidents liés à l'alcool*, INRETS, 1999, 127 p. (Synthèse n° 35).

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

- CFES (Comité français d'éducation pour la santé), *La santé en chiffres : alcool*, Paris, CFES, 2001, 38 p.

- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.

- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

- COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, Paris, CREDES, 1997, 173 p. (Coll. rapport n° 1164).

- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.

- EUROSTAT, *Annuaire statistique 1999*, Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999, 530 p.
- FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé), « L'alcool et ses conséquences sur la santé », in FNORS, *La santé observée dans les régions de France*, Paris, FNORS, 1999, chap. 8.1, p. 1-12
- GOT (C.), WEILL (J.) (dir.), *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan, 1997, 350 p.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BIARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- HILL (C.), « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 30, 2000, p. 14-17.
- INSEE, *Annuaire statistique de la France. Édition 2001*, résultats de 1999, Institut national de la statistique et des études économiques, Paris, 2001, 981 p.
- KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT / ARMI, 2000, 277 p.
- LEGLEYE (S.), MÉNARD (C.), BAUDIER (F.), LE NÉZET (O.), « Alcool », in *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- MALET (L.), REYNAUD (M.), *Alcoolisation excessive en Auvergne : résultats d'une enquête un jour donné le 28 mai 1999*, Clermont-Ferrand, Réseau national de santé publique, DRASS d'Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, 1999, 68 p.
- MICHEL (E.), JOUGLA (E.), « Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France », in : *Alcool. Effets sur la santé*, Paris, INSERM, 2001, p. 339-357 (Coll. Expertise collective).
- ONISR (Observatoire national interministériel de sécurité routière), *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2000*, Paris, Documentation française, 2001, 147 p.
- PEREZ-DIAZ (C.), *Alcool et délinquance : état des lieux*, 2000, 104 p. (Documents du CESAMES, n° 7).
- REYNAUD (M.), BERNOUX (A.), LELEU (X.), MEYER (L.), LERY (J.-F.), RUCH (M.), « Prévalence de l'alcoolisation excessive des patients hospitalisés », *Alcoologie*, Vol. 20, n° 3, 1998, p. 231-238.
- REYNAUD (M.), PARQUET (P.J.), *Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport de mission 1998*, Vanves, CFES, 1999, 293 p.

Cannabis

Repères	96
Consommations de cannabis dans la population française	98
<i>Consommations en population générale adulte</i>	98
<i>Consommations à l'adolescence</i>	99
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de cannabis	102
<i>Demandes de traitement</i>	102
<i>Caractéristiques des personnes prises en charge</i>	102
<i>Mortalité et morbidité</i>	104
Conséquences pénales de l'usage de cannabis	105
<i>Interpellations pour usage en 2000</i>	105
<i>Évolution des interpellations pour usage depuis 1990</i>	105
<i>Caractéristiques des usagers interpellés</i>	106
Offre et trafic de cannabis	106
<i>Trafic international et voies d'approvisionnement de la France</i>	106
<i>Trafiquants interpellés en France</i>	108
<i>Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité</i>	108
Géographie de la consommation de cannabis	109
<i>Approche régionale</i>	109
<i>Approche européenne</i>	112
Pour en savoir plus	113

Repères

Consommation

- La consommation du cannabis s'est nettement étendue au cours des dernières années, particulièrement chez les jeunes.
- En 2000, un Français sur cinq a déjà expérimenté le cannabis. Chez les jeunes, à la fin de l'adolescence, ce comportement devient majoritaire.
- Chez les jeunes, la consommation est majoritairement occasionnelle mais devient avec l'âge de plus en plus régulière et intense. Ainsi, parmi les garçons âgés de 19 ans ayant expérimenté le cannabis (60 %), plus d'un sur trois en a une consommation régulière ou intensive.
- La consommation de cannabis se retrouve dans tous les milieux sociaux. Elle est encore très fortement liée à l'âge et, dans une moindre mesure, au sexe : forte consommation chez les adolescents et les jeunes adultes qui décroît ensuite et devient marginale après 50 ans, usage plus important pour les hommes. Toutefois, la différence entre les sexes est moins marquée pour les jeunes générations de consommateurs.
- La consommation de cannabis est très fréquemment associée à celle du tabac et de l'alcool. Dans les contextes festifs, le cannabis est très présent, accompagnant les prises de stimulants et de produits hallucinogènes quand celles-ci sont rencontrées.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cannabis ont notablement augmenté entre 1997 et 1999.
- La consommation du cannabis est à l'origine de la prise en charge pour usage de drogues dans plus de 15 % des cas.
- Le profil des personnes prises en charge par le système sanitaire et social pour leur usage de cannabis est très différent de celui des usagers d'opiacés vus à travers le même dispositif : ils sont moins âgés (25 ans en moyenne), plus fréquemment pris en charge pour la première fois (60 %) et plus souvent adressés par l'institution judiciaire (25 %).

- En l'absence de données sur l'implication du cannabis dans la survenue d'accidents de la route ainsi que dans celle de cancers, on ne relève actuellement pas de conséquences graves (morbidité et mortalité) de la consommation de cannabis.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente de cannabis ont fortement augmenté au cours des années 1990. Il est de loin le produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations d'usagers (79 000 pour 90 000).
- Les usagers de cannabis sont les plus jeunes des usagers interpellés (22 ans en moyenne). Les mineurs interpellés pour usage de cannabis sont, bien que largement minoritaires, de plus en plus nombreux et de plus en plus jeunes, tendance inverse au vieillissement relevé pour les autres usagers interpellés.

Offre et trafic

- Le nombre de saisies de cannabis et les quantités correspondantes sont à la hausse. Une grande part d'entre elles, réalisées en France, concerne du haschisch en provenance du Maroc.
- Le cannabis est très accessible par des prix modérés et une grande disponibilité. La nature des produits consommés est très variable, notamment en ce qui concerne la teneur en produit actif (THC). L'analyse d'échantillons saisis montre une présence non négligeable de cannabis à forte concentration (THC > à 8 %), dans 4 cas sur 10 pour la résine.

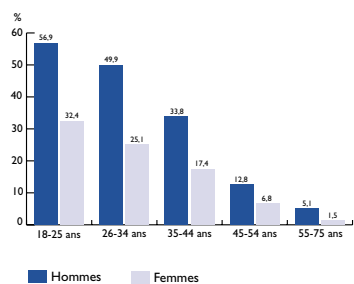
Consommations de cannabis dans la population française

La consommation de cannabis dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes de déclaration sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Consommations en population générale adulte

En population générale adulte, le cannabis est la drogue illicite de loin la plus consommée : parmi les 18-75 ans, un individu sur cinq (21,6 %) l'a déjà expérimenté ^③. L'usage occasionnel de ce produit (au moins une fois dans l'année) concerne 6,5 % des individus, 3,6 % en ont un usage répété (au moins dix fois dans l'année) et 1,4 % un usage régulier (dix fois par mois et plus).

Fréquence de l'expérimentation du cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



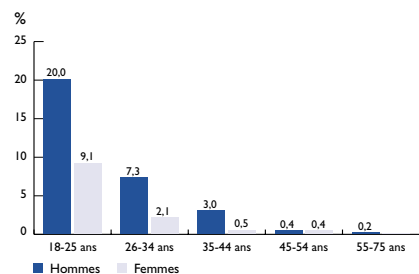
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ^③

Il y a environ deux fois plus d'expérimentateurs de cannabis chez les hommes (28,9 %) que chez les femmes (14,7 %). Parmi les 18-34 ans, plus de deux sur cinq (40,5 %) sont expérimentateurs. La proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge jus-

qu'à ne plus concerner que 3,3 % des 55-75 ans. Ceci est le signe d'un « effet génération » : les générations les plus anciennes ont beaucoup plus rarement expérimenté (en général lors de l'adolescence) le cannabis que ne l'ont fait les plus récentes.

La consommation répétée de cannabis est beaucoup plus rare que l'expérimentation : si elle concerne 14,6 % des jeunes adultes de 18-25 ans, elle représente 1,6 % des personnes de plus de 26 ans. Comme l'expérimentation, elle est surtout le fait des hommes.

Fréquence de la consommation répétée de cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ^③

Parmi les expérimentateurs qui n'ont pas consommé au cours des douze derniers mois, une forte majorité (huit sur dix) invoque comme raison principale le manque d'attrance ou leur désintérêt pour ce produit. Les autres motifs avancés, parmi lesquels l'absence d'opportunité et la peur pour la santé, sont nettement moins fréquents (moins d'une fois sur dix). Pour les consommateurs

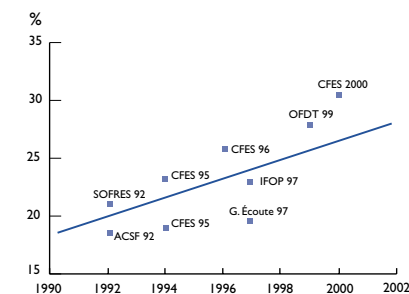
actuels, les motifs invoqués pour la dernière prise sont plus variés : la recherche de la détente ou du bien-être (30 %) et la curiosité (30 %) arrivent en tête, devant l'envie de s'amuser (12 %), la convivialité (10 %), le plaisir, la complicité avec les pairs, la conformité (« faire comme tout le monde ») et l'ivresse.

Chez les moins de 44 ans, les consommateurs répétés de cannabis sont plus nombreux parmi les élèves et les étudiants (16,2 %) que parmi les travailleurs ou les autres inactifs. Chez les actifs, ils sont rares (moins de 6 %), et les différences entre CSP sont faibles. Par ailleurs, la consommation répétée de cannabis est plus fréquente parmi les célibataires que parmi les couples, ou encore parmi les personnes présentant des signes de dépendance à l'alcool ou au tabac. Toutes ces relations persistent à âge et sexe contrôlés.

Parmi les usagers répétés, environ 180 000 personnes ont déjà essayé d'arrêter de consommer du cannabis sans y parvenir ou ont dû réduire une activité à cause de leur consommation, signes d'un usage potentiellement problématique.

Au cours de la dernière décennie, la part de la population adulte (âgée de 18-44 ans) ayant expérimenté le cannabis est de plus en plus élevée. Cette augmentation est la marque d'une banalisation du cannabis.

Fréquence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les 18-44 ans, de 1992 à 2000



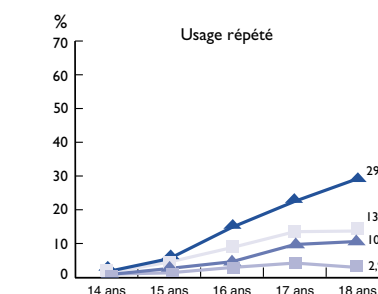
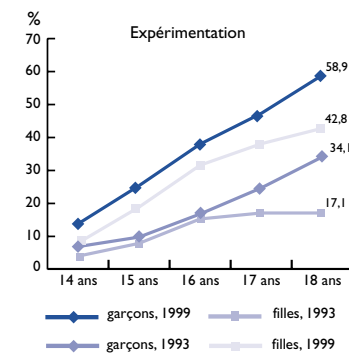
Sources : SOFRES, 1992 ; ACSF, 1992 ; CFES, 1992, 1995, 1996, 2000 ; IFOP, 1997 ; Publimétrie, 1997 ; OFDT, 1999

Cette banalisation est encore plus marquée si l'on examine les données correspondantes pour les jeunes (voir ci-après). En effet, elles sont plus pertinentes pour dresser ce type de constat dans la mesure où l'expérimentation du cannabis est un comportement fortement lié à l'âge (centré sur l'adolescence et le début de l'âge adulte).

Consommations à l'adolescence

Entre 1993 ^⑤ et 1999 ^⑦, chez les jeunes scolarisés, il est possible d'observer des tendances d'évolution dans la consommation de cannabis.

Fréquence de l'expérimentation et de l'usage répété de cannabis chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge



Source : INSERM 1993 ^⑤ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDT/IMENRT ^⑦

Concernant l'expérimentation, l'augmentation est très nette dès 15 ans. À 18 ans, en 1999, 59 % des garçons et 43 % des filles déclarent avoir déjà pris du cannabis, contre respectivement 34 % et 17 % en 1993. Pour l'usage répété de cannabis (au moins dix fois au cours des douze derniers mois), l'augmentation apparaît à tous les âges et pour les deux sexes. Les enquêtes menées en France en 1997 (Ballion, 1999) ©, ainsi que celles menées entre 1983 et 1998 auprès des lycéens parisiens, confirment cette tendance à la banalisation de l'usage du cannabis (De Peretti et al., 1999).

Expérimentation

L'expérimentation du cannabis est devenue un comportement majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte. Plus de la moitié des garçons interrogés déclare avoir déjà consommé du cannabis, et cette proportion atteint même 54,9 % à 18 ans et 60,3 % à 19 ans ©. À 17 ans, l'expérimentation est plus masculine (50,1 % contre 40,9 % chez les filles), mais la différence entre les sexes est très inférieure à celle observée pour les autres substances illicites.

Le cannabis est expérimenté peu avant, ou en même temps, que le cortège éventuel des autres substances plus rares.

À âge et sexe donnés, après l'alcool et la cigarette, ce sont les produits à inhaler qui sont expérimentés le plus précocement (presque toujours avant 15 ans) ; puis viennent les médicaments psychotropes¹ (entre 15 et 16 ans, sauf pour les garçons de 17 ans qui les ont essayés à 14,6 ans en moyenne), suivis de quelques mois en moyenne par le cannabis.

Usage répété

Les profils de consommations dépendent grandement de l'âge et du sexe, notamment en ce qui concerne la consommation répétée (plus de dix épisodes de consommation déclarés au cours de l'année). À 17 ans, il y a autant de filles que de garçons parmi les « faibles » consommateurs (moins de dix fois par an) ; en revanche, elles sont nettement moins nombreuses parmi les consommateurs « répétés » ©. Il y a ainsi plus de garçons de 17 ans qui déclarent avoir fumé plus de quarante fois du cannabis au cours de l'année que de garçons qui déclarent en avoir fumé une ou deux fois (13,5 % contre 11,7 %), alors qu'il y a trois fois moins de filles dans ce cas (4,5 % contre 13,4 %). Les comportements de consommation de cannabis au cours de l'année des garçons et des filles sont donc très différenciés.

Par ailleurs, moins du quart des garçons de 17 ans déclare fumer de façon au moins répétée alors qu'ils sont un tiers à 19 ans.

En se basant sur la fréquence déclarée de la consommation, il est possible de construire une typologie des consommateurs de cannabis allant de l'abstiné au consommateur intensif.

Au regard de ce classement, les variations avec l'âge les plus marquées concernent principalement les deux catégories extrêmes. Ainsi, pour les garçons entre 17 et 19 ans, la part des abstinents baisse de 10 points et corrélativement celle des consommateurs intensifs progresse de 8 points.

Parmi les éléments susceptibles de préciser les contextes de consommation du cannabis, il apparaît que fumer seul est un comportement rare chez les filles mais pas chez les garçons. Fumer du cannabis le matin ou à midi est plus courant. Un individu qui a fumé seul aura presque toujours aussi fumé en début de journée, alors qu'avoir déjà fumé le matin n'implique pas d'avoir déjà fumé seul. Ces deux pratiques correspondent très largement à des usages au moins répétés de cannabis. En ce sens, elles peuvent être considérées comme des sous-ensembles des usages les plus fréquents, même si le recouvrement n'est pas absolu. Toutefois, ce profil n'apparaît pas systématiquement associé à des situations « problématiques » en termes de bien-être.

La proportion d'amis consommant du cannabis est très liée à la fréquence de l'usage du répondant. Ainsi, ceux qui ont un usage au moins répété ont toujours au moins quelques amis consommateurs, tandis que les autres ont très rarement tous leurs amis consommateurs. À 19 ans, environ la moitié des garçons a une majorité de ses amis qui fume du cannabis.

L'expérimentation de cannabis, comme sa consommation répétée, ne sont pas associées à la scolarisation : à 17 ans, les jeunes sortis du système scolaire ne sont pas plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis une fois ou de façon répétée au cours de l'année ©. Il en est de même, parmi les élèves, de ceux qui ont déjà redoublé ou qui sont inscrits en filière professionnelle. Bien que la consommation de cannabis au cours de l'année concerne une large proportion des 17 ans, les jeunes de cet âge qui se sont déjà rendus à une fête techno sont un peu plus nombreux que les autres à être dans ce cas (51 % contre 37 % chez les 17 ans). Il en va de même pour la consommation répétée (14 % contre 9 % à 17 ans).

Enfin, en termes d'expérimentation, le cannabis apparaît très rarement isolé du tabac et de l'alcool.

Fréquence de la consommation de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe, âge et type de consommation

(en %)

Type de consommation	Définition	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Abstinent	Jamais	59,2	49,9	45,1	39,8
Expérimentateur	Déjà consommé, mais pas au cours de l'année	5,0	5,4	6,5	8,2
Occasionnel	Entre 1 et 9 fois par an	23,3	20,9	19,9	19,4
Répété	Plus de 9 fois par an et moins de 10 fois par mois	7,4	9,3	9,9	10,1
Régulier	Entre 10 et 19 fois par mois	2,6	6,4	6,2	6,8
Intensif	20 fois par mois et plus	2,6	8,0	12,4	15,8

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

1. L'enquête ne distingue pas ceux qui ont été pris hors prescription.

Fréquence de l'usage de cannabis le matin ou en solitaire chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par type de consommation

(% en ligne)

Type de consommation	Matin ou midi			Seul		
	jamais	parfois	souvent	jamais	parfois	souvent
Occasionnel	57,2	40,4	2,4	81,9	16,2	1,9
Répété	17,9	69,8	12,3	46,4	46,6	7,0
Régulier	4,7	58,9	36,4	19,9	60,2	19,8
Intensif	1,1	22,7	76,1	4,5	38,2	57,3

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

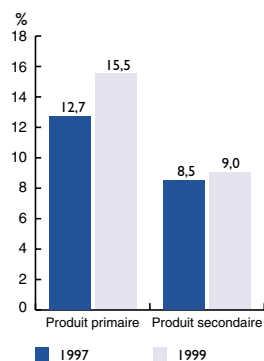
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de cannabis

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soin médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) de cannabis. Les conséquences de l'usage de cannabis en termes de morbidité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées sont, dans la plupart des cas, recueillies auprès des usagers par les institutions de prises en charge.

Demandes de traitement

Les prises en charge liées au cannabis ont substantiellement augmenté entre novembre 1997 et novembre 1999 ^①.

Part du cannabis dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999



Ensemble des recours au mois de novembre dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, hors double compte, avec au moins un produit cité à l'origine de la prise en charge (voir annexe méthodologique); N = 18 075 en 1997; N = 19 564 en 1999.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS ^①

Cette croissance concerne spécifiquement le cannabis mentionné comme **produit primaire** : cette substance apparaît en 1999 dans plus de 15 % des prises en charge (soit un peu plus de 3 000 recours), niveau qui n'a jamais été atteint depuis la création de l'enquête à la fin des années 1980. Les prises en charge ont augmenté de 40 % entre 1997 et 1999 si l'on tient compte de la variation du nombre de structures ayant répondu à l'enquête entre ces deux dates. Cette augmentation des prises en charge en produit primaire est dans une large proportion (les 2/3) imputable à l'augmentation du nombre de premiers recours.

Caractéristiques des personnes prises en charge

Les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour usage de cannabis en produit primaire uniquement. Les **produits secondaires** cités sont dans la plupart des cas associés aux opiacés, cela en raison du poids prépondérant de cette famille de produits dans les recours. Les caractéristiques des usagers mentionnant le cannabis comme produit secondaire sont donc à peu près celles des usagers d'opiacés, aspect décrit par ailleurs.

En novembre 1999

Les personnes décrites dans les prises en charge pour usage de cannabis en produit primaire ont des caractéristiques qui s'opposent à celles des usagers d'opiacés. Les premiers sont en moyenne beaucoup plus jeunes (25,5 ans) ; près de 60 % d'entre eux sont pris en charge pour la première fois et un sur quatre est adressé dans les structures de soins par l'institution judiciaire (contre un sur vingt pour les opiacés). La polydépendance est beaucoup moins fréquente que dans le cas des

opiacés ou de la cocaïne : un deuxième produit à l'origine de la prise en charge n'est mentionné que dans 40 % des cas contre 60 % pour les opiacés et plus de 70 % pour la cocaïne. L'alcool arrive largement en tête comme second produit avec 16 % des cas, et, hormis les opiacés (voir ci-après), les autres produits ne sont que rarement mentionnés (4 % pour les médicaments psychotropes, 2,5 % pour l'ecstasy, moins de 2 % pour la cocaïne). Les consommations au cours des trente derniers jours portent presque exclusivement sur le cannabis (92 % des cas) et l'alcool (24 %²). Les autres produits sont faiblement représentés.

Un traitement de substitution, la mention d'opiacés en produit secondaire et l'utilisation de la voie intraveineuse apparaissent, conjointement ou séparément, dans un nombre restreint de prises en charge. Celles-ci semblent donc concerner une petite minorité d'usagers ou d'anciens usagers d'opiacés (un peu plus de 10 % des recours liés au cannabis), en moyenne plus âgés (29,3 années), pratiquant ou ayant pratiqué l'injection (65 % des cas) et qui ont apparemment un problème avec le cannabis.

Parmi les premiers recours, les caractéristiques spécifiques des usagers de cannabis sont accentuées. Les personnes prises en charge pour la première fois sont en moyenne encore plus jeunes (23 ans). Deux d'entre elles sur trois ont moins de 25 ans et une sur trois est étudiante ou élève. Dans un cas sur trois, également, ces personnes sont adressées aux structures de soins par la justice.

Évolution 1997-1999

L'accroissement des prises en charge entre 1997 et 1999 ne s'est pas accompagné de modifications importantes dans les caractéristiques des personnes concernées. L'âge moyen est resté pratiquement stable, probablement en raison d'une forte rotation chez les personnes prises en charge, ces usagers ne restant pas longtemps en traitement. On peut, en revanche, noter l'augmentation de l'emploi salarié stable (de 11 à 18 %), cette dernière évolution se retrouvant cependant pour l'ensemble des prises en charge quel que soit le produit. Les pourcentages de personnes concernées par les opiacés, les traitements de sub-

Profil des prises en charge liées au cannabis et aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Cannabis	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	3 030	13 613
% de premiers recours	57	29
Âge moyen	25,5	31,5
% de moins de 25 ans	52	13
% d'hommes	82	76
% de personnes adressées par la justice	24	6
% de personnes ayant un emploi	29	39
% d'élèves et d'étudiants	20	2
% de personnes percevant le RMI	15	31
% de personnes ayant des opiacés en produit secondaire	8	10
% de personnes sous traitement de substitution	12	75
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	16	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	3	19

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ^①

2. Une même personne peut avoir consommé plusieurs produits ; le total n'est donc pas égal à 100 %.

stitution et l'injection sont en diminution. En ce qui concerne les premiers recours, et en dépit de la forte augmentation de leur nombre, les caractéristiques moyennes des usagers sont restées stables.

Mortalité et morbidité

D'après les derniers travaux de synthèse effectués sur le cannabis (Roques, 1999), cette substance ne présente apparemment pas de neurotoxicité (atteinte réversible ou irréversible de la structure ou des fonctions du système nerveux central ou périphérique). L'existence d'un syndrome psychiatrique propre au cannabis n'a pas pu être établie. Il a également été avancé l'hypothèse que ce produit pouvait agir comme révélateur d'un état schizophrénique : là aussi, cette hypothèse ne semble pas avoir été confirmée, même si cette question est encore débattue. Le cannabis fumé semble en revanche avoir des effets toxiques sur le système respiratoire et cardio-vasculaire. Son rôle dans la survenue de cancers des voies aérodigestives supérieures et du poumon fait l'objet de discussions (Carriot et al., 2000). Par ailleurs, comme toute substance altérant les perceptions, son utilisation est dangereuse dans les circonstances exigeant la mobilisation de toutes les capacités d'attention d'un individu (conduite automobile par exemple).

Quoi qu'il en soit, il existe peu de données fiables pour éclairer ces discussions. Les systèmes statistiques actuels (Registre national des causes de décès ³ et surdoses constatées par la police ⁴) n'ont recensé aucun décès directement lié au cannabis sur les trente dernières années. Aujourd'hui encore, aucune donnée épidémiologique incontestable ne permet de mesurer la toxicité à l'égard du système respiratoire. Les quelques éléments existants rendent cependant nécessaire la mise en œuvre d'une étude d'une ampleur suffisante pour apporter des conclusions solides sur cet aspect. Sur la question de la conduite automobile, plusieurs études menées en France et à l'étranger ont permis d'estimer la prévalence de la consommation de drogues chez les conducteurs impliqués dans un accident de la circulation. Les chiffres obtenus se situent entre 6 et 16 % (Mura et al., 1999, p. 200 sq.). La deuxième valeur provient d'une étude française datant de 1998. Pour cette recherche, la présence de stupéfiants a été systématiquement recherchée dans les échantillons de sang prélevés sur 164 personnes dans le cadre des alcoolémies requises sur des conducteurs ayant causé des accidents corporels graves ou mortels (Mura et al., 1999).

Dans la plupart des études réalisées jusqu'à présent, l'absence de groupe témoin empêchait de déterminer l'accroissement du risque d'accident de la circulation occasionné par la consommation de cannabis. Une étude récente dont les résultats n'ont pas encore été publiés utilise cette méthodologie et devrait fournir des informations intéressantes. Par ailleurs, d'après la législation en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2001³, le cannabis (ainsi que les opiacés, la cocaïne et les amphétamines) fait l'objet d'un dépistage systématique chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. Les données sont collectées pour permettre d'étudier le rôle du cannabis et des autres substances illicites dans les accidents de la route. Les résultats de cette étude sont attendus pour la fin 2004.

3. La loi n° 99-505 du 18 juin 1999 relative à la sécurité routière organise le dépistage systématique des stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation. Le décret relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière est entré en application au 1^{er} octobre 2001 (décret n° 2001-751 du 27 août 2001).

Conséquences pénales de l'usage de cannabis

L'usage de cannabis, comme de toute drogue illicite, peut conduire à des interpellations et à des suites pénales. Les seules données disponibles concernent les interpellations, les condamnations et les incarcérations ne mentionnant pas le produit en cause. Il n'est donc pas possible de décrire les suites pénales données aux interpellations pour usage de cannabis.

Interpellations pour usage en 2000

Le cannabis est de très loin le produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations d'usagers : près de 9 interpellations sur 10 pour l'usage seul avec environ 74 000 cas et près de 8 sur 10 pour l'usage accompagné d'une activité de revente, avec 8 700 cas enregistrés en 2000 ⁵. Le deuxième produit à l'origine d'une interpellation pour usage ou usage-revente est l'héroïne, substance qui, avec 5 833 interpellations en 2000, se situe donc loin derrière le cannabis.

dans l'année. En 1999, seuls 8 % ont fait l'objet de plusieurs interpellations (contre 15 % pour les usagers de cocaïne ou d'héroïne interpellés).

Évolution des interpellations pour usage depuis 1990

La croissance des interpellations d'usagers de cannabis s'est poursuivie en 2000. Les cas d'usage simple ont enregistré une hausse de 4 % par rapport à 1999, soit une augmentation plus faible que celle de l'année précédente (+ 10 % entre 1998 et 1999). La hausse est particulièrement forte pour les faits d'usage-revente (+ 9 %) alors qu'ils étaient en baisse depuis 1998.

La croissance des interpellations d'usagers de cannabis sur les onze dernières années a été en moyenne de 16 % par an, croissance importante, mais inférieure à celle enregistrée pour la cocaïne, le crack ou encore l'ecstasy.

En revanche, leur part dans l'ensemble des interpellations est de plus en plus importante : de 70 % au début des années 1990, elles représentaient 80 % en 1997, puis 88 % en 2000.

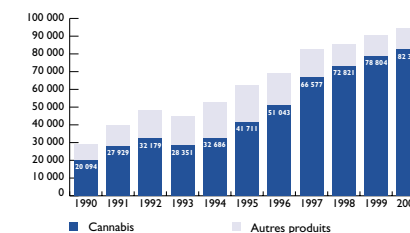
Interpellations pour usage et usage-revente de cannabis, en 2000

	Cannabis	Tous produits confondus	Part du cannabis
Usage simple	73 661	83 385	88,3 %
Usage-revente	8 688	10 954	79,3 %
Total	82 349	94 339	87,3 %

Source : FNAILS 2000, OCRGIS ⁶

Comme pour les autres produits, la plupart des personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cannabis ne sont arrêtées qu'une fois

Interpellations pour usage ou usage-revente de cannabis, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRGIS ⁶

Caractéristiques des usagers interpellés

Les usagers de cannabis sont les plus jeunes des usagers interpellés (21,8 ans en moyenne en 2000), suivis par ceux d'ecstasy (23,3 ans), nettement plus jeunes donc que ceux d'héroïne (28,3 ans).

La tendance au vieillissement des usagers interpellés, observée depuis plus de dix ans pour la plupart des produits en cause, ne touche pas les usagers de cannabis. Longtemps stable, leur âge moyen est même en légère baisse depuis 1995. Les mineurs interpellés pour usage de cannabis sont de plus en plus nombreux, de plus en plus jeunes et, fréquemment, étudiants ou lycéens : 1 usager de cannabis interpellé sur 3 contre un peu moins de 1 sur 5 pour les usagers d'ecstasy et 1 sur 20 pour les usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack. Parallèlement, les personnes sans profession déclarée sont moins représentées : moins d'un tiers des usagers de cannabis contre la moitié

des usagers d'héroïne ou de cocaïne et les trois quarts des usagers de crack interpellés. Cette répartition est récente. Elle est le résultat d'une tendance observée depuis cinq ans environ, qui se traduit par la baisse des usagers de cannabis interpellés se déclarant sans profession, baisse compensée par la hausse des étudiants/lycéens et des ouvriers.

La proportion d'étrangers parmi les usagers de cannabis interpellés est faible et, l'ecstasy mis à part, est plus basse que celle enregistrée pour les autres produits : 7 % contre 11 % chez les usagers d'héroïne, 12 % chez ceux de cocaïne, mais 5 % chez ceux d'ecstasy. Quel que soit le produit en cause, cette proportion a diminué au cours des années 1990.

Globalement, sur les quelques caractéristiques renseignées, le profil des usagers de cannabis se rapproche de celui des usagers d'ecstasy interpellés et se distingue nettement de celui des usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack.

Offre et trafic de cannabis

L'offre internationale et nationale de cannabis est examinée principalement à travers les saisies recensées par les services internationaux et nationaux. L'offre de proximité est décrite par des observations de terrain.

Trafic international et voies d'approvisionnement de la France

S'il n'existe aucune statistique globale sur l'évolution des cultures de cannabis dans le monde, les saisies effectuées laissent à penser que l'offre des produits dérivés de cette plante (herbe, résine et huile) est de plus en plus importante et répond à une demande dont on sait qu'elle est en constante expansion sur tous les continents (UNODCCP, 2001b). Les saisies de cannabis (herbe ou résine)

ont enregistré une forte hausse en 1999, dépassant le niveau du début des années 1990. L'augmentation a été particulièrement forte pour les saisies d'herbe (+ 35 %).

On observe également, un peu partout dans le monde, un développement des cultures en intérieur. Elles permettent généralement quatre récoltes par an et un taux plus élevé en THC (de 9 % à 22 %). En Europe, les Pays-Bas, avec le *nederwiet* sont les plus importants producteurs de ce type de produit. Ce genre de production est de plus en plus contrôlé par les organisations criminelles (INTERPOL, 2000).

En dépit de la diversité de l'offre, la résine marocaine représente plus des trois quarts des saisies en Europe et plus de 90 % en France. Selon les autorités marocaines, les superficies plantées de cannabis se seraient stabilisées à environ 50 000 hect-

Quantités de cannabis saisies au niveau mondial, de 1993 à 1999

	(en tonnes)						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Herbe	3 368	2 329	3 200	3 039	3 048	2 942	3 959
Résine	843	901	1 053	851	787	898	900
Total	4 211	3 230	4 253	3 890	3 835	3 840	4 859

Source : UNODCCP

tares depuis 1992 (UNODCCP, 2001b). Cependant, les évolutions des saisies et des observations de terrain laissent à penser qu'en réalité elles auraient pu doubler (OGD, 2000). En 1999, 693 tonnes de résine de cannabis ont été saisies en Europe (dont 600 en provenance du Maroc) et 157 tonnes d'herbe contre respectivement 580 et 156 tonnes en 1998. Les autres pays fournisseurs sont, pour le haschisch, le Pakistan et l'Afghanistan et, pour la marijuana, l'Afrique du Sud, la Colombie et la Jamaïque (INTERPOL, 2000).

En France, après une année record en 1999, les quantités de résine de cannabis saisies en 2000 s'élevaient à près de 54 tonnes, soit un niveau équi-

valent à celui de 1997 et 1998. Le nombre de saisies augmente en revanche de façon régulière et s'établit à plus de 50 000.

La hausse de 44 % des saisies d'herbe provient essentiellement de la découverte exceptionnelle de plus d'une tonne en provenance d'Albanie et à destination de la Belgique.

Le Maroc, soit directement, soit via l'Espagne, est, comme les années précédentes, la source identifiée de près de 80 % de la résine saisie. Environ un tiers des quantités de résine saisies serait destiné au marché français. Le reste aurait dû être distribué sur les marchés britanniques, néerlandais ou italien.

Quantités de cannabis saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999

	(en tonnes)						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Herbe	138	273	362	244	199	169	132
Résine	416	507	456	445	549	681	687

Source : UNODCCP

Quantités de cannabis saisies en France, de 1990 à 2000

	(en kg)										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Résine	21 289	31 836	40 658	44 840	55 890	39 203	35 576	51 664	52 176	64 097	48 711
Herbe	454	1 278	1 394	933	2 096	3 056	31 280	3 452	3 522	3 382	4 866
Pieds/plants	-	-	-	-	-	-	-	38 115	34 266	23 287	24 295
Huile	11	7	18	11	29	11	5	5	1	2	3

Source : FNAILS, OCRTIS

La France est en revanche le principal destinataire de l'herbe de cannabis saisie sur son territoire. 24 292 pieds de cannabis ont été en outre détruits, dont près de 15 % dans les territoires français du Pacifique ⑥.

Trafiquants interpellés en France

En 2000, 3 625 trafiquants de dérivés du cannabis ont été appréhendés en France par les services de police, de douanes et de gendarmerie, soit 56 % de l'ensemble des trafiquants interpellés cette année-là ③. La hausse annuelle est particulièrement forte : + 23 % depuis 1999 pour une moyenne annuelle de 6 % depuis 1990. Pour mémoire, le nombre de saisies a lui augmenté de 13 % en 2000.

Près de neuf trafiquants interpellés sur dix en 2000 sont considérés comme des trafiquants locaux ou des revendeurs, dont la plupart étaient impliqués dans un trafic de résine (87 % de l'ensemble des trafiquants interpellés et 90 % des locaux ou revendeurs).

Les trafiquants interpellés dits « internationaux », c'est-à-dire mêlés à des activités d'importation ou d'exportation, sont donc au nombre de 462 en 2000 et, pour les trois quarts, impliqués dans le trafic de résine. Leur implication dans le trafic d'herbe apparaît nettement plus importante que chez les plus petits trafiquants.

En 2000, 80 % des trafiquants interpellés en France sont de nationalité française. La part des étrangers est plus importante chez les trafiquants internationaux que chez les autres trafiquants interpellés : respectivement 59 et 14 %.

Interpellations pour trafic de cannabis, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cannabis	2 129	2 016	2 214	2 456	2 750	2 986	3 927	3 514	2 920	2 948	3 625
Tous produits	5 198	5 303	5 982	6 451	7 179	7 107	8 412	6 560	5 541	5 506	6 531
En % du total	41,0	38,0	37,0	38,1	38,3	42,0	46,7	53,6	52,7	53,5	55,5

Source : FNAILS, OCRIS ⑥

Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité

Les données présentées relatives à la disponibilité sont issues des enquêtes en population générale, du dispositif d'observation TREND ③ pour le prix et des laboratoires de la police et des douanes pour la concentration en principe actif des échantillons saisis.

Disponibilité

Parmi les 18-75 ans, 34,0 % se sont déjà vu proposer du cannabis, les hommes plus souvent que les femmes (respectivement 41,9 % et 26,3 %) ③. Plus des deux tiers des 18-25 ans ont déjà été sollicités et, dans cette tranche d'âge, quatre hommes sur cinq sont concernés (contre six femmes sur dix). Si les femmes sont moins souvent consommatrices, elles sont aussi moins sollicitées.

Les jeunes scolarisés de 14 à 19 ans déclarent pour les deux tiers d'entre eux connaître un endroit où acheter du cannabis (65,8 %) ⑦. Dans l'ordre (les réponses ne sont pas exclusives), l'établissement scolaire arrive en tête (39,3 %), suivi du domicile du revendeur (38,7 %), des bars et des boîtes de nuit (26,2 %), puis des lieux publics (parc ou rue) (25,5 %). Les réponses apportées dépendent de l'expérimentation : plus de la moitié des expérimentateurs déclarent pouvoir aisément se procurer du cannabis dans leur établissement scolaire ou chez un revendeur, contre moins d'un tiers pour les non-expérimentateurs.

Prix

La moyenne nationale du prix de la résine de cannabis en 2000 sur les dix sites métropolitains du dispositif TREND est d'environ 33 F le gramme (entre 20 et 50 F) et, pour l'herbe, d'environ 35 F (entre 18 et 50 F).

Dans l'espace festif techno, le prix du gramme de résine est d'environ 25 F mais varie en fonction de l'événement.

Dans les départements d'outre-mer, la résine de cannabis est très rare. Elle est signalée uniquement en Guyane. En revanche, l'herbe, de production locale ou d'importation, est très disponible. Son prix moyen est de 17 F le gramme (10 F en Martinique, 15 F en Guyane et 25 F à l'île de la Réunion).

Qualité

L'analyse en laboratoire des saisies policières et douanières révèle qu'un échantillon sur cinq (21 %)

d'herbe de cannabis contient un taux en THC supérieur à 8 %. Cette proportion est double pour la résine de cannabis dans la mesure où deux échantillons sur cinq (41 %) se révèlent fortement concentrés en THC.

Taux de concentration en THC des échantillons de cannabis saisis par la police nationale et la douane, en 1999

	Herbe		Résine	
	effectifs	%	effectifs	%
0-4 %	122	46 %	60	16 %
4-8 %	88	33 %	162	43 %
8-12 %	39	15 %	69	18 %
12-20 %	15	5,5 %	63	17 %
+ 20 %	1	0,5 %	19	6 %
Total	265	100 %	373	100 %

Source : TREND, OFDT (données fournies par le laboratoire scientifique de la police de Lyon et le laboratoire interrégional de la douane de Paris) ⑧

Géographie de la consommation de cannabis

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation sont disponibles à partir du Baromètre Santé ③ pour l'ensemble de la population et de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel de préparation à la défense ⑩.

Les conséquences sociosanitaires ou pénales de l'usage de cannabis dans les régions sont abordées à travers les données sur les prises en charge du mois de novembre ⑪ et à travers celles sur les interpellations ⑫.

Consommations en population générale

Schématiquement, l'expérimentation et la consommation du cannabis chez les 15-44 ans di-

visent la France en trois grandes zones aux contours plus ou moins précis : elles sont plus rares dans le nord et le centre de la France, moyennes ou élevées dans le Sud, l'Ouest et l'Est, et particulièrement élevées en Ile-de-France, en Aquitaine et dans une moindre mesure en Bretagne.

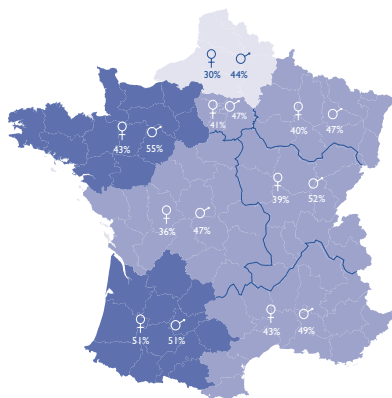
Consommations à la fin de l'adolescence

À 17 ans, l'expérimentation de cannabis est plus fréquente dans le Sud-Ouest (51 % des filles et 51 % des garçons) et dans le Nord-Ouest (43 % et 55 %). La prévalence est maximale pour les filles dans le Sud-Ouest, et pour les garçons dans le Nord-Ouest. Pour les deux sexes, elle atteint son minimum dans le Nord (30 % et 44 %). L'écart entre garçons et filles est nul dans le Sud-Ouest, il

atteint 14 points dans le Nord, et dépasse 10 points dans le Nord-Ouest, le Centre-Ouest et le Centre-Est.

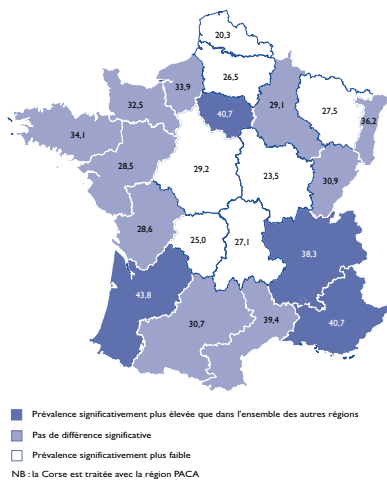
À 17 ans, 12,6 % des filles et 23,8 % des garçons déclarent un usage répété de cannabis. Les disparités géographiques sont semblables à celles observées pour l'expérimentation : des prévalences plus élevées dans le Sud-Ouest (16 % pour les filles, 22 % pour les garçons) et le Nord-Ouest (14 % et 27 %), surtout pour les filles dans le Sud-Ouest et surtout pour les garçons dans le Nord-Ouest. De même, ces prévalences sont minimales dans le Nord (7 % et 19 %). En revanche, si la région parisienne se trouve dans la moyenne pour l'expérimentation, elle présente ici de fortes prévalences, identiques à celles du Nord-Ouest. Les disparités régionales semblent donc perdurer, voire s'accroître, lorsque l'on considère des niveaux de consommation plus élevés. Enfin, comme pour l'expérimentation, l'écart entre les deux sexes est minimal dans le Sud-Ouest (6 points) et maximal

Prévalence de l'usage répété* de cannabis à 17 ans en 2000, par région



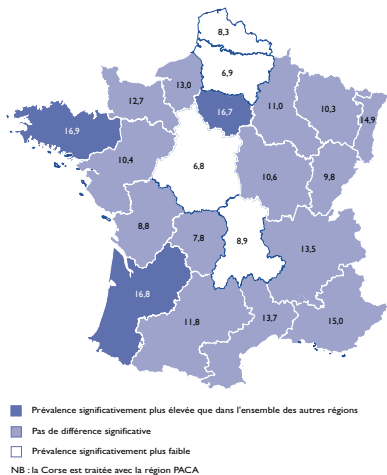
Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
*Au moins dix fois au cours des douze derniers mois.
Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

Prévalence de l'expérimentation du cannabis chez les 15-44 ans en 2000, par région



Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

Prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les 15-44 ans en 2000, par région



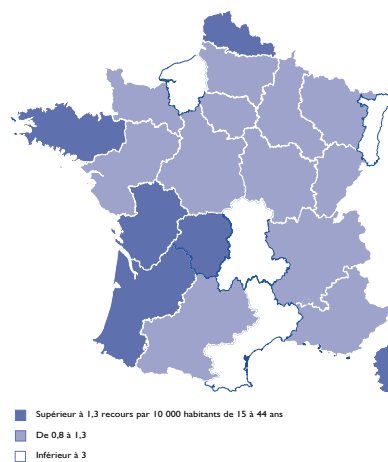
Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

dans le Nord (13 points), avec 12 points d'écart pour le Nord-Ouest, la région parisienne et le Centre-Est.

Demands de traitement

Deux régions se distinguent par un nombre de recours par habitant liés au cannabis deux fois plus élevé que la moyenne nationale (respectivement 2,4 et 1,9 contre 1,1 pour l'ensemble des régions), le Limousin et la région Poitou-Charentes. Cette caractéristique est d'autant plus marquante que ces deux régions se caractérisent, tous produits confondus, par un nombre faible de recours par habitant. À l'autre extrême se trouve l'Alsace, où les prises en charge par habitant liées au cannabis sont particulièrement peu nombreuses. Là aussi il s'agit d'une spécificité de la région, le nombre de recours par habitant liés aux opiacés étant bien supérieur à la moyenne nationale dans cette région. Le Languedoc-Roussillon se trouve dans le même cas de figure alors qu'en Auvergne les recours par habitant sont peu nombreux quel que soit le produit.

Recours liés au cannabis en 1999, par région

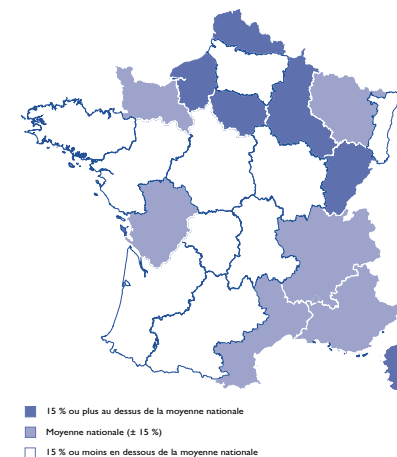


Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ©

Interpellations

En 2000, la moitié des interpellations d'utilisateurs de cannabis a été réalisée dans quatre régions (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur), soit les régions les plus peuplées et qui enregistrent également le plus d'interpellations d'utilisateurs tous produits confondus.

Interpellations d'utilisateurs de cannabis en 2000, par région



Moyenne nationale : 328 interpellations pour 100 000 habitants de 15 à 44 ans.
Source : FNAIS 2000, OCRTIS ©

Lorsque l'on rapporte les interpellations pour usage de cannabis à la population de la région la plus concernée par ces consommations, l'ordre est quelque peu modifié. Outre le Nord et la région parisienne, régions de fortes disponibilités, apparaissent des régions telles que la Corse, la Franche-Comté, la Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie, qui, proportionnellement à leur population, comptabilisent beaucoup d'interpellations pour usage de cannabis. Il est assez logique de voir apparaître les régions de la côte méditerranéenne, du fait de leur proximité avec le Maroc,

parmi les zones où les interpellations de cannabis sont nombreuses. Pour le reste, la carte est certainement l'illustration de la combinaison d'une diffusion importante du cannabis et de l'activité policière.

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de cannabis et de ses conséquences, les données étudiées proviennent du rapport annuel 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) ainsi que d'autres informations recueillies par cet organisme. Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell, et al., 2001).

Consommations

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée dans les pays de l'Union européenne. Au sein de la population adulte, l'expérimentation concerne entre 10 et 30 % des individus. Chez les 16-34 ans, ce taux avoisine les 40 % dans les pays les plus consommateurs (Danemark, Royaume-Uni et France).

Les chiffres des différents pays de l'Union européenne indiquent une hausse du niveau d'expérimentation au cours des années 1990, avec une stabilisation récente dans la plupart des pays. Globalement, la consommation de cannabis est plus expérimentale que durable.

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage de cannabis des élèves français de 16 ans (expérimentation comme usage répété) arrive en tête, pour les garçons comme pour les filles (Hibell et al., 2000). Seuls le Royaume-Uni et la République tchèque se situent au même niveau.

Demandes de traitement

La part des prises en charge liées à l'usage de cannabis semble être en moyenne proche de 10 % dans les pays de l'Union européenne. La France

semble donc se situer de ce point de vue un peu au-dessus de la moyenne. Le cannabis occupe une part particulièrement faible dans les recours en Espagne, en Grèce, en Suède et en Italie (entre 6 et 8 % des recours) et particulièrement élevée dans la région flamande de la Belgique (30 %), en Allemagne (22 %) et en Finlande (19 %).

Interpellations

Outre les différences dans les modes d'enregistrement, les données policières en Europe sont fortement dépendantes des législations et des politiques nationales en matière de drogues. La comparaison des chiffres des interpellations laisse cependant apparaître certaines similitudes comme la hausse, au cours des années 1990, des interpellations liées à la drogue⁴ et la place dominante du cannabis au sein de ces interpellations.

Huit pays disposent de données détaillées suivant le motif d'interpellation et le produit en cause. En 1999, la proportion d'interpellations pour usage ou possession liées au cannabis, varie entre 45 % au Luxembourg et 88 % en France⁵. Parmi les pays pour lesquels les chiffres sont disponibles, la France est celui comptant le plus de cas de cannabis parmi les interpellations pour usage/possession de stupéfiants. Viennent ensuite l'Italie, le Royaume-Uni, l'Autriche et l'Irlande.

Dans pratiquement tous les pays, le cannabis était moins représenté parmi les interpellations pour usage ou possession de stupéfiants en 1995 qu'en 1999. Néanmoins, les interpellations liées au cannabis, quel que soit le motif d'interpellation, étaient partout majoritaires, sauf en Italie, au Luxembourg et au Portugal où l'héroïne arrivait en tête.

4. Le terme « interpellations liées à la drogue » renvoie à des définitions très différentes suivant les pays. Le motif d'interpellation et le produit ne sont pas toujours renseignés.

5. Le Portugal compte 33 % d'interpellations pour usage/possession de cannabis en produit unique, mais 22 % des interpellations ont révélé la présence de plusieurs produits sans qu'il soit indiqué lesquels.

Pour en savoir plus

- *Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ?*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, (Col. Expertise collective), (à paraître).
- BALLION (R.), *Les conduites déviantes des lycéens*, Paris, OFDT/CADIS, 1999, 243 p.
- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARÈNES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998, 328 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- CARRIOT (F.), SASCO (A.-J.), « Cannabis et cancer », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, n° 5, 2000, p. 473-483.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- DE PERETTI (C.), LESELBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, Paris, OFDT/INRP-Paris X, 1999, 170 p.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- INTERPOL (Organisation internationale de la police criminelle), *Situation du trafic de cannabis dans le monde - 1999*, Lyon, INTERPOL, 2000, 19 p.
- MURA (P.) (dir.), *Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile*, Paris, Elsevier, 1999, 239 p. (Col. Option Bio).
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.

- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.
- OGD (Observatoire géopolitique des drogues), *La géopolitique mondiale des drogues 1998-1999*, Paris, OGD, 2000, 262 p. (www.ogd.org).
- RICHARD (D.), SENON (J.-L.), « Le cannabis », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1995, p. 1-25.
- ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la santé*, Paris, Odile Jacob/Documentation française, 1999, 318 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- UNODCCP (Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime), *Tendances mondiales des drogues illicites 2001*, New York, Nations unies, 2001a, 282 p.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention), *World Drug Report 2000*, Oxford, Oxford University Press, 2001b, 172 p.
- ZIMMER (L.), MORGAN (J.-P.), *Marijuana : mythes et réalités. Une revue des données scientifiques*, Genève, Georg, 2000, 315 p. (Médecine et Hygiène).

Cocaïne et crack

Repères	116
Consommations de cocaïne et de crack dans la population française	118
<i>Expérimentation en population générale adulte</i>	118
<i>Expérimentation à l'adolescence</i>	119
<i>Observations de terrain</i>	119
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de cocaïne et de crack	120
<i>Demandes de traitement</i>	120
<i>Caractéristiques des personnes prises en charge</i>	121
<i>Morbidité et mortalité</i>	122
Conséquences pénales de l'usage de cocaïne et de crack	123
<i>Interpellations pour usage en 2000</i>	123
<i>Évolution des interpellations pour usage depuis 1990</i>	124
<i>Caractéristiques des usagers interpellés</i>	125
Offre et trafic de cocaïne et de crack	125
<i>Trafic international et voies d'approvisionnement de la France</i>	125
<i>Trafiquants interpellés en France</i>	127
<i>Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité</i>	127
Géographie de la consommation de cocaïne et de crack	129
<i>Approche régionale</i>	129
<i>Approche européenne</i>	130
Pour en savoir plus	132

Repères

Consommation

- La consommation des stimulants, en général, et de la cocaïne, en particulier, semble avoir été en progression au cours des dernières années, constat plus nettement perceptible sur des populations spécifiques (personnes fréquentant les événements festifs, usagers dépendants d'opiacés).
- L'expérimentation et plus encore l'usage actuel de la cocaïne restent néanmoins relativement limités : en 2000, 1,4 % des Français de 18 à 75 ans a déjà expérimenté la cocaïne.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation les plus importants sont rencontrés globalement chez les 18-44 ans et plus particulièrement parmi les 35-44 ans (1,6 % pour les femmes et 4 % pour les hommes). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 3 % suivant le sexe et l'âge.
- Les femmes sont toujours moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté la cocaïne et, quel que soit le sexe, l'expérimentation se rencontre surtout chez les jeunes adultes.
- La consommation de cocaïne s'inscrit fréquemment dans un contexte associant d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les milieux festifs où la cocaïne est associée également à d'autres stimulants et à des produits hallucinogènes.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge sanitaires ou sociales pour usage de cocaïne ou de crack ont notablement augmenté entre 1997 et 1999. Cette augmentation concerne majoritairement des usagers déjà suivis, dépendants aux opiacés et souvent sous traitement de substitution.
- L'usage de ces deux produits est à l'origine de la prise en charge dans moins de 5 % des cas en produit primaire et dans 15 % des cas en produit secondaire.
- La cocaïne est particulièrement impliquée dans les polyconsommations de drogues à l'origine d'une prise en charge sanitaire ou sociale ; sa consommation étant très souvent liée à celle des opiacés.

- Ce constat explique que le profil des usagers de cocaïne vus dans le système socio-sanitaire est proche de celui des usagers d'opiacés vus à travers le même dispositif. Les cas de décès imputables à la cocaïne sont apparemment rares.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne ou de crack ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, notamment depuis 1997. Elles restent très minoritaires comparées aux interpellations pour usage et usage-revente de cannabis (3 200 contre 82 300), mais représentent maintenant la moitié de celles relatives à l'héroïne (5 800).
- Les usagers de cocaïne et de crack interpellés sont de plus en plus âgés. En 1999, ils ont en moyenne respectivement 29 et 31 ans.

Offre et trafic

- Le nombre de saisies et les quantités saisies de cocaïne sont à la hausse, mais les variations sont fortes d'une année à l'autre, sous l'influence de la réalisation ou non d'importantes opérations ponctuelles.
- La cocaïne est de plus en plus facilement accessible. Son prix a notablement baissé dans les années 1990 et semble se stabiliser.
- L'offre de crack apparaît comme un phénomène relativement localisé touchant encore principalement la région parisienne, les Antilles et la Guyane.

Consommations de cocaïne et de crack dans la population française

La consommation de cocaïne et de crack dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les tendances qui se dégagent de ces enquêtes sont corroborées par des informations de terrain, sur le profil des consommateurs et leurs modes d'usage.

La consommation de cocaïne étant rare, aussi bien en population adulte qu'adolescente, seule son expérimentation sera considérée ici. L'expérimentation de crack dans la population adulte est trop faible pour faire l'objet d'une étude fiable, car la question n'est pas posée explicitement. De même, chez les jeunes, son étude se heurte à deux difficultés : la faiblesse du nombre d'expérimentateurs et les soupçons sur la compréhension de la question, confirmés par une relative méconnaissance du produit ⑤.

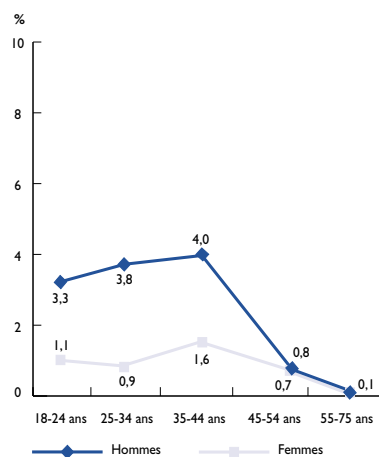
Expérimentation en population générale adulte

En population générale adulte, l'expérimentation reste rare et concerne principalement les jeunes adultes ③. Cette consommation est à prédominance masculine. S'il existe chez les hommes un seuil vers la quarantaine, l'expérimentation étant beaucoup plus fréquente avant 44 ans, le contraste est moins marqué chez les femmes.

Au cours des dernières années, une tendance à la hausse semble se dégager. Chez les 18-44 ans, entre 1995 ② et 1999 ③, l'usage de cocaïne au cours de la vie est passé de 0,5 à 1,2 % chez les femmes et de 2,8 à 3,7 % chez les hommes. Ces données sont corroborées par des observations de terrain qui révèlent une diffusion en expansion de la cocaïne, notamment des usages dans le cadre d'événements festifs ③.

Au-delà de 44 ans, le taux d'expérimentation de ce produit est extrêmement faible.

Fréquence de l'expérimentation de la cocaïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

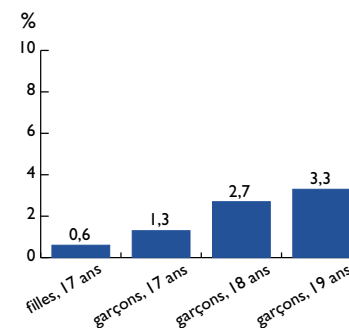
Parmi les adultes, l'expérimentation de la cocaïne est observée dans tous les milieux sociaux. Les expérimentateurs de cocaïne ne sont toutefois pas assez nombreux pour permettre d'en dresser un profil sociodémographique précis. Certaines particularités se dégagent néanmoins : l'expérimentation est significativement plus courante parmi les chômeurs inscrits à l'ANPE (5 %). En revanche, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme ou le revenu du ménage ne permettent pas de différencier ces expérimentations.

Expérimentation à l'adolescence

Chez les jeunes scolarisés, 1,2 % des filles et 2,1 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris de la cocaïne au cours de leur vie ⑦. L'expérimentation de la cocaïne est en augmentation depuis 1993, dans la mesure où elle atteignait alors 0,8 % chez les filles et 1,4 % chez les garçons, l'écart étant significatif pour les garçons ⑤.

À la fin de l'adolescence, les prévalences sont également plus élevées chez les garçons que chez les filles, et augmentent avec l'âge chez ces derniers entre 17 et 19 ans ⑧.

Fréquence de l'expérimentation de la cocaïne chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑧

Les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté la cocaïne que les autres, tout comme les élèves inscrits en filière professionnelle ou ayant déjà redoublé. Ainsi, à sexe, âge et redoublement contrôlés, l'expérimentation est plus fréquente chez les jeunes sortis du système scolaire, et, parmi les élèves, chez ceux inscrits en filière professionnelle ou ayant redoublé. Par ailleurs, les jeunes ayant déjà pris de la cocaïne sont nettement plus souvent consommateurs répétés d'alcool, de cannabis et de tabac que les autres.

Bien que l'expérimentation de cocaïne ne concerne qu'une faible proportion des jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno (4,2 %), ceux-ci sont sept fois plus souvent expérimentateurs que les autres (0,6 %). À sexe, âge, filière professionnelle et redoublement contrôlés, l'expérimentation de cocaïne reste beaucoup plus fréquente parmi ceux qui se sont rendus à une telle manifestation ⑥.

Observations de terrain

Ces données sont issues du dispositif TREND ③ fonctionnant sur treize sites en France ainsi que lors d'événements festifs techno.

Profil des consommateurs

En France métropolitaine, on observe depuis quelques années l'émergence de plusieurs catégories d'usagers de cocaïne :

- des jeunes consommateurs de cannabis, d'ecstasy ou d'autres drogues de synthèse qui entrent en contact avec la cocaïne soit au sein de leur quartier d'habitation soit au cours de leur participation à un événement festif (techno ou discothèque) ;
- des personnes sous substitution (méthadone ou buprénorphine haut dosage) ;
- des personnes en situation de précarité sociale, grands marginaux, polytoxicomanes.

Dans les départements d'outre-mer, la cocaïne reste essentiellement réservée à des personnes socialement bien intégrées.

Les usagers de crack en métropole sont pour la plupart des personnes marginalisées, dont une partie alterne l'usage de crack et d'opiacés. Cependant, il existe aussi des consommateurs occasionnels de crack au sein de groupes bien insérés ou encore des consommateurs de cocaïne qui expérimentent, à un moment ou un autre, la forme fumable de ce produit.

Aux Antilles et en Guyane, les profils des consommateurs de crack sont variés. Toutefois, comme en métropole, cet usage est majoritairement le fait de personnes en grande difficulté sociale. Dans ces départements, la large disponibilité

et les faibles prix ont contribué à une « démocratisation » de la consommation dont l'ampleur reste difficile à estimer.

Modes d'usage

La cocaïne reste principalement prise (sniffée), notamment parmi les consommateurs bien insérés ou ceux fréquentant le milieu techno. Le recours à la voie intraveineuse est peu fréquent et concerne

surtout des usagers ou d'anciens usagers d'héroïne ou de produits de substitution par voie injectable. Bien que minoritaire, cette pratique se développe dans l'espace festif techno. La pratique d'injection de crack, quant à elle, est observée presque exclusivement à Paris. Enfin, le mode fumable de la cocaïne (sous forme chlorhydrate) est encore plus rare, car il induit un important taux de perte du produit. La cocaïne fumée est, pour sa part, généralement la cocaïne base (crack).

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de cocaïne et de crack

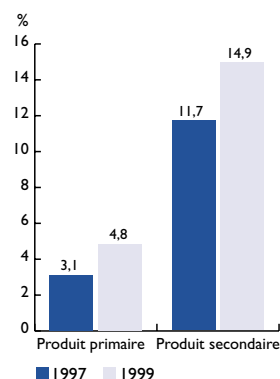
L'usage de cocaïne et de crack conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) de cocaïne. Les conséquences de l'usage de cocaïne en termes de mortalité et de morbidité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées sont, dans la plupart des cas, recueillies auprès des usagers par les institutions de prises en charge ou par les services de police (mortalité).

Demandes de traitement

Entre 1997 et 1999, le nombre et le pourcentage de recours liés à la cocaïne et au crack ont nettement augmenté, que ce soit en **produit primaire** (+ 80 %) ou en **produit secondaire** (+ 33 %) ^①. Malgré cette croissance, cocaïne et crack restent des produits peu représentés dans l'ensemble des prises en charge en tant que produits primaires (un peu moins de 5 %). Ils apparaissent en revanche plus souvent en tant que produits secondaires (près de 15 %), ce qui montre que la cocaïne est particu-

lièrement impliquée dans les polyconsommations et les polydépendances, plus spécifiquement en association avec les opiacés.

Part de la cocaïne et du crack dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999



Ensemble des recours au mois de novembre dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, hors double compte, avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge citée (voir annexe méthodologique) ; N = 18 075 en 1997 ; N = 19 564 en 1999.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS ^②

Les données de l'enquête OPPIDUM ^③ font apparaître une tendance à l'augmentation de la proportion de consommateurs récents (semaine précédente) de cocaïne depuis 1996 (11 % en 1999 contre 7 % en 1996). Dans l'enquête DREES/DGS ^④, la proportion de consommateurs de cocaïne et de crack au cours des trente derniers jours a augmenté de 9 à 12 % entre 1997 et 1999.

Caractéristiques des personnes prises en charge

Les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour usage de cocaïne et de crack en produit primaire uniquement. Les produits secondaires cités sont dans la plupart des cas associés aux opiacés, cela en raison du poids prépondérant de cette famille de produits dans les recours. Les caractéristiques des usagers mentionnant la cocaïne et le crack comme produit secondaire sont donc à peu près celles des usagers d'opiacés, aspect décrit par ailleurs.

En novembre 1999

Globalement, les caractéristiques des personnes décrites dans les prises en charge pour usage de cocaïne en produit primaire sont proches de celles des usagers d'opiacés. Ce profil moyen résulte de l'agrégation de trois sous-populations (voir tableau page 122) :

- un premier groupe de personnes (un peu plus de 50 % des recours liés à la cocaïne en novembre 1999) ayant simultanément un problème d'abus ou de dépendance vis-à-vis de la cocaïne (ou du crack) et des opiacés.

- Ces usagers sont sous traitement de substitution ¹ et/ou consomment des opiacés en second produit. Leur profil est identique à celui des usagers d'opiacés en produit primaire (âge moyen supérieur à 30 ans, faible proportion de premiers recours, pratique fréquente de l'injection, prévalence élevée du VIH et du VHC²) ;

- un groupe de personnes sans prise en charge associée liée aux opiacés (un peu moins de 40 % des recours en novembre 1999³).

Ces usagers sont un peu plus jeunes que les usagers d'opiacés (29,7 ans en moyenne). La proportion de premiers recours parmi eux est très élevée (50 %), ce qui s'explique probablement par une prise en charge plus ponctuelle que celle des usagers d'opiacés stabilisés dans les structures de soins par les traitements de substitution. Les pratiques d'injection sont rapportées pour une proportion beaucoup plus faible de personnes que dans le cas des usagers d'opiacés (23 % des cas pour l'injection actuelle ou antérieure et 10 % pour l'injection au cours des trente derniers jours) ;

- un dernier groupe comprenant les usagers de crack dans la région Antilles-Guyane (10 % des recours en novembre 1999).

Ces usagers sont en moyenne plus âgés qu'en métropole (33,7 ans), la moitié d'entre eux ayant 35 ans ou plus. Il s'agit presque exclusivement d'hommes (94 % des cas) et de premiers recours dans près d'un cas sur deux (46 % des cas). Les opiacés et les traitements de substitution sont presque totalement absents, tout comme les pratiques d'injection. Les seuls produits associés dans ces prises en charge sont le cannabis et l'alcool. Enfin, par rapport aux deux groupes précédents, une proportion plus élevée d'usagers est adressée aux structures de soins suite à une décision judiciaire (22 %).

Évolution 1997-1999

Pour l'ensemble des prises en charge liées à la cocaïne, les principales modifications intervenues entre ces deux années sont l'augmentation de la proportion de traitements de substitution (de 35 à 45 %) et la baisse du pourcentage de premiers recours (de 48 à 38 %). Ces évolutions sont surtout le résultat des croissances différenciées des effectifs de chacun des groupes mentionnés auparavant. L'effectif des usagers sous traitement de substitui-

1. Ces traitements sont prescrits, sauf exception, dans les cas de dépendance aux opiacés.

2. Voir le chapitre sur les opiacés.

3. Le mode d'enquête « un mois donné » tend à surestimer les personnes qui fréquentent régulièrement les structures de soins (cas des usagers d'opiacés sous traitement de substitution).

Profil des prises en charge liées à la cocaïne, au crack et aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Cocaïne avec opiacés associés ⁽¹⁾	Cocaïne sans opiacés associés ⁽²⁾	Crack dans la région Antilles- Guyane	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	474	333	95	13 613
% de premiers recours	27	50	46	29
Âge moyen	30,9	29,8	33,7	31,5
% de moins de 25 ans	12	28,9	11,6	13
% d'hommes	81	78	94	76
% de personnes adressées par la justice	7	11	23	6
% de personnes ayant un emploi	33	34	37	39
% d'élèves et d'étudiants	5	4	4	2
% de personnes percevant le RMI	32	22	30	31
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	72	23	3	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	21	10	0	19

(1) Prises en charge en métropole avec mention d'un traitement de substitution et/ou d'opiacés en produit secondaire.

(2) Prises en charge en métropole sans mention de traitement de substitution ou d'opiacés en produit secondaire.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ⑩

tion ou avec des opiacés en produits secondaires a doublé, celui des usagers sans association avec des opiacés a augmenté de 50 % et celui des usagers de crack dans les Antilles et en Guyane a légèrement diminué. À noter que, comme dans l'ensemble des recours (tous produits confondus), les pratiques d'injection au cours des trente derniers jours ont assez fortement diminué, en proportion, dans les deux premiers groupes (de 27 à 21 % dans le premier groupe et de 16 à 10 % pour le deuxième). Phénomène généralisé également, la consommation d'héroïne au cours des trente derniers jours est en baisse (de 27 à 18 %⁴), alors que celle de Subutex® est en augmentation (de 6 à 12 %).

Au total, les deux tiers, environ, de la croissance globale des recours liés à la cocaïne et au crack proviennent de l'augmentation du nombre des usagers polydépendants, la plupart sous traitement de substitution aux opiacés. L'augmentation de l'âge moyen dans tous les groupes, ainsi que la tendance à la baisse du pourcentage de premiers recours et des moins de

25 ans montrent que l'augmentation des recours liés à la cocaïne n'est que marginalement imputable aux plus jeunes usagers.

Morbidité et mortalité

La consommation de cocaïne peut être à l'origine de décès par surdoses et de différentes pathologies (endocardites, accidents vasculaires cérébraux, manifestations psychiatriques). Comme pour les autres substances, on dispose de peu de données sur ces questions. Les chiffres disponibles concernent les décès par surdoses constatés par les services de police ⑩ et les prévalences des infections à VIH et VHC issues d'enquêtes auprès des usagers et des structures médico-sociales de prises en charge ⑩.

4. Le pourcentage s'applique aux personnes prises en charge pour usage de cocaïne et ayant consommé au moins un produit au cours des trente derniers jours.

Morbidité

La pratique de l'injection intraveineuse constitue le principal facteur de risque de transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues. Dans les prises en charge liées à la cocaïne, comme il a été dit précédemment, les personnes pour lesquelles est mentionnée l'injection sont très majoritairement des usagers d'opiacés, le plus souvent sous traitement de substitution. On observe donc, à peu de choses près, les mêmes prévalences que pour les usagers d'opiacés en produit primaire.

Comme pour l'ensemble des usagers d'opiacés, la prévalence du VIH est en baisse et celle du VHC en augmentation.

Mortalité

En 2000, selon les services de police, la cocaïne a été directement à l'origine de 11 décès sur les 120 décès par surdoses enregistrés au total. L'analyse de cinq de ces décès a révélé la présence d'autres substances (cannabis, champignons hallucinogènes, crack, ecstasy ou héroïne). Le crack apparaît comme la cause principale d'une surdose.

Le nombre de décès liés à la cocaïne a fluctué au cours des quinze dernières années et est pour la première fois supérieur à dix cas. Dans un contexte de forte diminution des décès liés à l'héroïne au cours des années 1990, la part relative de la cocaïne a eu tendance à augmenter. La présence de cocaïne a également été décelée en 2000 dans cinq cas de décès directement liés à l'héroïne ou à la méthadone.

Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les personnes prises en charge en 1997 et 1999 pour usage de cocaïne en produit primaire dans les établissements spécialisés

	1997	1999
Prévalence du VIH chez les personnes ayant pratiqué l'injection (actuellement ou antérieurement) en % du nombre de sérologies connues	20 (N = 165)	14,9 (N = 329)
% de sérologies inconnues	23 (N = 213)	16,1 (N = 392)
Prévalence du VHC chez les personnes ayant pratiqué l'injection (actuellement ou antérieurement) en % du nombre de sérologies connues	53,3 (N = 149)	59,7 (N = 315)
% de sérologies connues	30 (N = 213)	19,7 (N = 392)

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ⑩

Conséquences pénales de l'usage de cocaïne et de crack

L'usage de cocaïne et de crack, comme de toute drogue illicite, peut conduire à des interpellations et à des suites pénales. Seules les interpellations peuvent être décrites. Les condamnations et incarcérations ne mentionnant pas le produit en cause ne peuvent être traitées ici.

Interpellations pour usage en 2000

Au cours de l'année 2000, les services répressifs ont enregistré près de 2 000 interpellations pour usage simple de cocaïne, ce qui représente 2,3 %

de l'ensemble des interpellations pour usage simple (2). En comptant les usagers-revendeurs, cette proportion s'établit à 2,5 %. La cocaïne est le troisième produit à l'origine des interpellations d'usagers en France, mais se situe bien derrière le cannabis (87,3 % des interpellations d'usagers) et derrière l'héroïne (6,2 %).

Les interpellations pour usage de crack sont nettement moins nombreuses (869 en 2000) et correspondent à moins de 1 % des interpellations pour usage. On peut noter qu'un tiers environ de ces interpellations s'est produit dans la petite couronne et un autre tiers aux Antilles et en Guyane.

Comme pour les autres produits, la majorité des personnes interpellées pour usage ou usage-revente de cocaïne ne l'a été qu'une seule fois au cours de l'année 1999 (85 % d'entre elles). La plupart de celles arrêtées plusieurs fois l'ont été pour

l'usage ou la détention d'un autre produit que la cocaïne, principalement le cannabis (145 personnes) et l'héroïne (99 personnes).

Évolution des interpellations pour usage depuis 1990

La baisse des interpellations pour usage de cocaïne en 2000 (- 10 %) apparaît comme une rupture de la tendance à la hausse observée au cours de la décennie. Déjà, en 1999, la hausse avait été plus modeste que les années précédentes. Les interpellations d'usagers de crack ont augmenté de 7 % entre 1999 et 2000.

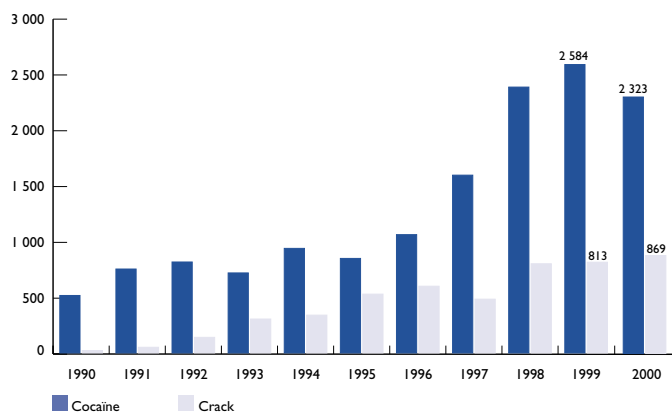
De 1990 à 1999, les interpellations pour usage de cocaïne ont été multipliées par cinq, progression plus rapide que pour l'ensemble des interpellations

Interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne et de crack, en 2000

	Cocaïne	Crack	Cocaïne et crack	Tous produits confondus
Usage simple	1 944	707	2 651	83 385
Usage-revente	379	162	541	10 954
Total	2 323	869	3 192	94 339

Source : FNAILS 2000, OCRNIS

Interpellations pour usage ou usage-revente de cocaïne ou de crack, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRNIS

tions d'usagers (elles-mêmes multipliées par trois). La croissance est également exceptionnelle pour le crack (+ 56 % en moyenne chaque année). Celle-ci est cependant liée pour partie à la phase d'introduction d'une nouvelle substance dans la nomenclature et à la faiblesse des effectifs en début de période. Il s'agit aussi d'une population très différente des autres usagers et certainement plus visible pour la police. Par ailleurs, on peut supposer l'existence d'un report des interpellations de cocaïne vers celles de crack dû à une meilleure connaissance du produit.

Il est trop tôt pour dire si la baisse observée en 2000 détermine une nouvelle tendance et si les interpellations pour usage de cocaïne ont atteint un seuil en 1999.

Caractéristiques des usagers interpellés

En 2000, les usagers de cocaïne et de crack sont les plus âgés des usagers interpellés : respectivement 29,6 et 31,3 ans contre 28,3 ans pour les usagers d'héroïne et 21,8 ans pour ceux de cannabis. Parmi les usagers de cocaïne et de crack interpellés, on ne compte que 63 mineurs, essentiellement des usagers de cocaïne.

Comme pour les usagers d'héroïne, la tendance au vieillissement de cette population se confirme depuis plusieurs années : les usagers de cocaïne interpellés en 1990 avaient en moyenne 27,9 ans. Pour les usagers de crack, cette tendance n'est visible que depuis 1995.

Les différences observées dans la répartition selon la situation professionnelle des usagers interpellés sont liées à l'âge : tout comme les usagers d'héroïne, ceux de cocaïne ou de crack sont plus nombreux que la moyenne à se déclarer sans profession (49 % des usagers de cocaïne et 73 % de ceux de crack) et moins nombreux en tant qu'étudiants ou lycéens (respectivement 6 et 2 %). Les données sont inversées pour les usagers de cannabis qui sont pratiquement pour un tiers sans profession et pour un autre tiers étudiants ou lycéens.

Près de 82 % des usagers de cocaïne interpellés sont des hommes, proportion légèrement moindre que celle observée chez les usagers de crack (86 %) ou les autres usagers interpellés. Elle évolue peu au fil des ans.

Enfin, en ce qui concerne leur nationalité, les usagers de cocaïne ou de crack sont en majorité Français, comme tous les usagers interpellés. Mais la part d'étrangers est plus importante chez les usagers de crack que chez n'importe lequel des autres usagers interpellés : ils représentent 13 % en 2000.

Offre et trafic de cocaïne et de crack

L'offre internationale et nationale de cocaïne et de crack est examinée principalement à travers les saisies recensées par les services internationaux et nationaux. L'offre de proximité est décrite par des observations de terrain.

ropéen (au sens géographique) est devenu, au cours des années 1990, une destination de plus en plus prisée pour la cocaïne, comme paraît le suggérer l'augmentation régulière des saisies.

Trafic international et voies d'approvisionnement de la France

En 1999, 43 tonnes de cocaïne ont été saisies en Europe de l'Ouest (INTERPOL, 2000). Le marché eu-

Quantités de cocaïne saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999

(en tonnes)						
1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
17,3	29,4	21,0	31,2	38,8	36,1	44,1

Sources : UNODCCP

Cette tendance ascendante ne peut être attribuée à la hausse de la production, car l'offre mondiale annuelle de chlorhydrate de cocaïne en provenance d'Amérique du Sud est restée relativement stable au cours des cinq dernières années : autour de 800 tonnes par an dont 200 à 300 sont saisies d'après INTERPOL (INTERPOL, 2000). L'afflux de cocaïne en Europe est plutôt la conséquence de la saturation du marché des États-Unis – destination traditionnelle de la production – qui a poussé les trafiquants à chercher de nouveaux marchés.

La cocaïne arrive en Europe principalement par l'Espagne et les Pays-Bas, le plus souvent après un transit par les Caraïbes. Soixante-trois pour cent des saisies de 1997-1998 ont transité par cette région.

Les quantités de chlorhydrate de cocaïne saisies en France ont été de 1 311 kg en 2000, enregistrant ainsi une baisse de 64 % par rapport à l'année précédente alors que le nombre de saisies est resté stable (autour de 1 800) ²⁸. Cette apparente diminution du trafic est probablement artificielle et tient au fait que l'année 1999 avait été marquée par trois saisies exceptionnelles représentant au total plus de 2 400 kg. Si l'on compare les dernières saisies à celle de 1998, on observe une hausse (de plus de 25 %), ce qui semble plus s'inscrire dans la tendance observée par ailleurs (augmentation de la consommation et plus grande disponibilité dans certains milieux). Les quantités de cocaïne saisies annuellement sont toujours sujettes à de fortes variations du fait de prises souvent très importantes.

En 2000, une grande partie de la cocaïne saisie en France provient du Brésil et du Venezuela via les Pays-Bas, qui apparaissent comme un nouveau point d'entrée important (22 % des quantités saisies et dont la provenance est identifiée en 2000 contre 4 % en 1999).

Les principaux pays de destination restent, sauf années exceptionnelles, la France, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, l'Italie et, moins en 2000, l'Espagne, avec respectivement 25, 18, 16, 15 et 3 % des quantités saisies dont la destination a été identifiée. Le fait nouveau est l'émergence d'une filière d'Afrique noire avec près de 100 kg destinés au Togo et à la Côte-d'Ivoire.

Il est difficile de parler d'offre internationale de crack, puisque celui-ci est le plus souvent fabriqué sur place à partir du chlorhydrate de cocaïne. Avec 22 kg, les quantités de crack saisies ont doublé par rapport à 1999. Cependant, on observe que 12 kg proviennent d'une seule saisie réalisée à la Martinique ²⁹. Des quantités croissantes de crack sont saisies chaque année, principalement en provenance des Antilles. Le nombre de saisies augmente aussi régulièrement (325 en 1995 et 472 en 2000).

En France comme en Europe, l'importation de cocaïne n'est pas le fait de grandes organisations criminelles, mais d'associations de malfaiteurs plus occasionnelles ou d'entreprises commerciales ayant des activités licites (OGD, 2000). De même, une importante fraction du commerce de détail est encore entre les mains d'un nombre relativement large d'individus ou de petits groupes (qui fournissent en cocaïne des « groupes d'amis ») et qui ne sont pas considérés comme des « opérateurs criminels ».

Cependant, quelques réseaux traditionnels de drogues turcs, kurdes, yougoslaves, kosovo-albains et marocains, en liaison avec des gangs colombiens, ont commencé à diversifier leurs activités, centrées à l'origine sur le haschisch et l'héroïne et incluant dorénavant la cocaïne (INTERPOL, 2000).

Trafiquants interpellés en France

En 2000, 1 088 trafiquants de cocaïne ont été appréhendés par les services répressifs, représentant 17 % de l'ensemble des trafiquants interpellés cette année-là ³⁰. Avec 200 interpellations, les trafiquants de crack correspondent à 3 % des cas recensés en 2000. Sur les dix dernières années, le nombre d'interpellations pour trafic de ces deux produits est à la hausse (+ 14 % en moyenne chaque année pour la cocaïne et + 38 % pour le crack).

Près de 40 % des interpellations pour cocaïne en 2000 concernent des trafiquants dits internationaux, c'est-à-dire mêlés à des activités d'importation ou d'exportation. Cette proportion est importante comparée à la moyenne tous produits confondus qui est de 19 % de trafiquants internationaux. À l'image de ce qui est observé à travers les données des saisies, le trafic de crack semble plus artisanal puisque 96 % des trafiquants interpellés en 2000 sont considérés comme des trafiquants locaux ou des revendeurs ³¹. Par ailleurs, comme pour les interpellations d'usagers, les actions de répression du trafic local s'effectuent principalement à Paris, aux Antilles et en Guyane (respectivement 64 et 32 % en 2000).

En 2000, un trafiquant international de cocaïne interpellé sur cinq est de nationalité française. Parmi les étrangers, les pays les plus représentés sont les Pays-Bas, le Brésil, l'Italie, la Grande-Bretagne, l'Espagne, le Surinam et la Colombie. Pour les trafiquants locaux, impliqués dans la direction d'un réseau de revente, la plupart d'entre eux (77 %) sont de nationalité française.

La composition du groupe des trafiquants de crack interpellés, peu nombreux, est un peu particulière par rapport aux autres produits, car la part des étrangers est assez importante : les trois quarts de ceux interpellés en 2000 sont, pour la plupart, originaires de pays africains (Gabon mais aussi Somalie et Sénégal) et, dans une moindre mesure, de Guyane et du Surinam. Le trafic de crack semble avoir été développé par les Antillais (impossible à dénombrer), relayés par la communauté africaine depuis plusieurs années maintenant.

Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité

Les données présentées ici sont issues du dispositif d'observation TREND ³² pour la disponibilité et le prix et des laboratoires de la police et de la douane pour la composition des échantillons saisis.

Disponibilité

Depuis la mise en place du dispositif TREND en 1999, les données convergent pour indiquer une augmentation nette de la disponibilité de la cocaïne sur l'ensemble des sites métropolitains.

Dans l'espace festif techno, malgré certaines différences entre les régions et les manifestations, la disponibilité de la cocaïne est en hausse.

Accessible jadis dans des espaces privés connus uniquement des initiés, ce petit trafic investit de plus en plus les espaces publics. Sur certains sites, il n'est plus nécessaire de faire appel à des intermédiaires pour se procurer de la cocaïne.

Quantités de cocaïne et de crack saisies en France, de 1990 à 2000

(en kg)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cocaïne	1 845	831	1 625	1 715	4 743	865	1 742	844	1 051	3 687	1 311
Crack	0	0,4	1,9	5,2	10,2	8,6	10,5	16,3	25,1	10,6	22,2

Source : FNAILS, OCRTIS ³³

Interpellations pour trafic de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cocaïne	397	537	448	383	541	376	623	711	789	1 003	1 088
Crack	16	25	59	60	116	73	98	100	183	185	200
Tous produits	5 198	5 303	5 982	6 451	7 179	7 107	8 412	6 560	5 541	5 506	6 531

Source : FNAILS, OCRTIS ³³

Ce phénomène est en partie lié aux remaniements observés dans les réseaux du petit trafic de cannabis et d'héroïne. Certains petits revendeurs ont commencé, en effet, à vendre également de la cocaïne tandis que d'autres s'orientaient progressivement vers la vente exclusive de celle-ci. Le petit trafic de cocaïne tout comme sa consommation demeurent cependant faiblement visibles. Aucune **scène ouverte** du chlorhydrate de cocaïne sur les sites TREND n'a été constatée. En revanche, à Paris, aux Antilles et en Guyane, il existe, depuis le début des années 1990, des scènes ouvertes de la cocaïne base (crack). Notons qu'au sein de l'espace festif techno, parallèlement à la diffusion du chlorhydrate de cocaïne, se développe la fabrication artisanale de cocaïne base.

Compte tenu de ses modalités de fabrication⁵, la disponibilité du crack va de pair avec celle de la cocaïne. Ainsi, la consommation de crack est signalée dans la totalité des sites TREND à l'exception de l'île de la Réunion où la cocaïne elle-même est très rare. La quasi-absence de deal de rue de crack sur les sites (à l'exception de Paris, des Antilles et de la Guyane) contribue à réduire la visibilité du phénomène. C'est uniquement dans ces quatre départements que le petit trafic atteint un degré élevé d'organisation et de structuration. En témoignent la régularité de l'approvisionnement et la stabilité relative des prix.

Prix

Comparé au niveau atteint il y a quelques années (entre 800 et 1 200 F le gramme), le prix de la cocaïne a baissé. Au cours des années 1999 et 2000, le prix moyen relevé dans les sites TREND de métropole reste stable autour de 500 à 600 F. Dans l'espace festif techno, le prix du gramme est également stable et se négocie, en fonction de la qualité, entre 350 et 600 F. Pour ce qui est du crack, les prix sont variables : entre 4 et 10 F la dose en Guyane, 10 et 20 F à la Martinique et de 40 à 50 F à Paris.

Qualité

Le taux de pureté de la cocaïne (chlorhydrate et base) saisie par les services de la police nationale et de la douane enregistre une baisse entre 1998 et 2000. Entre 1999 et 2000, la part des échantillons, dont le taux de pureté est élevé (entre 50 et 100 %), diminue de 16 %. Ces résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où ils sont la résultante des taux de pureté des échantillons de cocaïne circulant en France, mais également des stratégies et des pratiques des services répressifs.

Toujours sur la base des échantillons saisis, on relève que les produits de coupage les plus courants sont le mannitol, le lactose, la caféine, la cocaïne et la lidocaïne.

Taux de pureté des échantillons de cocaïne et de crack saisis par la police nationale et la douane, de 1998 à 2000

	1998		1999		2000	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
0-20 %	15	2 %	15	2 %	42	5 %
20-50 %	106	13 %	99	15 %	201	25 %
50-100 %	670	85 %	522	83 %	543	70 %
Total	791	100 %	636	100 %	786	100 %

Source : TREND, OFDT (données fournies par le laboratoire scientifique de la police de Lyon et le laboratoire interrégional de la douane de Paris) ③

5. Le crack se fabrique à partir de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre).

Géographie de la consommation de cocaïne et de crack

Approche régionale

Les effectifs des enquêtes en population générale sont trop faibles pour représenter le phénomène de consommation dans son aspect géographique. Seule la région Sud-Ouest a pour la cocaïne une prévalence au cours de la vie légèrement supérieure à celle de l'ensemble des autres régions (1,9 % vs 0,8 %) à 17 ans ④.

Les conséquences sociosanitaires ou pénales de l'usage de cocaïne et de crack dans les régions sont abordées à travers les données sur les prises en charge du mois de novembre ① et à travers celles sur les interpellations ②.

Demandes de traitement

Dans la plupart des régions, la cocaïne (hors crack) représente une proportion des prises en charge proche de la moyenne nationale (3,6 %).

On peut néanmoins mentionner le cas du Languedoc-Roussillon où la cocaïne représente 7 % des prises en charge de la région, de la Lorraine (6,0 %) et de la région PACA (5,7 %), où les proportions sont bien supérieures à la moyenne nationale (3,6 %). La cocaïne est en revanche un peu sous-représentée dans la région Rhône-Alpes (2,4 %), l'Alsace (2,5 %), la Bretagne (2,5 %) et la région Poitou-Charentes (2,6 %). Elle est totalement absente dans les prises en charge à la Réunion.

Par rapport à 1997, les prises en charge liées à la cocaïne augmentent dans toutes les régions. Cette croissance est cependant particulièrement forte dans les régions Languedoc-Roussillon et PACA où les recours ont été presque multipliés par trois.

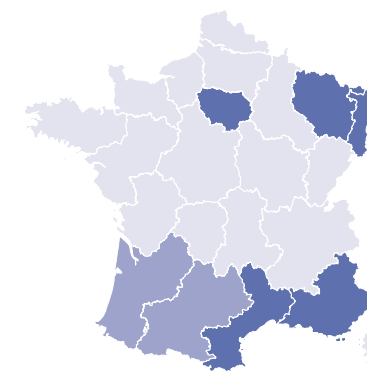
Contrairement à la cocaïne, les prises en charge d'usagers de crack, en tant que tels⁶, sont très localisées et apparaissent presque uniquement dans les régions Antilles-Guyane (42 % de l'ensemble des prises en charge pour cocaïne) et Ile-de-France

(45 %). Cette très forte localisation est confirmée par les observations de terrain du dispositif de surveillance TREND ③ qui révèle que le trafic de crack n'apparaît qu'à Paris, aux Antilles et en Guyane et par les sources policières (voir infra).

Interpellations

Les interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne sont assez concentrées puisque la moitié d'entre elles a lieu sur deux régions : l'Ile-de-France (29 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (21 %). Ces régions font également partie de celles qui enregistrent le plus d'interpellations d'usagers tous produits confondus.

Interpellations d'usagers de cocaïne en 2000, par région



■ 15 % ou + au-dessus de la moyenne nationale
■ Moyenne nationale (± 15 %)
■ 15 % ou - en dessous de la moyenne nationale

Moyenne nationale : 13,2 interpellations pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans.

Source : FNALS 2000, OCRIS ③

6. Il est probable que la consommation de cocaïne fumée ne soit pas systématiquement répertoriée comme usage de crack, car les observations de terrain laissent suggérer une diffusion plus large sur le territoire [TREND].

Ces deux régions se distinguent aussi par l'importance des interpellations de cocaïne lorsque l'on rapporte les interpellations à la population la plus concernée par ces consommations. Plus généralement, toutes les régions du Sud (Sud-Est ou Sud-Ouest) ressortent, probablement du fait de leur proximité avec l'Espagne où la disponibilité de la cocaïne est grande.

Les interpellations d'usagers de crack sont très localisées puisqu'en 2000 elles ont été effectuées pour plus de la moitié en Ile-de-France (41 % à Paris et 10 % en Seine-Saint-Denis) et plus de 40 % aux Antilles et en Guyane (25 % en Martinique, 13 % en Guyane et 5 % à la Guadeloupe).

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de cocaïne et de ses conséquences, les données étudiées proviennent du rapport annuel 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) ainsi que d'autres informations recueillies par cet organisme. Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell, et al., 2001).

Consommation en population générale

Chez les jeunes adultes, la cocaïne est nettement moins souvent consommée que le cannabis : de 1 à 6 % des individus âgés de 16 à 34 ans ont essayé la cocaïne. Cet usage semble inférieur à celui de l'ecstasy sur l'ensemble des années 1990. Au sein de cette population, la cocaïne vient le plus souvent en troisième position (avec en moyenne une prévalence au cours de la vie de 2 %).

Les chiffres des différents pays de l'Union européenne indiquent globalement une hausse de cet usage au cours des années 1990, qui semble ne plus être l'apanage d'un seul groupe social. En effet, on assiste à une « démocratisation » de la consommation de cocaïne et à son extension à une population plus large de consommateurs.

Au sein de la population scolaire, l'expérimentation de cocaïne des élèves français de 16 ans se situe légèrement au-dessus de la moyenne (2 % contre 1 %), pour les garçons comme pour les filles (Hibell, et al., 2001).

Demande de traitements

Comme en France, la cocaïne est un produit assez faiblement représenté, à la fin des années 1990, dans les demandes de traitement de la plupart des pays de l'Union européenne. D'après les dernières données disponibles, ce produit tient cependant une place particulièrement importante aux Pays-Bas (un peu plus de 20 % des prises en charge) ou en Espagne (11 %) et singulièrement faible en Grèce, au Danemark et en Irlande (entre 0 et 2 %) (OEDT, 2000). La France se place, avec l'Angleterre, l'Allemagne et l'Italie, dans le groupe intermédiaire de pays pour lesquels la part de la cocaïne se situe entre 3 et 7 %. Il n'est pas certain cependant que les profils des personnes prises en charge pour usage de cocaïne dans les différents pays sont toujours identiques. En Allemagne comme en France on trouve une forte association avec les opiacés, beaucoup moins fréquente en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas. Dans la plupart des pays européens, la part de la cocaïne dans les prises en charge était en augmentation à la fin des années 1990.

Interpellations

À l'inverse du cannabis ou de l'héroïne, la cocaïne n'apparaît pas comme le produit principalement en cause dans les interpellations liées à la drogue⁷ en Europe. En 1999, la cocaïne représente toujours moins de 10 % des interpellations pour usage ou possession.

Avec une proportion de 3 % d'interpellations pour usage/possession de cocaïne, la France est proche de l'Irlande (2 %), du Royaume-Uni (4 %) et du Portugal (5 %). Les proportions les plus fortes sont enregistrées en Allemagne (9 %), en Autriche (8 %), en Italie (7 %) et au Luxembourg (6 %).

Le Royaume-Uni signale 829 interpellations pour usage ou possession de crack que l'on peut rapprocher des 813 interpellations en France. Dans les deux cas, le crack représente moins de 1 % des interpellations d'usagers.

7. Le terme « interpellations liées à la drogue » renvoie à des définitions très différentes suivant les pays. Le motif d'interpellation et le produit ne sont pas toujours renseignés.

Pour en savoir plus

- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- DOMIC (Z.), RICHARD (D.), SENON (J.-L.), INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), « La cocaïne », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1996, p. 1-34.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle), *Rapport sur le trafic de cocaïne dans le monde - 2000 (données 1999)*, Lyon, INTERPOL, 2000, 33 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.
- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.
- OGD (Observatoire géopolitique des drogues), *La géopolitique mondiale des drogues 1998-1999*, Paris, OGD, 2000, 262 p. (www.ogd.org).
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- THIRION (X.), BARRAU (K.), MICALLEF (J.), HARAMBURU (F.), LOWENSTEIN (W.), SANMARCO (J.-L.), « Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins : le programme OPPIDUM des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance », *Annale de médecine interne*, vol. 151, supp. A, 2000, p. A10-A17.
- UNODCCP (Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime), *Tendances mondiales des drogues illicites 2001*, New York, Nations unies, 2001, 282 p.

Approche par produit



Alcool	71
Cannabis	95
Cocaïne et crack	115
Ecstasy et autres amphétamines	135
Héroïne et autres opiacés	155
LSD, champignons et autres hallucinogènes	179
Médicaments psychotropes	195
Produits dopants	213
Tabac	227
Polyconsommation	251

Ecstasy et autres amphétamines

Repères	136
Consommations d'ecstasy et d'amphétamines dans la population française	138
<i>Expérimentation en population générale adulte</i>	138
<i>Expérimentation à l'adolescence</i>	139
<i>Observations de terrain</i>	140
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'ecstasy et d'amphétamines	141
<i>Demandes de traitement</i>	141
<i>Caractéristiques des personnes prises en charge</i>	142
<i>Morbidité et mortalité</i>	143
Conséquences pénales de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines	143
<i>Interpellations pour usage en 2000</i>	143
<i>Évolution des interpellations pour usage depuis 1990</i>	144
<i>Caractéristiques des usagers interpellés</i>	145
Offre et trafic d'ecstasy et d'amphétamines	146
<i>Trafic international et voies d'approvisionnement de la France</i>	146
<i>Trafiquants interpellés en France</i>	147
<i>Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité</i>	148
Géographie de la consommation d'ecstasy et d'amphétamines	149
<i>Approche régionale</i>	149
<i>Approche européenne</i>	150
Pour en savoir plus	152

Repères

Consommation

- La consommation d'ecstasy est apparue en France au début des années 1990 et se révèle depuis en progression. Son expérimentation et plus encore son usage actuel restent néanmoins relativement limités. Elle semble circonscrite aux jeunes adultes et à des contextes festifs.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation d'ecstasy sont faibles (0,7 % pour les femmes et 2,2 % pour les hommes de 18-44 ans). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 7 % suivant le sexe et l'âge.
- La consommation d'amphétamines est plus ancienne mais, comme l'ecstasy, son expérimentation et son usage actuels restent limités.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation sont faibles chez les 18-44 ans (1,2 % pour les femmes et 2,3 % pour les hommes). Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 4 % suivant le sexe et l'âge.
- Les femmes sont moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté l'ecstasy et les amphétamines. Pour les deux sexes, les prévalences augmentent avec l'âge.
- La consommation d'ecstasy et d'amphétamines s'inscrit fréquemment dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les lieux festifs où ces produits sont associés à d'autres stimulants et à des produits hallucinogènes.

Conséquences sanitaires et sociales

- L'ecstasy et les amphétamines sont à l'origine d'un nombre très faible de prises en charge sanitaires ou sociales, qui semble s'être stabilisé au cours des dernières années.
- Les personnes prises en charge pour usage d'ecstasy ont un profil proche de celui des usagers de cannabis. Elles sont également jeunes. En revanche, elles sont plus polyconsommatrices que ces derniers.
- Les personnes prises en charge pour usage d'amphétamines ont des caractéristiques moyennes différentes de celles des usagers d'ecstasy. Elles sont notamment plus âgées et pratiquent plus fréquemment l'injection.

- On ne relève pas à l'heure actuelle de conséquences sanitaires graves de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines, en dehors de leur implication dans quelques cas exceptionnels de décès survenus depuis 1999 et en l'absence de données sur leur éventuelle implication dans les accidents de la route. Les expertises scientifiques disponibles en la matière signalent également des troubles psychiatriques et un potentiel de neurotoxicité à long terme liés à la consommation de l'ecstasy.

Conséquences pénales

- Les interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy augmentent très fortement au cours de la dernière décennie, à l'exclusion des années 1998 et 1999. Elles restent très minoritaires comparées à l'ensemble des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants (1 900 contre 94 300). Les interpellations liées aux amphétamines restent relativement stables et marginales (une centaine).
- Les usagers d'ecstasy interpellés sont plus proches de ceux de cannabis que de ceux d'héroïne ou cocaïne. Ils sont jeunes, âgés principalement entre 18 et 25 ans.

Offre et trafic

- Après une très forte progression dans la première moitié des années 1990, les saisies d'ecstasy semblent se stabiliser.
- L'ecstasy et les amphétamines sont très accessibles dans l'espace festif. Le prix de ces produits a eu tendance à baisser au cours des dernières années.
- Le terme générique d'ecstasy couvre en fait une très grande diversité de produits. Les pilules vendues sous ce nom ne contiennent pas toujours la substance active recherchée (MDMA), mais souvent plusieurs substances actives dont l'interaction est mal connue, notamment différents médicaments détournés de leur usage normal. Quand la MDMA est présente, les dosages sont très variables.

Consommations d'ecstasy et d'amphétamines dans la population française

La consommation d'ecstasy et d'amphétamines dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les tendances qui se dégagent de ces enquêtes sont corroborées par des informations de terrain, sur le profil des consommateurs et leurs modes d'usage.

La consommation d'ecstasy et d'amphétamines étant rare en population adulte, seule son expérimentation sera considérée ici. En revanche, chez les adolescents, l'usage récent d'ecstasy est également abordé.

Les représentations de l'ecstasy et des amphétamines au sein de la population française apparaissent moins claires que celles sur d'autres produits tels que la cocaïne ou l'héroïne. Celles relatives à l'ecstasy révèlent soit une méconnaissance totale du produit, soit des incertitudes sur les effets, entre « pilule de l'amour », fort stimulant, et produit dangereux pour la santé. Les amphétamines ne sont pas systématiquement assimilées à des drogues en raison de leurs utilisations encore récentes en tant que coupe-faim ou stimulant. Aujourd'hui, ces produits ont toutefois été retirés du marché.

Expérimentation en population générale adulte

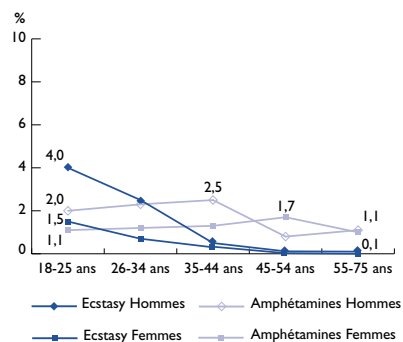
En population générale adulte, l'expérimentation d'ecstasy reste rare et concerne principalement les jeunes adultes. Cette consommation est à prédominance masculine.

Au cours des dernières années, une nette tendance à l'augmentation se dégage. Chez les 18-44 ans, entre 1995 et 1999, l'expérimentation d'amphétamines et/ou d'ecstasy est passé de 0,7 % à

1,6 % chez les femmes et de 1,8 % à 3,5 % chez les hommes. Ces données sont corroborées par des observations de terrain qui révèlent une diffusion en expansion de ces produits, notamment des usages dans le cadre d'événements festifs.

Au-delà de 44 ans, le taux d'expérimentation est extrêmement faible pour l'ecstasy mais est légèrement supérieur pour les amphétamines. Les femmes font toutefois exception sur ce point, l'expérimentation apparaissant chez elles relativement stable pour toutes les tranches d'âge. Ceci pourrait être dû à l'utilisation des amphétamines comme coupe-faim dans le cadre de régimes alimentaires.

Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamines en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Parmi les adultes, l'expérimentation d'ecstasy ou d'amphétamines dépend peu des catégories socioprofessionnelles. Les ménages les plus concernés semblent être aisés, mais la question du revenu a donné lieu à de nombreuses non-ré-

ponses. Enfin, il est à noter que l'expérimentation est fréquemment associée à un niveau d'étude plutôt élevé.

L'apparition de l'ecstasy a pu être mise en évidence au milieu des années 1990. En 1995, lors de l'enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection réalisée par le service de santé des armées sur de jeunes appelés, 0,5 % d'entre eux avait déclaré avoir expérimenté l'ecstasy. Dans une enquête similaire menée en 1996, 5,1 % déclaraient en avoir déjà pris au cours de leur vie (Louboutin-Croc et al., 1997).

Expérimentation à l'adolescence

Chez les jeunes scolarisés, 1,8 % des filles et 3,4 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris de l'ecstasy au cours de leur vie. L'expérimentation des amphétamines se situe à un niveau très proche et se révèle stable depuis 1993.

Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamines chez les 14-18 ans scolarisés en 1993 et 1999, par sexe (en %)

	Amphétamines		Ecstasy *	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
1993	1,6	3,0	-	-
1999	1,6	3,0	1,8	3,4

* Question non posée en 1993.

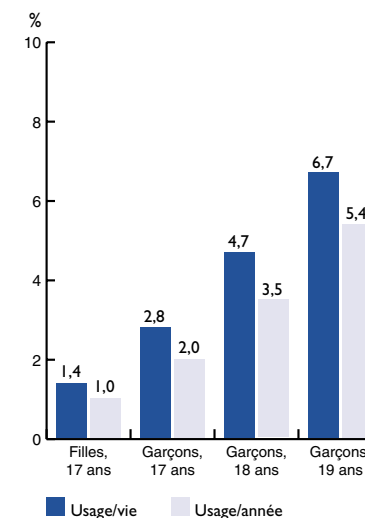
Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999, INSERM/OFD/MENRT

La progression de l'ecstasy est rendue visible grâce à une enquête conduite en 1983, 1991 et 1998 dans les lycées parisiens. Elle montre que 3 % des lycéens ont déjà essayé l'ecstasy en 1998 contre 0,1 % en 1991 (De Peretti et al., 1999).

À la fin de l'adolescence, pour les deux produits, les prévalences sont également plus élevées chez les garçons que chez les filles. Elles augmentent avec l'âge chez ces derniers entre 17 et 19 ans. Plus de la moitié des adolescents en ayant pris au cours de l'année ne l'a fait qu'à une ou deux reprises. Ceux qui déclarent avoir consommé plus de

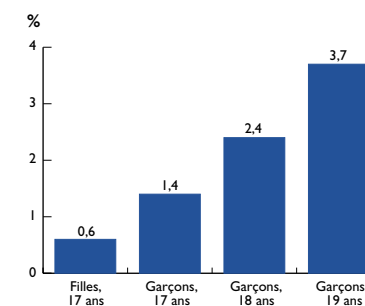
dix fois de l'ecstasy au cours de l'année représentent moins de 15 % des expérimentateurs de cette substance (6 % chez les filles de 17 ans). Cette proportion est faible en regard de celle observée pour le cannabis, mais plus importante que pour la majorité des autres produits.

Fréquence de la consommation d'ecstasy chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT

Fréquence de l'expérimentation d'amphétamines chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT

Les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté les amphétamines ou l'ecstasy que les autres ③. Parmi les scolaires, l'âge, le sexe (être un garçon) et le redoublement sont associés à l'expérimentation de l'ecstasy comme à celle des amphétamines. En revanche, la filière suivie joue différemment selon le produit considéré. Suivre une filière professionnelle est associé à l'expérimentation et à la consommation, dans l'année, d'ecstasy, ce qui n'est pas le cas pour les amphétamines. Par ailleurs, les jeunes ayant déjà pris un de ces produits sont nettement plus souvent consommateurs répétés d'alcool, de cannabis et de tabac que les autres.

Bien que les expérimentations d'ecstasy ou d'amphétamines ne concernent qu'une faible proportion des jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno (9,5 % ont déjà pris de l'ecstasy et 4,3 % des amphétamines), elles sont beaucoup plus fréquentes que parmi les jeunes qui ne s'y sont jamais rendus (moins de 1 % pour les deux produits). Ces relations restent très nettes parmi les scolarisés, à sexe, âge, filière scolaire et redoublement contrôlés et s'accroissent encore chez les jeunes sortis du système scolaire ③.

Observations de terrain

Ces données sont issues du dispositif TREND ③ fonctionnant sur treize sites en France ainsi que lors d'événements festifs techno.

Profil des consommateurs

Quatre profils de consommateurs d'ecstasy sont identifiés, particulièrement dans le milieu techno :

- une population composée essentiellement de jeunes plus ou moins socialement insérés : étudiants, salariés, stagiaires. Il s'agit du profil dominant lors des événements festifs autorisés payants ;
- des personnes généralement bien insérées socialement, pas nécessairement jeunes, habituées des discothèques ;

- des personnes relevant de milieux socio-économiques défavorisés. Cette fraction des consommateurs fréquente plutôt les événements non autorisés (*free-party* et *teknivals*) ;

- des personnes très désocialisées, en errance, vivant en groupe, qui fréquentent principalement les grands festivals de musique sur lesquels sont venus se greffer depuis quelques années les *teknivals*.

S'agissant des amphétamines, les consommateurs dans l'espace festif techno présentent le même profil que ceux d'ecstasy.

Modes d'usage

Les comprimés d'ecstasy sont généralement ingurgités, « gobés ». Certains les dissolvent dans un liquide avant absorption. L'usage de la voie nasale (poudre, comprimé écrasé) semble en augmentation. De rares cas d'injection sont également signalés.

Dans le milieu des usagers de rue marginalisés, les amphétamines sont le plus souvent injectées ou avalées. En revanche, dans le milieu festif techno, celles-ci sont majoritairement prisées (sniffées) ou avalées. Une petite minorité s'injecte les amphétamines ou les fume.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'ecstasy et d'amphétamines

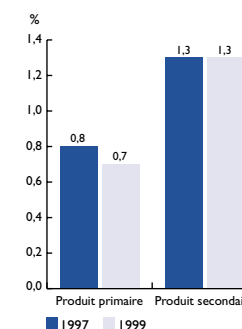
L'usage d'ecstasy conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soin médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) d'ecstasy et d'amphétamines. Les conséquences de l'usage d'ecstasy en termes de morbidité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées sont, dans la plupart des cas, recueillies auprès des usagers par les institutions de prises en charge.

Demandes de traitement

L'ecstasy est à l'origine d'un nombre très faible de prises en charge en produit primaire comme en produit secondaire. Cette proportion n'a presque pas varié entre 1997 et 1999 ④. La fin des années 1990 a pourtant été perçue comme une période de diffusion de ce produit, au-delà même de la sphère des fêtes techno. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer le faible nombre de recours liés à ce produit. Il est tout d'abord possible que la consommation d'ecstasy n'occasionne des problèmes de santé à court terme nécessitant une prise en charge que dans un nombre assez faible de cas. On peut cependant aussi faire l'hypothèse que les usagers en difficulté avec ce produit s'adressent en plus grand nombre à un médecin généraliste, même si les données actuellement disponibles ne permettent pas de le confirmer. Il a également été envisagé que ces personnes aient pu avoir spécifiquement recours aux services d'urgence des hôpitaux¹. Dans une étude portant sur près de 1 000 patients vus dans trois services d'urgence à Paris, un peu plus de 3 % d'usagers d'ecstasy ont été recensés

(Pezous et al., 2001), proportion qui reste dans le même ordre de grandeur que celle observée pour les prises en charge.

Part de l'ecstasy dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogue, en 1997 et 1999



Il s'agit de l'ensemble des recours dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, hors double compte, avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge citée (voir annexe méthodologique).
N = 18 075 en 1997 et N = 19 564 en 1999

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS ④

Les amphétamines sont encore moins souvent citées que l'ecstasy. En novembre 1999, ce type de substance était à l'origine de 0,4 % des prises en charge en produit primaire et de 0,6 % en produit secondaire. Le nombre de prises en charge liées à ces produits a baissé entre novembre 1997 et novembre 1999. Les effectifs étant très faibles, cette diminution est cependant difficile à interpréter.

1. Les services d'urgence ne font pas partie du champ de l'enquête nationale sur la prise en charge des usagers.

Caractéristiques des personnes prises en charge

Les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour usage d'ecstasy en produit primaire uniquement. Les produits secondaires cités sont, dans la plupart des cas, associés aux opiacés, cela en raison du poids prépondérant de cette famille de produits dans les recours. Les caractéristiques des usagers mentionnant l'ecstasy comme produit secondaire sont donc à peu près celles des usagers d'opiacés, aspect décrit par ailleurs.

En novembre 1999

Par leur âge moyen beaucoup plus faible que dans l'ensemble des recours (24,3 ans) et une proportion de premiers recours très élevée (64 %), les personnes prises en charge pour usage d'ecstasy présentent de fortes similitudes avec les usagers de cannabis. La proportion de ces usagers adressés par la justice aux structures de soins est également notable (17 %), ce qui est lié, comme pour le cannabis, à l'âge et à l'importance des premiers recours.

En effet, les procureurs utiliseront d'avantage les mesures d'*injonction thérapeutique* chez les jeunes usagers n'ayant pas ou peu été interpellés.

Ces prises en charge se caractérisent par une proportion élevée de cas avec association de produits : un produit secondaire est mentionné dans près de 80 % des cas avec une représentation assez forte du cannabis (27 % de cas) et du LSD (16 %), produit pourtant rarement cité. Dans leurs consommations récentes, ces usagers sont beaucoup moins centrés sur leur produit primaire que les usagers de cannabis : 52 % ont consommé de l'ecstasy au cours des trente derniers jours, 59 % du cannabis, 25 % des opiacés, 16 % de la cocaïne ou du crack. Il s'agit donc d'une population jeune, mais beaucoup plus polyconsommatrice que les usagers de cannabis.

Comme pour l'ensemble des produits, il existe dans ces prises en charge une petite minorité d'usagers d'opiacés sous traitement de substitution et ayant déjà pratiqué l'injection.

Les personnes prises en charge pour usage d'amphétamines ont des caractéristiques moyennes différentes de celles des usagers d'ecstasy. Leur âge moyen est en effet supérieur à 30

ans, et on trouve parmi eux une faible proportion de premiers recours (une personne sur quatre). En revanche, les pratiques d'injection concernent une proportion importante des prises en charge liées aux amphétamines (44 % des cas). Comme pour les prises en charge liées à la cocaïne, les opiacés en deuxième produit (21 % des cas) et les traitements de substitution (23 %) se rencontrent assez fréquemment.

Évolution 1997-1999

La seule variation perceptible au cours de cette période concerne la proportion d'élèves et d'étudiants pris en charge pour usage d'ecstasy qui chute de 29 à 10 %, avec, corrélativement, une augmentation importante de la proportion d'usagers ayant un emploi, stable ou instable. Cette évolution s'inscrit dans une tendance générale, tous produits confondus, qui traduit peut-être les répercussions globales de la situation de l'emploi, y compris chez les usagers de drogues pris en charge et peut être également l'impact positif de la substitution.

En ce qui concerne les prises en charge liées aux amphétamines, il est à noter l'augmentation de l'âge moyen (de 30,4 à 32,4) et la baisse de la proportion des personnes ayant pratiqué l'injection au cours des trente derniers jours (de 25,6 % à 10,6 %), cette dernière évolution étant commune à l'ensemble des produits.

Morbidité et mortalité

Selon les rapports produits en France à la fin des années 1990 sur l'état des connaissances relatives à l'ecstasy (Roques, 1999 ; INSERM, 1998), la consommation de cette substance présente un risque certain pour l'organisme humain, même si un nombre limité d'accidents attribués à cette substance a été relevé. Deux décès associés à la consommation d'ecstasy ont été recensés pour la première fois en 1999 par les services de police. En 2000, un seul cas est rapporté mais la présence d'ecstasy a également été décelée dans trois autres décès liés à l'héroïne, à la cocaïne ou à la méthadone ²³.

Des troubles psychiatriques (troubles du sommeil, troubles dépressifs, troubles psychotiques) consécutifs à la consommation d'ecstasy, en général associée à d'autres produits, ont également été décrits dans la littérature en France et à l'étranger (Roques, 1999). Les données nécessaires pour en mesurer l'ampleur ne sont en revanche pas disponibles à l'heure actuelle. Plusieurs recherches montrent aussi que l'ecstasy est susceptible de provoquer une dégénérescence des cellules nerveuses dont on ne sait pas si elles sont réversibles ou non. La possibilité de voir apparaître à long terme des maladies neurodégénératives chez les consommateurs réguliers d'ecstasy n'est donc pas exclue (Roques, 1999).

Profil des prises en charge liées à l'ecstasy, aux amphétamines et aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Ecstasy	Amphétamines	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	140	71	13 613
% de premiers recours	64	25	29
Âge moyen	24	32	31,5
% de moins de 25 ans	65	20	13
% d'hommes	86	69	76
% de personnes adressées par la justice	17	6	6
% de personnes ayant un emploi	42	31	39
% d'élèves et d'étudiants	10	4	2
% de personnes percevant le RMI	10	32	31
% de personnes avec cocaïne en produit secondaire	7	21	18
% de personnes sous traitement de substitution	14	23	75
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	18	44	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	5	11	19

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ²⁴

Conséquences pénales de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines

L'usage d'ecstasy et d'amphétamines, comme de toute drogue illicite, peut conduire à des interpellations et à des suites pénales. Seules les interpellations peuvent être décrites. Les condamnations et les incarcérations ne mentionnant pas le produit en cause ne peuvent être traitées ici.

Interpellations pour usage en 2000

En 2000, l'ecstasy est en cause dans près de 1 500 interpellations pour usage simple auxquelles s'ajoutent près de 500 interpellations pour usage-revente ²⁵. Ces données sont très supérieures à

celles de l'année 1999 au cours de laquelle 915 usagers d'ecstasy ont été interpellés. On compte également 9 interpellations pour usage simple de *khat* en 2000.

Les interpellations pour ecstasy représentent dorénavant 2 % de l'ensemble des *interpellations d'usagers*. Cette part, bien qu'en hausse, reste inférieure à celles du cannabis (87 %), de l'héroïne (6 %) ou encore de la cocaïne et du crack (3 %).

Les interpellations pour usage d'amphétamines sont encore moins nombreuses (121 en 2000). Il s'agit essentiellement d'affaires de simple usage (sans activité de revente).

Évolution des interpellations pour usage depuis 1990

La hausse des interpellations d'usagers d'ecstasy en 2000 bouleverse totalement la tendance observée ces dernières années.

Les premières interpellations liées à l'ecstasy ont été enregistrées en 1990. Leur croissance a été très importante dans un premier temps puisqu'elle a été multipliée par près de 40 entre 1990 et 1997. Comme pour le crack, cette progression est liée pour partie à la phase d'introduction d'une nouvelle substance dans la nomenclature et à la faiblesse des effectifs en début de période.

En 1998 intervient une première baisse (- 20 %), qui semble se confirmer en 1999 (- 7 %). Leur multiplication par plus de deux entre 1999 et 2000 vient rompre cette tendance. Cette hausse peut s'expliquer par une activité policière plus intense à l'encontre des *rave party* et par une plus grande sensibilisation des policiers à ce phénomène, puisque tous les indicateurs policiers sont à la hausse (saisies et

autres interpellations). Les tendances de consommation ne permettent pas d'expliquer les écarts annuels observés entre 1997 et 2000. En effet, la large diffusion de l'ecstasy a été constatée dès 1999.

Des données en provenance de la gendarmerie nationale sur le nombre de contrôles effectués dans le cadre de *raves* au cours de l'année 2000 indiquent bien une hausse du nombre de soirées portées à la connaissance des unités de la gendarmerie entre 1999 et 2000. Mais d'une part cette hausse est sans commune mesure avec celle des interpellations (+ 9 % de soirées détectées en plus) et surtout, les détections étaient plus importantes en 1997 et 1998.

Ces données ne permettent donc pas d'expliquer l'ampleur de la hausse des interpellations en 2000. On peut tout de même signaler un certain nombre d'indicateurs qui montrent une plus forte implication de la gendarmerie dans ce domaine en 2000 : le nombre d'infractions relatives aux stupéfiants a été multiplié par quatre et celles liées à l'usage par cinq, soit des facteurs multiplicatifs plus importants que pour les autres types d'infractions.

Par ailleurs, d'après les analyses issues du dispositif d'observation des tendances récentes TREND ³, la disponibilité de l'ecstasy se serait nettement accrue dans les lieux de revente traditionnels entre 1999 et 2000 alors qu'elle est restée

Nombre de soirées *rave* portées à la connaissance des unités de la gendarmerie, de 1997 à 2000

	1997	1998	1999	2000
	608	578	487	529

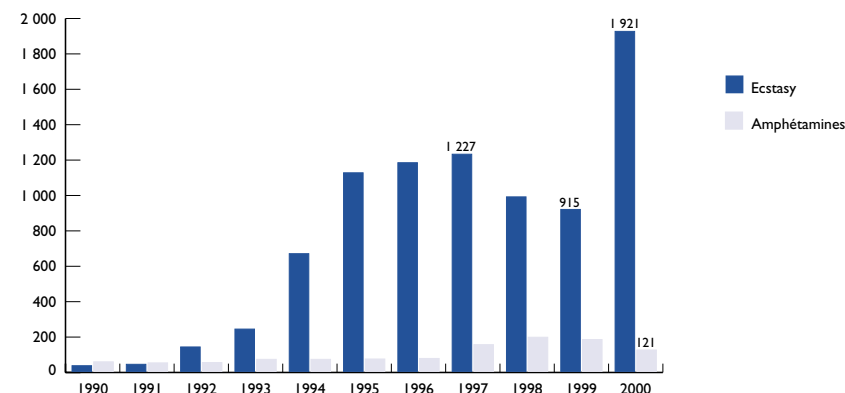
Source : Action de la Gendarmerie, STRDJ-DRJ (mars 2001)

Interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy et d'amphétamines, en 2000

	Ecstasy		Amphétamines		Tous produits confondus
	effectifs	% en ligne	effectifs	% en ligne	
Usage simple	1 432	1,8	103	0,1	83 385
Usage-revente	489	4,7	18	0,2	10 954
Total	1 921	2,1	121	0,1	94 339

Source : FNAILS 2000, OCRITIS ³

Interpellations pour usage ou usage-revente d'ecstasy et d'amphétamines, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRITIS ³

stable dans « l'espace festif » (fêtes techno) (Bello et al., 2001). Cette évolution pourrait expliquer en partie l'augmentation des interpellations, la police et la gendarmerie se retrouvant en terrain plus connu avec la vente de rue qu'avec le négoce au cours des *rave party*.

Les interpellations pour usage simple ou pour usage-revente d'amphétamines ne suivent pas la même tendance que celles d'ecstasy : relativement stables jusqu'en 1997 (entre 50 et 70 interpellations par an), elles ont fortement augmenté sur les trois dernières années alors qu'elles baissent à nouveau en 2000. Il faut dire que les effectifs relativement faibles sont plus sujets à de telles variations.

Caractéristiques des usagers interpellés

Les usagers d'ecstasy interpellés sont relativement jeunes (23,3 ans en moyenne en 2000), comparés aux usagers d'héroïne interpellés (28,3 ans) ou à ceux de cocaïne et crack (29,6 et 31,3 ans). Ils ont en revanche un an et demi de plus en moyenne que les usagers de cannabis.

Leur âge moyen peu élevé s'explique plutôt par la forte concentration de 18-25 ans que par la présence de mineurs (comme c'est le cas chez les usagers de cannabis interpellés). En effet, les 54 mineurs interpellés en 2000 pour usage d'ecstasy ne représentent que 3 % de l'ensemble de ces interpellations contre une proportion de mineurs de 15 % pour le cannabis.

La croissance des interpellations en 2000 a touché toutes les classes d'âge, mais leur âge moyen a tout de même légèrement augmenté (de 22,7 à 23,3 ans) et est à nouveau équivalent à celui observé chaque année depuis 1995.

Les usagers d'ecstasy interpellés sont également plus proches des usagers de cannabis de par leur appartenance socioprofessionnelle : un peu plus d'un tiers sont sans profession déclarée et environ un sur cinq est soit ouvrier, soit employé, soit encore étudiant ou lycéen. Ces derniers sont tout de même moins nombreux parmi les usagers d'ecstasy interpellés que parmi ceux de cannabis.

Environ 87 % des usagers d'ecstasy interpellés sont des hommes et 95 % sont des Français. Ces proportions sont proches de celles des autres usagers interpellés et varient peu d'une année à l'autre.

Avec un âge moyen de 24,5 ans en 2000, les usagers interpellés pour usage d'amphétamines sont plus âgés que ceux d'ecstasy. Ceci s'explique notamment par l'importance relative des plus de 30 ans. Leur répartition socioprofessionnelle est en

revanche très semblable (on compte simplement un peu plus d'usagers sans profession). Les usagers étrangers représentent 10 %, mais pour un effectif faible de 12 interpellations en 2000.

Offre et trafic d'ecstasy et d'amphétamines

L'offre internationale et nationale d'ecstasy et d'amphétamines est examinée principalement à travers les saisies recensées par les services internationaux et nationaux. L'offre de proximité est décrite par des observations de terrain.

Trafic international et voies d'approvisionnement de la France

En augmentation sur tous les continents, les saisies d'ecstasy demeurent principalement concentrées en Europe de l'Ouest. Celles d'autres stimulants de type amphétamine ont pratiquement triplé en 1999, du fait essentiellement d'un trafic plus intense en Asie.

En Europe de l'Ouest, les saisies d'ecstasy sont en hausse constante et 1999 apparaît comme une année record avec plus de 14 millions de comprimés saisis, soit près de trois fois plus que l'année précédente. Les saisies sont particulièrement importantes au Royaume-Uni, mais également aux Pays-Bas, en Allemagne et en Belgique.

INTERPOL considère que l'explosion des saisies en Europe n'est pas seulement liée à l'accroissement de la demande dans les pays européens, mais également à celui de la demande mondiale, l'Europe étant un lieu de production. En effet, en 1999, sur l'ensemble des comprimés d'ecstasy saisis en Europe, 1,6 million au moins était destiné à l'Amérique du Nord et 1 million à d'autres régions du monde.

En ce qui concerne les saisies d'amphétamines en Europe, après plusieurs années d'augmentation et un pic en 1998, une baisse globale s'est fait ressentir en 1999, qui a revêtu des proportions variables selon les pays (INTERPOL, 2000). Comme pour l'ecstasy, les Pays-Bas apparaissent comme la principale source de ce type de drogues.

En France, depuis 1990, les quantités d'ecstasy saisies ont souvent doublé d'une année à l'autre. L'explosion des saisies en France date de 1998, année au cours de laquelle les services de police ont saisi six fois plus d'ecstasy que l'année précédente, mais en un nombre de prises quasiment identiques. Le constat est le même en 1999 où 74 % des saisies ont été faites en dix prises importantes (de 20 000 à 580 000 comprimés).

En 2000, non seulement les quantités ont augmenté (de près de 23 %), mais le nombre de saisies également, passant de 649 à 1 409 ². Tous les indicateurs policiers sont donc à la hausse pour l'ecstasy en 2000.

Comme les années précédentes, l'ecstasy intercepté en 2000 provient essentiellement des Pays-Bas et de la Belgique. Pour la première fois, d'importantes saisies en provenance d'Allemagne ont été identifiées.

Les saisies d'amphétamines sont à la hausse si l'on y ajoute celles de méthamphétamines, produit recensé pour la première fois en 2000. L'origine de ces saisies est souvent indéterminée, mais la destination reste majoritairement la Grande-Bretagne.

Que ce soit le trafic d'ecstasy ou d'amphétamines, une des caractéristiques de ces filières est qu'elles sont multiproduits. Ainsi, lors de la plus im-

portante saisie de l'année 1999, 584 290 comprimés d'ecstasy avaient été découverts en même temps que 39 kg de cocaïne, 171 kg de marijuana et 239 kg de haschisch (OCRTIS, 2000).

Trafiants interpellés en France

À l'image des saisies, les interpellations pour trafic d'ecstasy ont pratiquement doublé en 2000. Par ailleurs, 17 trafiquants d'amphétamines ont été appréhendés par les services répressifs en France. Pris ensemble, ils représentent 5 % de l'ensemble des interpellations pour trafic.

La part des trafiquants interpellés liés à des activités d'importation et d'exportation (dits internationaux) est particulièrement élevée dans le cas du trafic d'ecstasy et d'amphétamines (respectivement 36 et 37 % contre une moyenne de 19 % tous produits confondus). Cela signifie peut-être que les réseaux de ces produits, du fait de la proximité des lieux de production avec ceux de consommation, sont beaucoup moins hiérarchisés et que leur sommet est donc plus facilement accessible pour les services répressifs. Mais cela peut également être le reflet de trafics plus mouvants, avec des produits circulant plus fréquemment à travers les frontières.

Les trafiquants d'ecstasy et d'amphétamines interpellés sont majoritairement français (65 % chacun en 2000). Parmi les trafiquants étrangers interpellés, de nombreux pays sont représentés dont, principalement, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne.

Quantités d'ecstasy et d'autres amphétamines saisies au niveau mondial et en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ecstasy (en milliers de comprimés) *							
Europe de l'Ouest	2 572	2 728	2 415	6 990	4 282	5 201	14 891
Monde	2 608	4 284	2 472	7 414	6 198	7 349	19 959
Stimulants de type amphétamine (en kg)							
Europe de l'Ouest	1 668	2 131	1 619	3 238	4 453	4 793	3 523
Monde	5 134	4 707	6 541	8 894	11 120	12 436	32 436

* Les données sont à traiter avec prudence car, en l'état actuel du questionnaire, aucune entrée spécifique à l'ecstasy n'est prévue. Certains pays peuvent rendre compte de ces saisies dans d'autres rubriques (stimulants de type amphétamine par exemple).

Sources : UNODCCP

Quantités d'ecstasy et d'amphétamines saisies en France, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ecstasy (en milliers de comprimés)	13	62	14	133	255	274	349	199	1 142	1 860	2 284
Amphétamines (en kg)	16	20	13	43	80	104	128	194	165	233	230*

* et 218 kg de méthamphétamines.

Source : FNAILS, OCRTIS ²

Interpellations pour trafic d'ecstasy et d'amphétamines, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ecstasy	13	31	27	47	126	276	233	208	199	169	312
Amphétamines	11	7	12	30	18	9	24	15	34	23	17
Tous produits	5 198	5 303	5 982	6 451	7 179	7 107	8 412	6 560	5 541	5 506	6 531

Source : FNAILS, OCRTIS ©

Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité

Les données présentées ici sont issues du dispositif d'observation TREND © pour la disponibilité et le prix, et de la base SINTES © pour la composition des échantillons collectés ou saisis.

Disponibilité

La disponibilité de l'ecstasy et de l'amphétamine en poudre (speed) dans les événements festifs techno s'est élargie ces dernières années.

Dans l'espace urbain, la plupart des observateurs TREND signalent l'extension de la diffusion de l'ecstasy et de l'amphétamine en poudre vers les lieux de vente traditionnels, en dehors de tout cadre festif.

Dans les départements d'outre-mer, l'ecstasy est peu disponible ou rare. La forme poudre des amphétamines, quant à elle, est rapportée comme étant totalement absente ou extrêmement rare.

Le petit trafic d'ecstasy, au sein de l'espace festif techno, serait l'œuvre d'une part de personnes participant à l'événement et, d'autre part, de petits trafiquants professionnels notamment de cannabis et de cocaïne, lesquels opèrent à la fois dans l'espace festif techno et dans les centres urbains.

Prix

Le prix moyen d'un comprimé d'ecstasy dans les événements festifs techno varie entre 50 et 150 F. Le prix courant, par ailleurs stable depuis plusieurs années, est proche de 100 F.

Le gramme d'amphétamines se négocie actuellement autour de 100 F, quelquefois moins. Ce prix a presque été divisé par deux ces dernières années.

Qualité

Au cours de l'année 2000, la MDMA est la molécule la plus souvent détectée dans les échantillons de la base SINTES. On la retrouve dans 67 % des échantillons tout-venant et dans 82 % des échantillons sous forme de comprimés.

Parmi les échantillons contenant de la MDMA, et disposant d'un dosage quantitatif (683), la quantité moyenne de MDMA par comprimé est de 75 mg. Les doses vont de 0,08 mg par comprimé jusqu'à 212 mg. Les trois cinquièmes des comprimés ont moins de 100 mg de MDMA. Huit comprimés (1,2 %) présentent un dosage supérieur ou égal à la plus faible dose létale connue (150 mg de MDMA).

L'amphétamine est la troisième molécule psychoactive la plus fréquemment retrouvée, dans la base SINTES au cours de l'année 2000, après la MDMA et la caféine. Les 88 échantillons se répartissent principalement sous forme de comprimés (n = 44) et de poudre (n = 42).

Les molécules les plus fréquemment associées à l'amphétamine sont la caféine (69 % des échantillons), la MDMA (13 %), la MDA (4 %) et la MDEA (2 %). Un dosage quantitatif de l'amphétamine est disponible pour 12 comprimés. La dose d'amphétamine est en moyenne de 14 mg et va de 1 mg au minimum à 50 mg au maximum, soit au-dessous de la plus petite dose létale connue (1,5 mg/kg soit 75 mg pour un adulte de 50 kg).

Géographie de la consommation d'ecstasy et d'amphétamines

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel de préparation à la défense ©.

Les conséquences sociosanitaires ou pénales de l'usage d'ecstasy et d'amphétamines dans les régions sont abordées à travers les données sur les prises en charge du mois de novembre © et à travers celles sur les interpellations ©.

Consommations à l'adolescence

La région où l'expérimentation d'amphétamines ou d'ecstasy est la plus forte est le Nord-Est (3,3 % contre 2,2 % dans l'ensemble des autres régions à 17 ans). Les écarts entre les différentes régions

sont ensuite très modestes, avec, dans l'ordre décroissant : le Centre-Est, le Sud-Est et le Sud-Ouest (tous à 2,6 %) et le Nord-Ouest (2,4 %) ; puis, en queue de peloton, se trouvent le Centre-Ouest (1,9 %), le Nord et la région parisienne (1,7 %) ©.

Demandes de traitement

Compte tenu de la faiblesse des effectifs, l'analyse par région est délicate. On peut néanmoins dire que dans les régions où les effectifs de prises en charge tous produits confondus sont importants (Ile-de-France, Nord, PACA, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Alsace, Lorraine), la part de l'ecstasy est proche de la moyenne nationale. Il n'y a pas de régions où l'ecstasy prendrait une place particulièrement importante dans les prises en charge.

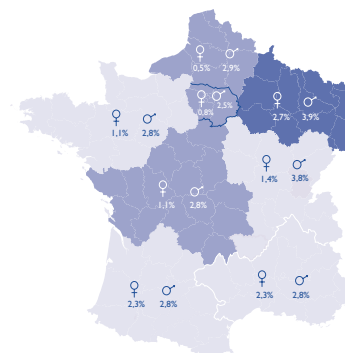
Interpellations

Les 1 900 interpellations pour usage ou usage-revente d'ecstasy constatées en 2000 se sont concentrées sur un petit nombre de régions qui ont chacune enregistré entre 100 et 400 interpellations ©. Les effectifs par département sont donc petits.

Rapportées à la population de la région la plus concernée par l'usage d'ecstasy (entre 20 et 39 ans), les interpellations apparaissent plus élevées dans trois régions : le Nord et la Lorraine, probablement du fait de leur situation frontalière avec des zones de fortes disponibilités (Belgique, en provenance notamment des Pays-Bas) et le Languedoc-Roussillon.

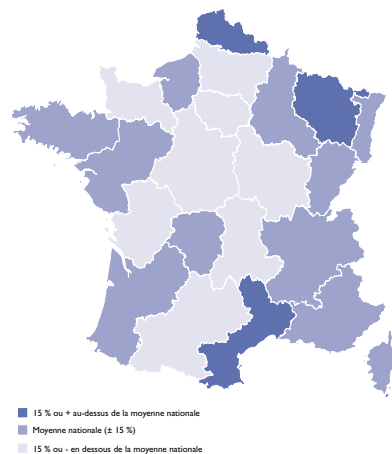
Aucune relation claire ne peut être établie entre le nombre d'interpellations d'utilisateurs enregistrés par l'ensemble des services répressifs et le nombre, par département, de soirées rave portées à la connaissance de la gendarmerie en 2000.

Prévalence de l'expérimentation d'amphétamines ou d'ecstasy à 17 ans en 2000, par région



Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

Interpellations d'usagers d'ecstasy en 2000, par région



Moyenne nationale : 1,1 interpellation pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

La carte régionale des interpellations de 1999 laissait apparaître un nombre plus grand de régions proches de la moyenne nationale. La dispersion des interpellations est donc plus importante en 2000 et peut être le signe d'une homogénéisation des pratiques policières, comme d'une diffusion de la consommation sur le territoire.

Les interpellations pour usage et usage-revente d'amphétamines ne sont pas assez nombreuses pour être représentées sur une carte. Les 121 enregistrées en 2000 se répartissent surtout sur cinq régions, qui enregistrent entre 10 et 30 interpellations.

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation d'ecstasy ou d'amphétamines et de ses conséquences, les données étudiées proviennent du rapport annuel 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) ainsi que d'autres informations recueillies

par cet organisme. Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell, *et al.*, 2001).

Consommations

En population générale adulte, les grandes tendances observées en France sont proches de celles signalées au niveau européen par l'OEDT :

- Les amphétamines et l'ecstasy viennent au second rang des produits illicites les plus couramment consommés en Europe derrière le cannabis.

- En population adulte, la France se situe dans la moyenne des pays européens où 1 à 4 % des individus ont déjà consommé des amphétamines. Les chiffres de l'ecstasy sont très proches. Le Royaume-Uni présente toutefois une prévalence nettement supérieure, notamment pour les amphétamines (10 %).

- Chez les jeunes adultes, environ 1 à 5 % des individus âgés de 16 à 34 ans ont essayé les amphétamines, la proportion étant proche pour l'ecstasy. Le Royaume-Uni apparaît encore atypique avec 16 % pour les amphétamines et 8 % pour l'ecstasy.

- Les chiffres des différents pays de l'Union européenne indiquent que la hausse de la consommation d'ecstasy observée dans les années 1990 semble se stabiliser voire amorcer une diminution. Celle d'amphétamines demeure globalement stable et augmente dans quelques pays.

- La consommation d'amphétamines ou d'ecstasy est très rarement régulière ; elle est soit expérimentale, soit intermittente.

En population scolaire et parmi les trente pays interrogés, le niveau d'expérimentation des amphétamines des élèves français de 16 ans se situe dans la moyenne (2 %) et celui de l'ecstasy légèrement au-dessus de la moyenne (3 % contre 2 %) (Hibell, *et al.*, 2001).

Demandes de traitement

Dans les pays de l'Union européenne pour lesquels des données sur l'ecstasy sont disponibles, la part de ce produit dans l'ensemble des prises en charge est comme en France très peu élevée. Ce

pourcentage n'excède 1 à 1,5 % que dans les cas de l'Irlande (3,5 %) et du Luxembourg. Pour ce produit, la France se situe donc également dans la moyenne européenne.

Interpellations

À l'inverse du cannabis ou de l'héroïne, l'ecstasy n'apparaît pas comme le produit principalement en cause dans les interpellations liées à la drogue² en Europe. Dans la plupart des pays renseignés, l'ecstasy représentait moins de 5 % des interpellations pour usage ou possession de stupéfiants en 1999. Avec 1 %, la France est donc au même niveau que l'Italie ou le Luxembourg. Le Royaume-Uni et l'Allemagne comptent 3 % de cas d'usage/possession d'ecstasy et l'Autriche, 5 %. Ainsi, avec 13 % des interpellations pour usage/possession d'ecstasy, l'Irlande se distingue nettement des autres pays européens.

Vis-à-vis des amphétamines, la situation est encore plus contrastée : la France, au même titre que l'Italie ou le Luxembourg, n'enregistre pratiquement pas d'interpellations pour usage/possession d'amphétamines alors que la proportion est de 10 % au Royaume-Uni, 6 % en Irlande et en Allemagne. La Belgique enregistre aussi de nombreuses interpellations liées aux amphétamines avec une proportion de 16 %, toutes infractions confondues.

2. Le terme « interpellations liées à la drogue » renvoie à des définitions très différentes suivant les pays. Le motif d'interpellation et le produit ne sont pas toujours renseignés.

Pour en savoir plus

- *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 1998, 345 p. (Coll. Expertise collective).
- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- DE PERETTI (C.), LESELBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, Paris, OFDT / INRP-Paris X, 1999, 170 p.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle), *Rapport sur la situation des stupéfiants en Europe en 1999*, Lyon, INTERPOL, 2000, 65 p.
- LAURE (P.), RICHARD (D.), SENON (J.-L.), PIROT (S.), « Psychostimulants et amphétamines », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1999, p. 1-28.
- LOUBOUTIN-CROC (J.-P.), ARVERS (P.), EONO (P.), PORTRON (J.-M.), SAMSON (E.), DUBIN (F.), BRODIN (C.), DE CACQUERAY (L.), REY (J.-L.), ABGRALL (J.), « Les enquêtes de suivi épidémiologique sur les « conduites toxicophiles » dans les centres de sélection en 1995 et 1996 », *Revue documentaire Toxibase*, n° 4, 1997, p. 61-70.
- OCRITIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1999*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2000, 109 p.
- OCRITIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.
- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.
- PEZOUS (A.-M.), FERRAND (I.), NUSS (P.), *Les urgences comme observatoire des complications aiguës des nouveaux modes d'usage et des nouvelles drogues*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la santé*, Paris, Odile Jacob / Documentation française, 1999, 318 p.
- STRJD-DRJ (Service technique de recherches judiciaires et de documentation-Division recherche judiciaire), *Les soirées « rave ». Les chiffres 2001*, Rosny-sous-Bois, Direction générale de la gendarmerie nationale, 2001, 17 p. (rapport interne).
- SUEUR (C.), Mission Rave, Médecins du Monde, *Rapport de recherche - action : usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance pills, amphétamines, ...). Réduction des risques dans le milieu techno*, Paris, MDM, 1999, 475 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- UNODCCP (Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime), *Tendances mondiales des drogues illicites 2001*, New York, Nations unies, 2001, 282 p.

Héroïne et autres opiacés

Repères	156
Consommations d'opiacés dans la population française	158
<i>Expérimentation en population générale adulte</i>	158
<i>Expérimentation à l'adolescence</i>	158
<i>Observations de terrain</i>	159
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage d'héroïne et des autres opiacés	160
<i>Demandes de traitement</i>	160
<i>Caractéristiques des personnes prises en charge pour usage d'opiacés</i>	164
<i>Morbidité et mortalité</i>	167
Conséquences pénales de l'usage d'opiacés	169
<i>Interpellations pour usage en 2000</i>	169
<i>Évolution des interpellations pour usage depuis 1990</i>	169
<i>Caractéristiques des usagers interpellés</i>	170
Offre et trafic d'opiacés	171
<i>Trafic international et voies d'approvisionnement de la France</i>	171
<i>Trafiquants interpellés en France</i>	172
<i>Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité</i>	172
Géographie de la consommation d'opiacés	173
<i>Approche régionale</i>	173
<i>Approche européenne</i>	175
Pour en savoir plus	177

Repères

Consommations

- L'expérimentation et plus encore l'usage actuel de l'héroïne et des autres opiacés restent rares, aussi bien en population adulte qu'adolescente.
- Parmi les adultes de 18-44 ans, 0,4 % des femmes et 1,7 % des hommes ont expérimenté l'héroïne. Chez les jeunes scolarisés, 0,8 % des filles et 1,4 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris de l'héroïne au cours de leur vie.
- À tous les âges, cette consommation est à prédominance masculine.
- La consommation occasionnelle d'héroïne s'inscrit dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les contextes festifs où l'héroïne est nouvellement associée à des stimulants et à des produits hallucinogènes.
- La consommation problématique d'héroïne est encore bien plus limitée malgré une visibilité sociale plus marquée (estimation de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes », principalement consommateurs d'opiacés).

Conséquences sanitaires et sociales

- Les prises en charge pour usage de drogues illicites sont très majoritairement (70 %) liées à l'abus ou à la dépendance aux opiacés. Entre 1997 et 1999, le nombre de prises en charge liées aux opiacés est resté à peu près stable alors que leur part relative diminue, en raison principalement de la progression des recours liés au cannabis et à la cocaïne.
- La population des usagers d'opiacés pris en charge continue de vieillir. L'âge moyen augmente à peu près au rythme d'une année tous les deux ans : en novembre 1999, ils ont en moyenne 31 ans et seule une petite minorité d'entre eux (13 %) a moins de 25 ans. Ce sont principalement des hommes (3 cas sur 4), majoritairement sans activité rémunérée (plus de 60 %) mais la proportion de personnes exerçant une activité rémunérée a augmenté au cours des dernières années. La plupart de ces personnes (plus de 70 %) ont déjà eu un contact avec des structures de soins pour leur usage d'opiacés.
- Un produit secondaire apparaît dans 57 % des recours pour usage d'opiacés, la cocaïne étant alors la substance la plus souvent mentionnée (18 % des cas), suivie par le cannabis, l'alcool et les médicaments (7 à 10 % des cas chacun).
- La très grande majorité des usagers d'opiacés pris en charge a déjà utilisé la voie intraveineuse (73 %). L'utilisation de ce mode d'administration est néanmoins en régression.

- La mise en place des traitements de substitution et leur rapide montée en charge, au milieu des années 1990, a profondément modifié la prise en charge des usagers d'opiacés. Aujourd'hui, ceux-ci suivent, pour beaucoup d'entre eux, des traitements de substitution. Début 2001, on estime à 84 000 le nombre d'usagers d'opiacés sous traitement de substitution, la buprénorphine (74 000) étant plus souvent prescrite que la méthadone (11 000).
- En lien avec le développement de la politique de réduction des risques et celui des traitements de substitution, le nombre de surdoses attribuables à l'héroïne est en forte baisse depuis 1994. L'héroïne reste néanmoins le produit le plus fréquemment en cause dans les décès par surdoses (70 sur 119 en 2000).
- La prévalence déclarée du VIH est en nette diminution chez les usagers d'opiacés ayant pratiqué l'injection récemment ou antérieurement (15 % en 1999). Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues poursuit la baisse amorcée en 1994 grâce à l'allongement de l'espérance de vie dû aux nouveaux traitements antiviraux (1 037 en 1994, 180 en 2000).
- La prévalence déclarée du VHC est en revanche en augmentation (65 % en 1999).

Conséquences pénales

- L'héroïne est le deuxième produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants (5 800 en 2000), loin après le cannabis (82 300 interpellations) et devant la cocaïne (3 200 interpellations environ).
- Les interpellations d'usagers d'héroïne sont de moins en moins nombreuses depuis 1996. Leur part relative sur l'ensemble des interpellations est également en baisse (6,2 % des interpellations en 2000). Cette tendance semble évoluer vers une stabilisation du nombre de ces interpellations au vu des données les plus récentes.

Offre et trafic

- Les quantités saisies d'héroïne sont très fluctuantes au cours des années 1990. Après trois années successives de baisse sensible après 1996, une forte augmentation est relevée en 2000 (440 kg). Le nombre d'interpellations pour trafic d'héroïne suit la même évolution avec toutefois une augmentation de moindre ampleur sur 2000 (1 200 interpellations).
- L'héroïne est actuellement moins accessible qu'elle ne l'était au cours des années récentes en espace urbain. Cette tendance s'inverse dans l'espace festif. Le taux de pureté et le prix de l'héroïne semblent actuellement diminuer légèrement.

Consommations d'opiacés dans la population française

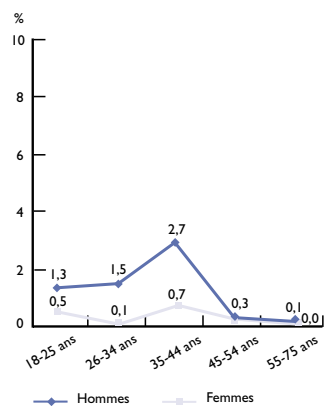
La consommation d'opiacés dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les tendances qui se dégagent de ces enquêtes sont corroborées par des informations de terrain, sur le profil des consommateurs et leurs modes d'usage.

La consommation d'héroïne étant très rare, aussi bien en population adulte qu'adolescente, seule son expérimentation sera considérée dans ce rapport. Celle des autres opiacés, encore plus rare, ne sera pas évoquée ici.

Expérimentation en population générale adulte

En population générale adulte, l'expérimentation est exceptionnelle et concerne principalement les hommes autour de la trentaine. À tous les âges, cette consommation est à prédominance masculine.

Fréquence de l'expérimentation d'héroïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Au cours des dernières années, une tendance à la stabilisation, voire à la baisse, semble se dégager. Chez les 18-44 ans, entre 1995 et 1999, l'usage d'héroïne au cours de la vie est passé de 0,3 à 0,4 % chez les femmes et de 0,9 à 1,7 % chez les hommes. Toutefois, l'apparente hausse chez les hommes n'est due qu'à la plus forte proportion d'anciens consommateurs. Ces données sont confirmées par des observations de terrain qui relèvent une certaine désaffection de l'héroïne au cours des années 1990, même si de nouvelles formes d'usage sont parfois repérées chez les jeunes (héroïne fumée notamment).

Au-delà de 44 ans, le taux d'expérimentation de ce produit est extrêmement faible.

Parmi les adultes, l'expérimentation d'héroïne est observée dans tous les milieux sociaux. Les expérimentateurs ne sont pas assez nombreux pour permettre d'en dresser un profil sociodémographique précis. Certaines particularités se dégagent néanmoins : ils sont significativement plus nombreux parmi les chômeurs (2,3 % contre 0,6 %). Le niveau de diplôme, la catégorie socio-professionnelle ou le revenu du ménage ne permettent pas de différencier ces expérimentateurs. Par contre, ils sont plus nombreux parmi les personnes présentant des signes de dépendances possibles à l'alcool ou au tabac. Ces relations persistent si l'on contrôle l'âge et le sexe.

Expérimentation à l'adolescence

Chez les jeunes scolarisés, 0,8 % des filles et 1,4 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris de l'héroïne au cours de leur vie. L'expérimentation de ce produit est stable depuis 1993, dans la mesure où elle atteignait alors 0,5 % chez les filles et 1,1 % chez les garçons, les évolutions n'étant significatives pour aucun des deux sexes.

La stabilité à un niveau de consommation très bas est également visible grâce à une enquête réalisée en 1983, 1991 et 1998 dans les lycées parisiens. Elle montrait que 0,2 % des lycéens avaient déjà essayé l'héroïne en 1998 contre 0,4 % en 1991 et 1,0 % en 1983 (De Peretti *et al.*, 1999).

À 17 ans, les prévalences sont également un peu plus élevées chez les garçons (0,9 %) que chez les filles (0,4 %), et augmentent avec l'âge entre 17 et 19 ans, tout en restant très basses.

Il est difficile de dresser un profil fiable des expérimentateurs d'héroïne à la fin de l'adolescence en raison de leur faible nombre. Seuls quelques points peuvent être relevés : les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté l'héroïne que les autres. Parmi les élèves, seuls le redoublement et le sexe (le fait d'être un garçon) sont associés aux expérimentations ; la filière scolaire (classique ou professionnelle) est sans influence. Par ailleurs, les jeunes ayant déjà pris de l'héroïne sont nettement plus souvent consommateurs répétés d'alcool, de cannabis et de tabac.

L'expérimentation d'héroïne ne concerne qu'une faible proportion des jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno (2,0 %), mais elle est environ quatre fois plus fréquente que parmi les jeunes qui n'ont jamais participé à ce type d'événements (0,5 %). Ainsi, parmi les jeunes scolarisés, à sexe, âge, filière scolaire (professionnelle ou non) et redoublement contrôlés, les jeunes qui se sont rendus à ce genre de fête ont trois fois plus de chances d'avoir expérimenté l'héroïne.

Observations de terrain

Ces données sont issues du dispositif TREND fonctionnant sur treize sites en France ainsi que lors d'événements festifs techno.

Profil des consommateurs

En France métropolitaine, le développement à grande échelle de la prescription des produits de substitution a abouti à une mutation profonde du paysage de la consommation d'opiacés.

On peut distinguer actuellement quatre profils de consommateurs d'opiacés :

- ceux pour qui le produit principal reste toujours l'héroïne et qui ont recours au traitement de substitution en cas de manque ou de pénurie d'héroïne ;
- ceux qui adhèrent aux traitements de substitution et pour lesquels la consommation d'héroïne est occasionnelle, de type récréative, plus ou moins maîtrisée ;
- des polyconsommateurs très marginalisés de médicaments opiacés (Subutex®, Moscontin®, Skenan®, Néo-Codion®) et de benzodiazépines ;
- et enfin ceux qui se sont convertis à la cocaïne/crack et pour qui les opiacés ne sont plus le produit principal mais le produit de « régulation » de ces stimulants.

Il est à noter, par ailleurs, l'apparition d'un usage à petite échelle d'héroïne et de Subutex®, chez des jeunes fréquentant le milieu festif techno.

Dans les départements d'outre-mer, l'héroïne est peu consommée par la population locale, mais plutôt par des personnes originaires de métropole ou y ayant vécu plusieurs années.

Modes d'usage

Si l'administration intraveineuse de l'héroïne demeure prépondérante dans les sites du dispositif TREND, l'usage de la voie nasale et pulmonaire pour l'héroïne est en progression. À l'inverse, dans l'espace festif techno, priser ou fumer l'héroïne sont des pratiques prépondérantes et l'injection, quoique minoritaire, y serait en légère augmentation. Dans les DOM, l'héroïne est principalement fumée.

La buprénorphine (Subutex®) et le sulfate de morphine (Skenan®, Moscontin®) sont utilisés, par voie intraveineuse, par une proportion importante d'usagers. Ceux-ci sont essentiellement des injecteurs ou des anciens injecteurs d'héroïne et semblent être plus âgés que les non-injecteurs. Les plus jeunes utiliseraient plutôt la voie nasale, considérée comme moins risquée et moins stigmatisante.

Dans le milieu techno, le résidu de l'opium, rachacha, est le plus souvent fumé ou ingéré voire bu en infusion. Des cas anecdotiques d'injection de ce produit ont été signalés.

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage d'héroïne et des autres opiacés

L'usage d'opiacés conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soin médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales et les cabinets de ville en raison de leur dépendance (ou de leur abus) aux opiacés. Les conséquences de l'usage de ces produits en termes de morbidité et de mortalité seront abordées dans une deuxième section.

Demandes de traitement

Les données présentées sont, pour la plupart, recueillies auprès des usagers par les institutions de prises en charge. Celles relatives aux prises en charge en médecine de ville sont issues d'enquêtes auprès d'échantillons de médecins généralistes.

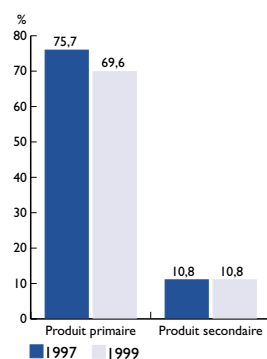
Prises en charge dans les structures de soins (CSST et établissements sanitaires)

En France, les prises en charge dans les structures de soins pour usage de drogues illicites sont, en grande majorité, liées à l'abus ou à la dépendance aux opiacés. Entre 1997 et 1999, le nombre de prises en charge liées aux opiacés est resté à peu près stable (- 3 %) alors que leur part relative diminuait, en raison principalement de la progression des recours liés au cannabis et à la cocaïne. On comptait en novembre 1999, environ 13 600 recours liés aux opiacés en produit primaire¹.

Au sein de la catégorie des opiacés, les évolutions ne sont pas semblables selon les produits. Trois sous-catégories ont été distinguées : l'héroïne, qui reste largement majoritaire comme produit à l'origine de la prise en charge avec 85 % des recours liés aux opiacés en novembre 1999 ; la bu-

préorphine hors prescription médicale, qui représente 6 % de ces recours et les autres opiacés (codéine, méthadone hors prescription, morphine, opium), recensés dans 9 % de ces recours. Les prises en charge liées à l'héroïne sont en diminution (- 8 %) alors que celles liées à la buprénorphine (hors prescriptions médicales) sont en nette progression. Il faut souligner qu'au regard du nombre estimé de personnes sous traitement de substitution à la buprénorphine (voir ci-après), les prises en charge liées à l'usage détourné de ce médicament restent en nombre très limité : environ 800 cas en novembre 1999, soit un peu plus de 1 % du nombre estimé de personnes sous traitement à la buprénorphine à cette date. Les recours liés aux autres opiacés (codéine, méthadone hors prescription, morphine, opium) sont en légère augmentation.

Part des opiacés dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999



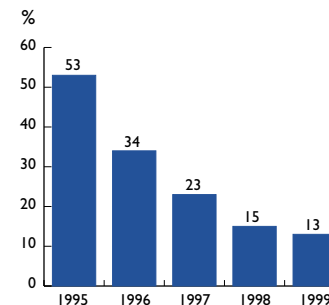
Il s'agit de l'ensemble des recours dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, hors double compte, avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge citée (voir annexe méthodologique). N = 18 075 en 1997 et N = 19 564 en 1999.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS¹

Les évolutions sont également divergentes selon les structures de prises en charge concernées. Les recours liés aux opiacés continuent de progresser dans les établissements spécialisés alors qu'ils tendent à diminuer dans les établissements sanitaires, de façon peu marquée cependant si l'on tient compte des variations du nombre de structures ayant répondu à l'enquête.

Dans une enquête menée auprès de trois services d'urgence parisiens (Pezous et al., 2001), un peu plus de trois usagers de drogues illicites sur quatre présentaient un trouble lié à l'usage d'opiacés, proportion comparable au chiffre de l'enquête mentionnée ci-dessus. Il est possible cependant que ces usagers soient surreprésentés, car les complications aiguës qu'ils présentent parfois les amènent à fréquenter plus souvent ces services que les autres usagers.

Pourcentage de consommateurs d'héroïne de drogues parmi les usagers pris en charge dans les structures sanitaires, de 1995 à 1999



Source : OPPIDUM, CEIP¹

Si les opiacés restent très majoritairement en cause comme produit à l'origine de la prise en charge, la consommation actuelle ou récente d'héroïne ne concerne plus qu'une minorité des usagers en contact avec le système sanitaire. Au sein d'un échantillon d'usagers pris en charge dans différentes structures de soins en octobre 1999, seuls 13 % avaient consommé de l'héroïne au cours des sept derniers jours¹, proportion en nette diminu-

tion par rapport à 1995 (53 % des cas). Les chiffres de l'enquête menée au mois de novembre sur les produits consommés au cours des trente derniers jours sont comparables (environ 16 % des recours avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge citée) et suivent une tendance similaire. Cette diminution de la consommation d'héroïne est en majeure partie liée au développement des traitements de substitution. De nombreux usagers sous traitement de substitution ont été pris en charge en raison de leur usage d'héroïne, mais n'en ont pas consommé dans la période récente.

Prises en charge en médecine de ville

Nombre de patients usagers d'héroïne

Selon une enquête menée début 2001 auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes¹, près de 60 % d'entre eux avaient reçu au cours de l'année passée au moins une personne dépendante aux opiacés et 38 % au cours du mois (Coulomb et al. 2001). Le nombre moyen d'usagers d'opiacés vus dans le mois dans les cabinets de ville était de 1,9. En extrapolant ce chiffre à l'ensemble des médecins généralistes en activité, on obtient un nombre d'environ 100 000 usagers d'opiacés par mois vus par les médecins dans les cabinets de ville début 2001. Il ne s'agit que d'un ordre de grandeur, assorti de marges d'erreurs importantes liées aux hypothèses faites sur le nombre de patients vus par les médecins ayant refusé de participer à l'enquête, à la taille de l'échantillon et au recueil rétrospectif par téléphone (biais de mémorisation). De plus, si pour chaque médecin les patients recensés sont différents, un même patient peut avoir consulté plusieurs médecins au cours du mois, et être ainsi compté plusieurs fois.

Les médecins ayant vu au moins un usager d'héroïne dans les douze derniers mois prescrivent très souvent des traitements de substitution, à la buprénorphine (Subutex[®]) pour 79 % d'entre eux et à la méthadone pour 18 %¹.

1. Ces deux derniers chiffres ne s'additionnent pas : un même médecin peut prescrire de la buprénorphine à certains de ses patients et de la méthadone à d'autres.

Caractéristiques des médecins prenant en charge des usagers d'héroïne

Les médecins qui ne voient aucun usager d'opiacés sont plus souvent que les autres situés dans les villes de moins de 20 000 habitants (70 % d'entre eux). Ils s'estiment à 90 % pas ou mal formés à la prise en charge des usagers de drogues et invoquent principalement l'absence de demande comme motif de non prise en charge. À l'inverse, les médecins qui voient plus de dix usagers dans l'année exercent, pour la majorité d'entre eux, dans les villes de plus de 20 000 habitants et s'estiment formés pour la plupart. Les médecins faisant partie d'un réseau, soit environ 10 % de l'échantillon, voient un nombre d'usagers d'héroïne beaucoup plus important que les autres ②. Les données du Baromètre Santé médecins généralistes vont dans le même sens ②.

Évolution du nombre de patients usagers d'héroïne pris en charge en médecine de ville

L'enquête dont sont issus les résultats précédents avait également été menée en 1995 et 1998, ce qui autorise les comparaisons. Depuis 1995, le pourcentage de médecins ayant vu au moins un usager dépendant à l'héroïne dans l'année n'a pas changé. En revanche, le pourcentage de ceux ayant vu dix usagers ou plus dans l'année avait nettement augmenté entre 1995 et 1998 alors qu'il est resté stable entre 1998 et 1999. Le nombre moyen d'usagers d'héroïne vus dans l'année par les médecins ayant accepté de répondre à l'enquête est passé de quatre en 1995 à sept en 1998, puis à neuf en 2001, cette dernière évolution (de 7 à 9) n'étant cependant pas statistiquement significative. L'évolution entre 1995 et 2001 reflète la montée de la prise en charge des usagers d'héroïne en médecine de ville puis, sans doute, sa stabilisation dans les années récentes.

Entre 1998 et 2001, la proportion de prescripteurs de buprénorphine parmi les médecins généralistes ayant vu au moins un usager d'héroïne n'a que légèrement augmenté (de 76 à 79 %). En revanche, le pourcentage de médecins ayant prescrit de la méthadone a été multiplié par trois, passant de 6 à 18 % ②. La section suivante s'intéresse plus précisément à l'évaluation du nombre de patients sous traitement de substitution.

Nombre d'usagers d'opiacés sous traitement de substitution

La prise en charge des usagers d'opiacés a été profondément modifiée par la mise à disposition des traitements de substitution dans les centres de soins et les cabinets de ville. Le cadre légal et réglementaire de prescriptions de ces traitements est abordé plus en détail dans la dernière partie de ce rapport, sur les dispositifs.

Estimation à partir des enquêtes auprès des structures de soins et des médecins généralistes

Dans le système de soins institutionnels (centres spécialisés et établissements sanitaires), un traitement de substitution est déclaré dans les trois quarts des prises en charge pour usage d'opiacés. En termes absolus, ces traitements concernaient 12 000 personnes en novembre 1999, dont 4 500 pour la méthadone et près de 7 000 pour la buprénorphine.

Il n'existe pas actuellement d'enquête nationale auprès des patients pris en charge en médecine de ville. L'enquête réalisée début 2001 auprès d'un échantillon représentatif de médecins permet cependant de fournir quelques indications ②. Les médecins ayant vu au moins 1 patient dépendant aux opiacés au cours des douze derniers mois ont déclaré avoir suivi en moyenne 10 patients sous traitement à la buprénorphine au cours de l'année, et 4 au cours du mois. Pour la méthadone, le nombre moyen de patients était de 1,2 sur l'année et 0,7 sur le mois.

L'extrapolation à l'ensemble des médecins fournit un ordre de grandeur de 70 000 à 75 000 patients par mois à la fin 2000, donnée compatible avec les chiffres de ventes de Subutex® (voir ci-après). Le même calcul appliqué à la méthadone permet en revanche une estimation du nombre de patients très supérieure à celle calculée à partir des chiffres de vente. Compte tenu de la taille de l'échantillon et du nombre relativement restreint de médecins prescrivant de la méthadone, l'extrapolation à l'ensemble des médecins est sans doute plus hasardeuse.

Estimation à partir des ventes de produits de substitution

Les estimations fondées sur des données déclaratives peuvent être confrontées à celles réalisées, sous certaines hypothèses, à partir des ventes en pharmacie d'officines et des quantités de méthadone fournies aux CSST.

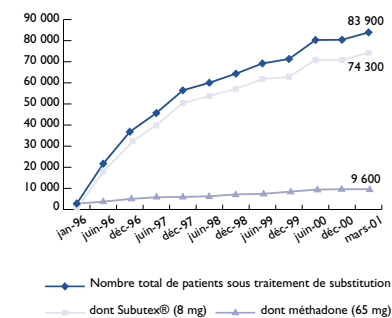
Sur la base d'une hypothèse de dose moyenne prescrite de buprénorphine (Subutex®) de 8 mg par jour, les ventes mensuelles correspondent à la fin du premier trimestre 2001 à environ 74 000 patients ayant pris quotidiennement leur traitement pendant un mois. Pour la méthadone, sur la base d'une hypothèse de dose moyenne prescrite de 65 mg par jour, cette estimation est d'environ 5 300 patients-mois suivis en ville à la même époque. À ce nombre il faut ajouter l'estimation du nombre de patients calculé à partir des quantités de méthadone fournies aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, soit environ 5 000. On obtient un total d'environ 10 000 patients par mois sous traitement de substitution à la méthadone. Selon les hypothèses adoptées, le nombre total de patients sous traitement de substitution se serait donc élevé à environ 84 000 en mars 2001.

Les hypothèses sur les prescriptions moyennes étaient dans l'ensemble confirmées par les enquêtes sur les traitements de substitution, en général locales, qui ont pu être menées en 1997 et 1998. Dans certaines enquêtes plus récentes portant sur les prescriptions présentées au remboursement, les posologies moyennes prescrites sont plus proches de 10 mg (Ronflé *et al.*, 2001). À l'inverse, cependant, une enquête comme celle menée dans le cadre d'un réseau de médecin généraliste en Charente-Maritime (Sorbe, 2000) concluait à la baisse des posologies moyennes à 7 mg en 1999. Il est difficile de se faire une idée exacte au travers de ces données parcellaires, mais la possibilité d'une augmentation ou d'une diminution de la posologie moyenne ne peut pas être totalement écartée. L'estimation du nombre de patients s'en trouverait alors modifiée.

L'hypothèse d'une stricte observance des prescriptions par tous les patients doit également être discutée. Les études menées par les organismes de sécurité sociale à l'échelon local font toutes apparaître l'existence d'une petite minorité d'usagers

(pas plus de 5 à 6 %) se faisant prescrire de la buprénorphine par plus de deux médecins, ce qui peut s'expliquer par un dosage jugé insuffisant par ces patients mais également par la revente pour usage détourné. Étant donné son caractère minoritaire, la prise en compte de ce phénomène ne modifie pas sensiblement les estimations globales. Le nombre de patients qui utilisent de la buprénorphine conformément aux prescriptions de leur médecin est probablement un peu inférieur aux chiffres cités. Les quantités correspondantes de buprénorphine sont utilisées peut-être pour partie par des personnes en traitement mais sous dosées, et pour partie par un nombre limité de consommateurs occasionnels.

Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution (à posologie moyenne constante), de 1996 à 2001



Source : SIAMOIS, InVS © ; DGS/SD6B

Évolution des ventes de produits de substitution

Depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) au début de l'année 1996, les ventes de ce médicament ont augmenté très rapidement alors que celles de méthadone, comparativement, se sont développées de façon très lente, dans les CSST comme en médecine de ville. Cette différence souvent explicitée (OFDT, 1999 ; Emmanueli, 2000) est liée au cadre réglementaire qui ne permet l'initiation du traitement à

la méthadone que dans les CSST, avec relais, après stabilisation, en médecine générale. Le développement des traitements à la méthadone est donc limité par l'offre (existence à proximité d'un CSST, personnel médical disponible pour la prise en charge) et par des prescriptions plus encadrées qui peuvent décourager certains usagers. On notera par ailleurs que les relais en médecine de ville se sont progressivement étendus même s'ils ne représentent toujours qu'une part très faible des traitements à la buprénorphine : début 2001, les quantités de méthadone prescrites en cabinet (correspondant à environ 4 500 patients dans le mois) se rapprochent de celles prescrites dans les CSST (environ 5 500 patients dans le mois).

Après la phase de montée en charge durant les années 1996 et 1997, la croissance des ventes de méthadone et de buprénorphine est restée soutenue en 1998 et 1999. Au premier semestre 2000, la croissance des ventes de buprénorphine atteignait encore 15 % ; après s'être infléchie au second semestre 2000, elle a semblé de nouveau augmenter au premier semestre 2001. Il se peut cependant, comme il a été dit plus haut, que l'augmentation du nombre de patients sous traitement de substitution à la buprénorphine illustrée par le graphique page 163 soit en partie surestimée par le maintien de l'hypothèse d'une posologie moyenne à 8 mg. Un suivi des posologies à l'échelon national serait nécessaire pour mieux apprécier les évolutions du nombre de patients sous traitement.

Caractéristiques des personnes prises en charge pour usage d'opiacés

Dans les structures de soins (CSST et établissements sanitaires)

Comme pour l'ensemble des produits traités dans ce rapport, les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour un produit primaire. Les usagers mentionnant les opiacés en produit secondaire ne diffèrent pas des usagers d'opiacés en produit primaire.

Compte tenu du poids des opiacés dans les prises en charge, les caractéristiques décrites ici sont celles de la très grande majorité des personnes fréquentant les structures médico-sociales susceptibles d'accueillir des usagers de drogues.

Âge, sexe, activité

Les usagers d'opiacés pris en charge en novembre 1999 ont en moyenne 31 ans et seule une petite minorité d'entre eux (13 %) a moins de 25 ans. La plupart de ces personnes (plus de 70 %) ont déjà eu un contact avec des structures de soins pour leur usage de drogues. La proportion de trois hommes pour une femme dans ces prises en charge reste constante d'année en année, ce qui fait des opiacés (avec les médicaments) une des deux familles de produits pour lesquels les femmes sont les plus nombreuses. Les usagers d'opiacés, comme les autres usagers de drogues, sont majoritairement sans activités rémunérées (plus de 60 %) et seuls 20 % ont un emploi salarié stable.

Produits associés, mode d'usage

Un produit secondaire apparaît dans environ 57 % de ces recours, la cocaïne étant la substance la plus souvent mentionnée (18 % des recours avec opiacés en produit primaire), suivie par les opiacés (autres que ceux mentionnés en produit primaire), le cannabis, l'alcool et les médicaments (7 à 10 % des cas chacun). Parmi les personnes prises en charge pour usage d'opiacés et ayant consommé un produit au cours des trente derniers jours (58 % des cas), 36 % ont consommé de l'héroïne, 16 % du Subutex® et 9 % d'autres opiacés. La consommation de cocaïne est mentionnée dans près de 17 % des cas.

La très grande majorité des usagers d'opiacés pris en charge a déjà utilisé la voie intraveineuse. D'après les données issues de l'enquête menées en novembre 1999, trois sur quatre ont utilisé ou utilisent ce mode de consommation et un peu moins d'un sur cinq a pratiqué l'injection au cours des trente derniers jours. Les pratiques d'injections récentes sont plus fréquentes quand est mentionnée une consommation au cours du dernier mois

Profil des prises en charge liées aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	13 613
% de premiers recours	29
Âge moyen	31,5
% de moins de 25 ans	13
% d'hommes	76
% de personnes adressées par la justice	6
% de personnes ayant un emploi	39
% d'élèves et d'étudiants	2
% de personnes percevant le RMI	31
% de personnes avec cocaïne en produit secondaire	18
% de personnes sous traitement de substitution	75
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	19

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

d'opiacés : la proportion atteint 44 % chez les personnes ayant consommé de l'héroïne ou de la buprénorphine hors prescription et dépasse 50 % lorsque la cocaïne est également associée. Il faut cependant noter que parmi les personnes ayant consommé récemment de l'héroïne, le mode d'usage le plus répandu en 1999 est la voie nasale (environ 60 % des cas dans l'enquête OPPIDUM).

Usagers sous traitements de substitution

Les personnes prises en charge pour usage d'opiacés en 1999 sont trois fois sur quatre sous traitement de substitution, la buprénorphine étant plus souvent prescrite que la méthadone (respectivement dans 57 % des cas contre 40 %). Les usagers sous traitement se distinguent des autres usagers d'opiacés pris en charge par un âge plus élevé d'un an (31,8 ans contre 30,7 ans), un plus fort pourcentage de personnes exerçant une activité rémunérée (40 % contre 30 %), et une moindre proportion de pratiques d'injection récentes (17 % contre 21 %). Parmi les patients sous traitement de

substitution n'ayant pas consommé d'opiacés au cours des trente derniers jours, la proportion d'injecteurs est beaucoup plus faible (8 %).

Certains traits différencient les patients sous méthadone de ceux sous buprénorphine. D'après l'enquête effectuée au mois de novembre 1999, les premiers sont en moyenne plus âgés que les seconds (environ 33 ans contre 31) et plus souvent de sexe féminin (29 % contre 21 %). Les patients sous traitement à la buprénorphine ont un peu plus souvent un emploi, ce qui est cependant lié à la plus forte proportion d'emploi précaire (CDD, intérim, stages), alors que la proportion d'emplois salariés stables est identique dans les deux groupes (environ 20 %). L'usage actuel de la voie intraveineuse est plus fréquent chez les patients sous buprénorphine (20 % contre 15 %), mais ces derniers sont également plus nombreux à n'avoir jamais utilisé la voie intraveineuse (31 % contre 18 %). Il faut aussi remarquer que la prévalence du VIH est plus élevée chez les patients sous traitement à la méthadone (18 % contre 13,5 %). Ces résultats corroborent dans l'ensemble ceux de l'enquête OPPIDUM 1998, qui montre également la plus forte proportion de personnes précaires chez les sujets consommant de la buprénorphine hors prescription par rapport à ceux qui prennent ce médicament dans le cadre d'une prescription.

Les données présentées ci-dessus donnent une image à un moment donné (novembre 1999) des caractéristiques des usagers sous traitement de substitution vus dans les institutions de soins. Ces patients peuvent aussi bien être sous traitement depuis plusieurs années que depuis quelques jours. Ces chiffres ne permettent donc pas à eux seuls d'apprécier l'amélioration de la situation des patients sous traitement de substitution, ce qui demande de pouvoir suivre les mêmes patients dans le temps. Une seule étude nationale de suivi de patients traités à la buprénorphine, déjà un peu ancienne, a été réalisée jusqu'à présent (Fhima et al., 2001). Les résultats tirés de l'analyse d'environ 500 patients suivis pendant deux ans par les mêmes médecins généralistes montrent une forte diminution de la consommation d'héroïne (de 40 % à 11 %), de la consommation de cocaïne (de 44 % à 17 %) et des pratiques d'injection (41 % contre

22 %). Mesurés à partir d'échelles décrites dans les publications, la situation sociale et la gravité de l'état du patient se sont significativement améliorées. Cette étude a cependant fait l'objet de critiques. Les médecins et les patients qui ont participé à cette étude avaient pour la plupart une expérience antérieure de la substitution. Il peut donc être envisagé que l'inclusion de patients motivés et déjà longuement pris en charge auparavant conduise à des résultats particulièrement favorables à la substitution (Morel, 2000). Une autre étude de suivi de patients sous traitement à la buprénorphine est actuellement en cours.

Évolution des caractéristiques des usagers d'opiacés

Entre 1997 et 1999, l'âge moyen des usagers d'opiacés a continué à augmenter à peu près au rythme d'une année tous les deux ans comme depuis le début des années 1990. La part et le nombre de jeunes de moins de 25 ans ont baissé (1 700 personnes en 1999 contre 2 200 en 1997). Effet de la conjoncture et/ou effet des traitements de substitution, la proportion de personnes exerçant une activité rémunérée a sensiblement augmenté (d'environ 34 à 39 %).

En ce qui concerne l'usage de produits, il faut souligner la nette augmentation de la proportion de prises en charge avec un autre opiacé en produit secondaire (18,4 en 1999 contre 13,8 en 1997). L'héroïne est en recul parmi les produits consommés au cours des trente derniers jours (de 48 % à 35 %²), diminution également constatée

pour la catégorie des autres opiacés (de 21 à 9 %), alors qu'augmentent les consommations de buprénorphine hors prescription (de 10 à 15 %), de cocaïne (de 12 à 17 %) et de cannabis (de 33 à 37 %).

Les pratiques d'injection se rencontrent un peu moins fréquemment, évolution qui apparaît plus nettement si l'on observe les personnes ayant consommé récemment de l'héroïne. Sans doute peut-on y voir un effet possible des messages de prévention diffusés dans le cadre de la politique de réduction des risques.

En médecine de ville

Les enquêtes disponibles, locales ou dans certains cas étendues à deux ou trois sites, portent sur les patients vus par les médecins généralistes dans le cadre d'un traitement de substitution. Les résultats semblent montrer que les profils de ces patients sont assez semblables à ceux pris en charge dans les CSST : des hommes dans 70 à 80 % des cas, âgés de 30 ans en moyenne. Les diversités de questionnements sur l'activité professionnelle rendent les comparaisons difficiles. La proportion de personnes ayant un travail fixe ou régulier dépasse rarement le tiers de l'échantillon.

Ces enquêtes sont toujours réalisées auprès de médecins impliqués dans les réseaux et donc souvent en contact avec les structures spécialisées. Cela explique peut-être en partie cette similitude.

À titre d'exemple, on peut citer l'enquête OPPIDUM qui permet de comparer des patients sous traitement à la buprénorphine, tous accueillis

en CSST, selon que le responsable du protocole de substitution en cours exerce en médecine de ville ou en CSST (Thirion *et al.*, 2001). Les sujets pris en charge dans les cabinets de ville en 1998 étaient en moyenne plus jeunes (28,8 contre 31,4 ans), vivaient moins souvent en couple et avaient moins souvent des enfants à charge, ces deux dernières variables étant sans doute en grande partie liées à l'âge. Ils étaient également plus nombreux à pratiquer l'injection par voie intraveineuse de la buprénorphine (24 contre 10 %) ou d'un produit associé (31 contre 16 %). En revanche, les différences ne sont pas significatives en ce qui concerne le sexe, l'activité professionnelle ou la précarité économique.

Morbidité et mortalité

La consommation d'opiacés peut être à l'origine de surdoses et de différentes pathologies qui sont en fait liées à la consommation par voie intraveineuse de ces produits (maladies infectieuses d'origine virale, infections d'origine bactérienne ou fongique, abcès, veinite, etc.). Comme pour les autres substances, il existe peu de données sur le sujet. Les chiffres disponibles concernent les prévalences des infections à VIH et VHC issues d'enquêtes auprès des usagers et des structures médico-sociales de prises en charge ^①. Les nouveaux cas de Sida recensés se rapportent, dans leur très grande ma-

jorité, aux usagers d'opiacés par voie intraveineuse. Les données sur les autres pathologies proviennent d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

Morbidité : prévalence du VIH et du VHC et autres pathologies

Les données présentées ici sont relatives aux prévalences du VIH et du VHC chez les usagers injecteurs pris en charge en novembre 1999 pour usage d'opiacés en produit primaire. On se rapportera au chapitre sur l'approche transversale pour une présentation des données sur le VIH et le VHC pour l'ensemble des usagers pris en charge.

En novembre 1999, la proportion d'usagers-injecteurs connaissant leur statut sérologique est un peu supérieure à 86 %, chiffre en légère progression par rapport à novembre 1997 (84 %).

La prévalence déclarée du VIH est en nette diminution chez les usagers d'opiacés ayant pratiqué l'injection récemment ou antérieurement. La prévalence déclarée du VHC a en revanche encore augmenté entre 1997 et 1999.

Parmi les médecins interrogés début 2001 dans l'enquête sur la prise en charge des patients toxicomanes en médecine de ville, le nombre de patients usagers d'opiacés ayant eu une maladie sexuellement transmissible en 2000 était en moyenne de 0,6 patient par médecin. Il a également été rapporté, par médecin, 0,1 cas de surdose, 0,8 hospita-

Modes de consommation des usagers d'héroïne pris en charge dans les structures de soins, de 1995 à 1999

Mode de consommation	(en %)				
	1995	1996	1997	1998	1999
Consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse/ Total des consommateurs d'héroïne	75	66	60	52	36
Consommateurs d'héroïne par voie nasale/ Total des consommateurs d'héroïne	29	39	40	47	62

Source : d'après OPPIDUM, CEIP ^②

2. Le pourcentage se réfère aux personnes ayant consommé au moins un produit au cours des trente derniers jours.

Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les personnes prises en charge pour usage d'opiacés en produit primaire, en 1997 et 1999 *

	(en % des sérologies connues)	
	1997	1999
Prévalence du VIH chez les personnes ayant pratiqué l'injection (actuellement ou antérieurement)	18,7	15,4
Prévalence du VIH chez les personnes ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours	20,5	17,5
Prévalence du VHC chez les personnes ayant pratiqué l'injection (actuellement ou antérieurement)	62,8	64
Prévalence du VHC chez les personnes ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours	63,9	65,4

* Dans les établissements spécialisés uniquement.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS ^①

Décès par surdoses liées à l'héroïne constatés par les services de police, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Héroïne	302	368	460	408	505	388	336	164	92	69	71
Total	350	411	499	454	564	465	393	228	143	118	120
En % du total	86,3	89,5	92,2	89,9	89,5	83,4	85,5	71,9	64,3	58,5	58,8

Source : FNAILS, OCRTIS ©

lisation d'urgence, et 0,2 tentative de suicide. Ces données n'ont pas significativement évolué par rapport à 1998, sauf en ce qui concerne les surdoses, en nette diminution.

Mortalité

Sur 120 décès par surdoses constatés par les services de police en 2000, 71 sont directement attribuables à l'usage d'héroïne. Ce produit reste celui le plus fréquemment en cause dans ce type de décès ©.

Le plus souvent, l'héroïne est décelée seule, mais 18 cas en 2000 ont laissé apparaître la consommation d'héroïne associée à une autre substance (essentiellement l'alcool, le cannabis, la cocaïne ou des médicaments).

Le nombre de surdoses attribuables à l'héroïne et constatées par la police est en forte baisse depuis 1990 et explique l'essentiel de la diminution générale observée pour ce type de décès.

La statistique générale de mortalité permet également de dénombrer des cas de décès liés à l'usage d'opiacés, mais il ne s'agit plus forcément de surdoses *stricto sensu*. Ainsi, en 1997, l'Institut national de la recherche médicale (INSERM) enregistre 72 décès pour dépendance à une substance de type morphinique³ sur un total de 86 décès pour dépendance à la drogue dont la substance est connue⁴. Le niveau de 1997 est équivalent à celui de 1990 en ce qui concerne les décès par dépendance aux opiacés alors qu'il atteignait 199 en 1995 ©.

Au cours de l'année 2000, l'OCRTIS relève également 11 surdoses dont l'analyse a montré la présence de Subutex®, 11 surdoses avec de la méthadone et quelques décès liés à d'autres médicaments à base d'opiacés (Skenan® ou Temgésic®). Souvent, les analyses révèlent la présence de plusieurs de ces substances en même temps.

Depuis 1996, 122 cas de décès de toxicomanes traités sous buprénorphine sont rapportés par le système national de pharmacovigilance ou les instituts médicaux légaux (Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes, 2001). Une analyse toxicologique a été pratiquée sur 96 d'entre eux. Elle a révélé dans 90 décès la présence d'autres substances associées à la buprénorphine, notamment des benzodiazépines. Cette association semble faciliter l'apparition de dépressions respiratoires qui peuvent s'avérer fatales. L'injection par voie intraveineuse contribuerait à majorer la gravité de ces accidents.

3. Héroïne, méthadone, opium et dérivés.

4. Le nombre total de décès enregistrés cette année-là est de 181.

Conséquences pénales de l'usage d'opiacés

L'usage d'opiacés, comme de toute drogue illicite, peut conduire à des interpellations et à des suites pénales. Seules les interpellations peuvent être décrites. Les condamnations et les incarcérations ne mentionnant pas le produit en cause ne peuvent être traitées ici.

Interpellations pour usage en 2000

Avec près de 6 000 interpellations d'usagers en 2000, l'héroïne est le deuxième produit le plus fréquemment en cause dans ce type d'interpellations, loin après le cannabis (plus de 80 000 interpellations) et devant la cocaïne (2 300 interpellations environ). Les interpellations d'usagers d'opium ou de morphine sont rares (respectivement 21 et 14 cas en 2000).

L'héroïne est donc l'opiacé le plus souvent en cause dans les interpellations pour usage ou usage-revente. Comme pour les autres produits, les cas d'usage simple sont les plus nombreux (5 000 environ en 2000).

On peut également signaler ici un certain nombre d'arrestations pour usage ou usage-revente de médicaments à base d'opiacés ou couramment consommés par des héroïnomanes en

substitués. Il s'agit de cas pour lesquels les usagers n'ont pu apporter la preuve d'une prescription de ces produits (pas d'ordonnance, pas de confirmation du médecin traitant ou aveu d'un usage hors prescription).

Ainsi, les services répressifs comptabilisent en 2000, 151 interpellations pour usage ou usage-revente de Subutex®, 54 de Rohypnol®, 28 de méthadone, 9 de Tranxène® et 8 de Skenan® ©.

Évolution des interpellations pour usage depuis 1990

Pour la première fois depuis cinq ans, les interpellations d'usagers d'héroïne n'enregistrent pas de baisse nette en 2000 en comparaison avec celles des années précédentes : - 5 % en 2000 contre - 18 % en 1999 et surtout, - 37 % en 1998.

L'évolution sur les dix dernières années fait apparaître deux périodes : une hausse des interpellations jusqu'en 1995 suivie d'une baisse, les deux tendances se compensant exactement (le taux de croissance annuelle moyen sur la période est quasiment nul).

La conséquence principale de cette baisse est que les interpellations pour héroïne ont de moins en moins de poids dans l'ensemble des interpellations d'usagers : correspondant à une interpellation sur trois jusqu'en 1995, elles en représentent moins d'une sur dix à partir de 1998.

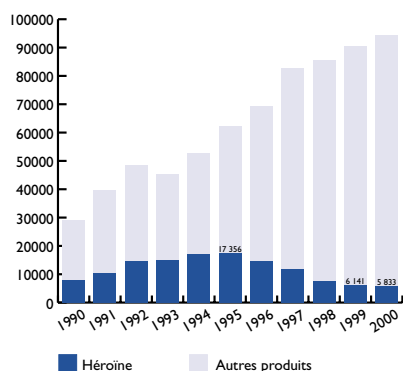
Ainsi, si l'héroïne reste, tout au long de la période, le deuxième produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations pour usage ou usage-revente, l'écart avec la cocaïne et le crack se resserre : quinze fois plus nombreuses en 1990, le rapport n'est plus que de deux en 2000. Avec la hausse des cas d'ecstasy en 2000, le rapport passe à trois entre les interpellations concernant ces deux produits.

Interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne, en 2000

	Héroïne	Tous produits confondus	Part de l'héroïne
Usage simple	4 831	83 385	5,8 %
Usage-revente	1 002	10 954	9,1 %
Total	5 833	94 339	6,2 %

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

Interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRTIS

L'extension des traitements de substitution, la désaffection des plus jeunes pour cette substance (autant pour l'image véhiculée de l'héroïnomanie que pour le mode d'usage principalement intraveineux), ou encore l'influence des messages de prévention du Sida (autour de l'association Siringue sida) sont des facteurs explicatifs de la baisse du nombre d'usagers d'héroïne en général. D'autre part, le développement de la polytoxicomanie peut avoir aussi une influence sur la diminution des interpellations pour usage d'héroïne, car si l'usager consomme d'autres produits, il peut être interpellé pour l'usage de ces autres substances.

L'arrêt de la forte baisse des arrestations en 2000 marquerait peut-être un seuil incompressible ou serait la conséquence du nouvel engouement pour ce produit, tel que le rapportent les dispositifs d'observation de terrain.

Caractéristiques des usagers interpellés

Juste après les usagers de cocaïne ou de crack, les usagers d'héroïne interpellés sont les plus âgés : 28,3 ans en moyenne en 2000 contre 29,6 pour ceux de cocaïne, 31,3 pour ceux de crack et, à l'opposé, 21,8 ans pour ceux de cannabis.

La tendance observée depuis dix ans au vieillissement des usagers d'héroïne interpellés se poursuit en 2000. La part des mineurs reste très faible (1,4 % en 2000), proche de celle enregistrée pour les usagers interpellés pour cocaïne ou crack (2,0 %) et nettement inférieure à celle des usagers de cannabis (15,1 %).

Comme pour les autres produits, la répartition suivant la catégorie socioprofessionnelle des usagers d'héroïne interpellés est liée à l'âge : les étudiants ou les lycéens sont plutôt rares (5 % en 2000) comparés aux usagers de cannabis (33 %). En revanche, les personnes sans profession représentent la moitié des usagers d'héroïne interpellés. De ce point de vue, leur profil est proche de celui des usagers de cocaïne interpellés en 2000.

Comme pour les autres produits, seul un usager d'héroïne interpellé sur dix est de nationalité étrangère. Parmi ces étrangers, on trouve essentiellement des Algériens (187 en 2000), des Marocains (174) ou des Portugais (86).

Offre et trafic d'opiacés

L'offre internationale et nationale d'opiacés est examinée principalement à travers les saisies recensées par les services internationaux et nationaux. L'offre de proximité est décrite par des observations de terrain.

Trafic international et voies d'approvisionnement de la France

Depuis la seconde moitié des années 1980, entre 80 et 90 % de l'héroïne consommée en Europe et en France ont pour origine l'opium produit en Afghanistan (INTERPOL, 2000). Entre 1994 et 1998, la production dans ce pays s'est située annuellement entre 2 000 et 3 200 tonnes. En 1999, elle a été de 4 500 tonnes et en 2000 de 3 200 tonnes (UNODCCP, 2000). À la suite de l'interdiction prononcée par les taliban, elle ne dépassera pas quelques centaines de tonnes en 2001. Cependant, on estime que des stocks ont été constitués en Afghanistan et hors de ce pays et qu'ils devraient permettre à l'offre de se maintenir au même niveau en 2001 et en 2002 (Labrousse, 2001).

L'opium et la morphine base qui, jusqu'au milieu des années 1990, étaient pour l'essentiel transformés en héroïne au Pakistan et en Turquie, le sont désormais également en Afghanistan ainsi que dans les pays d'Asie centrale et du Caucase (INTERPOL, 2000). De même, la voie d'approvisionnement de l'Europe en héroïne, qui était celle des Balkans, s'est diversifiée à partir des routes qui traversent l'Asie centrale, le Caucase, la Russie et les pays de l'Est (INTERPOL, 2000).

En ce qui concerne les pays de transit européens, 47 % de l'héroïne saisie en France venaient des Pays-Bas (contre 35 % en 1999), pays qui reste pour la dixième année consécutive la principale région d'origine.

En 1999, les services répressifs avaient effectué 2 684 saisies, pour un poids total de 203 kg et, depuis 1997, ces deux indicateurs étaient à la baisse. Cependant, en 2000, les quantités saisies ont plus que doublé par rapport à l'année précédente alors que le nombre d'opérations a augmenté de 5 %. Le pourcentage des quantités destinées à la France est également à la hausse. Les conclusions que l'on pourrait tirer de cette augmentation doivent être relativisées au regard des interpellations pour usage qui continuent à diminuer, même si c'est beaucoup plus faiblement que l'année précédente (voir ci-après).

Par ailleurs, au cours de l'année 2000, les services répressifs ont saisi, en 173 opérations, 5 560 comprimés de médicaments à base d'opiacés ou fréquemment utilisés par les héroïnomanes. Il s'agit essentiellement de Subutex®, de Temgésic®, de Rohypnol® et de méthadone. On compte également 14 interpellations de petits trafiquants de ces produits.

Quantités d'héroïne saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999

(en tonnes)							
1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
7,3	8,3	8,9	10,2	9,7	13,6	12,6	

Sources : UNODCCP

Quantités d'héroïne saisies en France, de 1990 à 2000

(en kg)										
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
405	561	328	386	661	499	617	415	344	203	444

Source : FNAILS, OCRTIS

Trafiquants interpellés en France

Tous comme les précédents indicateurs d'offres, le nombre de personnes interpellées pour trafic d'héroïne a augmenté (de 9 %) entre 1999 et 2000²⁸. En revanche, leur part dans l'ensemble des interpellations pour trafic continue à baisser.

Parmi les trafiquants interpellés en 2000, 219 sont considérés comme des trafiquants internationaux, impliqués dans des activités d'importation ou d'exportation, 768 comme des trafiquants locaux et 241 comme des revendeurs.

Un peu plus de 60 % des trafiquants d'héroïne interpellés en 2000 sont français. Ensuite, les deux nationalités les plus représentées dans le trafic d'héroïne sont, en 2000 comme en 1999, les Marocains et les Algériens, qui correspondent à 17 % de l'ensemble des trafiquants et à 45 % des trafiquants étrangers.

Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité

Les données présentées ici sont issues du dispositif d'observation TREND²⁹ pour la disponibilité et le prix des opiacés et des laboratoires de la police et des douanes pour la concentration en principe actif des échantillons saisis.

Disponibilité

Le développement de la politique de substitution, au cours de la seconde moitié des années 1990, a affecté le marché de l'héroïne. La vente publique dans la rue s'est contractée au profit de la

vente à domicile ou dans des lieux plus fermés. Certains petits trafiquants se sont convertis dans la vente d'autres substances, notamment de la cocaïne. Ainsi, même si l'héroïne reste plus ou moins disponible sur l'ensemble des sites métropolitains du dispositif TREND, elle est devenue beaucoup plus difficile à trouver sur ces lieux de vente traditionnels. Il en va de même pour les sulfates de morphine (Skenan[®] et Moscontin[®]) du fait du recul de leur prescription médicale.

La disponibilité de la méthadone reste très limitée car sa présence demeure extrêmement marginale sur le marché parallèle. En revanche, le Subutex[®] est le seul opiacé dont la disponibilité hors prescription médicale semble à la fois large et en augmentation ces dernières années.

Dans l'espace festif techno, la disponibilité de l'héroïne est en légère augmentation. Elle serait consommée, par une petite minorité d'usagers, afin d'accompagner la descente des stimulants mais aussi, comme produit principal, pour ses effets opiacés. Le *rachacha*, quant à lui, est disponible selon un cycle saisonnier. On le trouve plus facilement l'été que l'hiver et la plupart du temps, à une petite échelle, dans les teknivals et certaines *free-party*. Les autres opiacés sont peu présents.

Dans les DOM, l'héroïne est rare à l'exception de la Guyane où sa présence est plus marquée. Le Subutex[®] est peu disponible hors prescription médicale sauf dans le département de la Réunion.

Prix

Le prix de l'héroïne semble diminuer légèrement avec toutefois une importante hétérogénéité selon les sites.

En France métropolitaine, le prix moyen du chlorhydrate de l'héroïne « blanche » en 2000 est inférieur à 650 F le gramme et celui de la base de l'héroïne « brune » est inférieur à 400 F. En Guyane, cette dernière se négocie à Cayenne et à Kourou entre 300 et 400 F et à Saint-Laurent, ville frontalière avec le Surinam, entre 100 et 200 F. À l'île de la Réunion, le même gramme vaut 500 à 600 F.

Sur le marché illégal, le prix moyen en métropole d'un comprimé de 8 mg de Subutex[®] est de l'ordre de 40 F. En Guyane et à l'île de la Réunion, le prix du même comprimé, hors pharmacie, s'élève à environ 50 F.

Sur les sites métropolitains de TREND, le prix moyen d'un flacon de 60 mg de méthadone oscille entre 50 et 100 F.

Qualité

Le taux de concentration en principe actif du chlorhydrate et de la base de l'héroïne enregistrés une légère baisse entre 1999 et 2000. Le pourcentage cumulé des échantillons ayant le taux de pureté le plus élevé (de 50 à 100 %), ainsi que ceux ayant un taux de pureté moyen (20 à 50 %) a baissé de 13 %. Pour le taux de pureté le plus bas (0 à 20 %), on observe une augmentation de 6 %. Ces résultats sont à interpréter avec précaution dans la mesure où ils sont la résultante des taux de pureté des échantillons d'héroïne circulant en France, mais également des stratégies et des pratiques des services répressifs.

Taux de pureté des échantillons d'héroïne saisis par la police nationale et la douane, de 1998 à 2000

	1998		1999		2000	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
0 - 20 %	574	72 %	299	69 %	441	73 %
20 - 50 %	143	18 %	78	18 %	98	16 %
50 - 100 %	78	10 %	52	13 %	69	11 %
Total	795	100 %	429	100 %	608	100 %

Source : TREND, OFDT (données fournies par le laboratoire scientifique de la police de Lyon et le laboratoire interrégional de la douane de Paris)²⁹

Géographie de la consommation d'opiacés

Approche régionale

Les effectifs des enquêtes en population générale sont trop faibles pour représenter le phénomène de consommation d'héroïne dans son aspect géographique.

Les conséquences sociosanitaires ou pénales de l'usage d'héroïne dans les régions sont abordées à travers les données sur les prises en charge du mois de novembre¹⁷ et à travers celles sur les interpellations²⁸.

Interpellations pour trafic d'héroïne, de 1990 à 2000

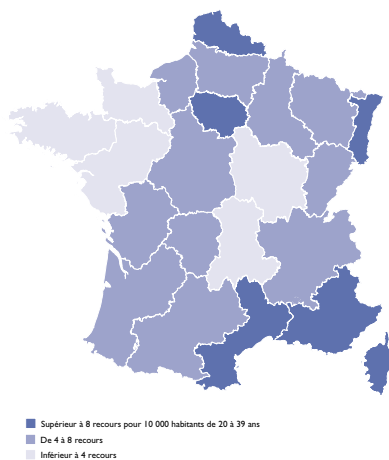
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Héroïne	2 572	2 640	3 162	3 395	3 562	3 329	3 451	1 979	1 356	1 126	1 228
Tous produits	5 198	5 303	5 982	6 451	7 179	7 107	8 412	6 560	5 541	5 506	6 531
En % du total	49,5	49,8	52,9	52,6	49,6	46,8	41,0	30,2	24,5	20,5	18,8

Source : FNAILS, OCRIS³⁰

Demandes de traitement

En ce qui concerne les demandes de traitement trois groupes de région sont à distinguer. Le premier (en noir sur la carte), caractérisé par un nombre de recours par habitant élevé, est constitué par les régions traditionnellement touchées par la toxicomanie : la Corse arrive largement en tête (15 recours pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans), suivie par les régions Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Alsace (10 à 11 recours pour 10 000 habitants pour ces différentes régions). Le deuxième groupe (en gris sur la carte) comprend les régions où le nombre de recours est proche de la moyenne nationale. Les régions restantes (en blanc) sont celles où le nombre de recours par habitant est faible relativement à la moyenne nationale.

Prises en charge pour usage d'opiacés en 1999, par région

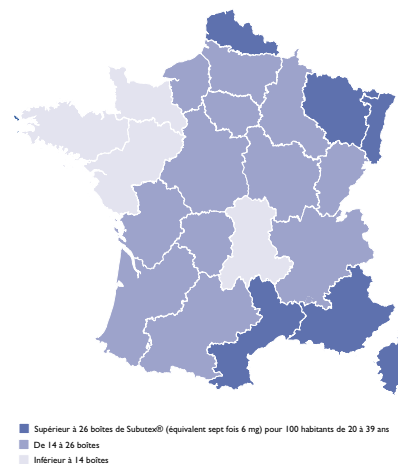


Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ©

La répartition régionale des recours liés aux opiacés par habitant est très proche de celle obtenue pour les ventes de Subutex® par habitant. L'Alsace et le Languedoc-Roussillon, qui se placent

nettement en tête du classement avec environ 50 boîtes par habitant de 20 à 39 ans contre 24 en moyenne nationale, sont dans ce cas. Les régions Ile-de-France et Corse se situent dans la moyenne nationale. Les ventes par habitant sont nettement en dessous de la moyenne nationale pour la région Pays de Loire (7 boîtes pour 100 habitants de 20 à 39 ans) et la Bretagne (10 boîtes).

Ventes de Subutex® en 2000, par région

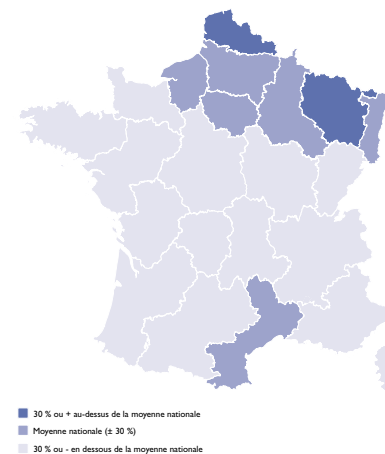


Source : SIAMOIS 2000, InVS ©

Interpellations

Par rapport aux autres produits, les interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne apparaissent plus concentrées géographiquement. Excepté le Languedoc-Roussillon, toutes les régions enregistrant plus d'interpellations d'usagers d'héroïne sont situées dans le nord ou l'est de la France. Les régions Nord-Pas-de-Calais et Lorraine se détachent plus particulièrement avec respectivement 9 et 6 interpellations pour 10 000 habitants pour une moyenne nationale de 3,4 ©. Pour une part importante, l'héroïne pénètre en France par le nord, ce qui

Interpellations d'usagers d'héroïne en 2000, par région



Moyenne nationale : 3,4 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

explique en partie le nombre élevé des interpellations dans les régions septentrionales, et plus précisément les régions frontalières.

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation d'héroïne et de ses conséquences, les données étudiées proviennent du rapport annuel 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) ainsi que d'autres informations recueillies par cet organisme. Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell, et al., 2001).

Consommation en population générale

Dans l'ensemble de la population adulte, l'héroïne semble très peu consommée dans l'Union européenne, la France se situant à peu près au ni-

veau des autres pays, avec des prévalences au cours de la vie allant de 1 à 2 % sur l'ensemble des adultes.

En population scolaire, l'expérimentation d'héroïne des élèves français de 16 ans apparaît plus faible qu'ailleurs en Europe, pour les garçons comme pour les filles (Hibell et al., 2001), puisqu'elle est de 1 % contre 3 % en moyenne. Les taux les plus importants au sein de l'Union européenne concernent l'Italie le Royaume-Uni et le Portugal. Sur l'ensemble de l'Europe, les pays de l'Est (Roumanie, Lettonie et Pologne en particulier) semblent nettement plus touchés. L'héroïne est à cet âge très fréquemment fumée.

Demandes de traitement

En 1999, dans la plupart des pays de l'Union européenne, les demandes de traitement (en produit primaire) sont, comme en France, très majoritairement liées à la consommation d'opiacés. Seuls les pays nordiques (Suède, Finlande) et la région flamande de la Belgique font exception, avec une part des opiacés dans les recours qui se situent entre 20 et 30 %. Dans ces trois cas, les amphétamines occupent une place importante dans les prises en charge. En Italie et en Grèce, la part des opiacés dépasse les 80 %. Elle est en revanche plus faible (un peu plus de 60 %) en Allemagne et aux Pays-Bas.

Interpellations

Dans certains pays (Portugal, Luxembourg et Italie), l'héroïne est le produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations liées à la drogue prises dans leur ensemble⁵, alors que dans la plupart des pays de l'Union européenne, dont la France, c'est le cannabis qui apparaît le plus souvent (OEDT, 2000).

5. Le terme « interpellations liées à la drogue » renvoie à des définitions très différentes suivant les pays. Le motif d'interpellation et le produit ne sont pas toujours renseignés.

En 1999, l'héroïne représente 6 % des interpellations pour usage/possession de stupéfiants en France, proportion proche de celle observée en Autriche et en Irlande (8 %). À l'opposé, l'héroïne est le produit le plus fréquemment impliqué dans les interpellations pour usage/possession en Allemagne (avec 19 % des cas), au Portugal (39 % en produit unique) et au Luxembourg (47 % des cas). Le Royaume-Uni et l'Italie sont dans une situation intermédiaire avec respectivement une proportion de 10 et 12 %.

Excepté au Royaume-Uni, le poids de l'héroïne est plus faible en 1999 qu'en 1995 parmi les interpellations pour usage/possession de stupéfiants comme pour l'ensemble des interpellations liées aux drogues. Par exemple, la France comptait 26 % d'interpellations pour usage/possession liées à l'héroïne en 1995, l'Autriche 21 % et l'Allemagne 30 %.

Pour en savoir plus

- BARROW (S.), *Usages de drogue et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines*, 1999, 80 p. (Documents du GDR Psychotropes, Politique et société, n° 3).
- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes, « Résultats de l'enquête officielle sur la spécialité Subutex® (buprénorphine) », in *Procès verbal n° 45* de la réunion du 22 février 2001, 19 avril 2001, p. 3-4 (rapport interne).
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- COULOMB (S.), DUBURCQ (A.), MARCHAND (C.), PÉCHEVIS (M.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, Paris, OFDT, 2001, 56 p. + ann. (rapport interne).
- DE PERETTI (C.), LESELBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, Paris, OFDT/INRP-Paris X, 1999, 170 p.
- EMMANUELLI (J.), *Programmes d'échanges de seringues et réduction des risques chez les usagers de drogues dans le monde développé : état des lieux et mise en perspective*, 2001, 79 p. (Documents du CESAMES, n° 8).
- EMMANUELLI (J.), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999* (2 tomes), Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 + 93 p.
- FHIMA (A.), HENRION (R.), LOWENSTEIN (W.), CHARPAK (Y.), « Suivi à deux ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités

par buprénorphine haut dosage (Subutex®) », *Annales de médecine interne*, vol. 152, supp. n° 3, 2001, p. IS26-IS36.

■ HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

■ INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle), *Rapport sur la situation de l'héroïne dans le monde*, Lyon, INTERPOL, 2000, 50 p.

■ LABROUSSE (A.), « Afghanistan », *Drogue trafic international*, n° 2, 2001, p. 3.

■ MOREL (A.), « Traitements de substitution à la buprénorphine », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 2000, p. 1-37.

■ OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.

■ OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.

■ OFDT, (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.

■ PEZOUS (A.-M.), FERRAND (I.), NUSS (P.), *Les urgences comme observatoire des complications aiguës des nouveaux modes d'usage et des nouvelles drogues*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

■ RICHARD (D.), SENON (J.-L.), HAUTEFEUILLE (M.), FACÛ (F.), « L'héroïne », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1998, p. 1-27.

■ RONFLÉ (E.), THIRION (X.), LAPIERRE (V.), PRADEL (V.), MASUT (A.), MICALLEF (J.), COUDERT (C.), SANMARCO (J.-L.), MABRIEZ (J.-C.), « Substitution par le Subutex® : les 2/3 des patients sont observants. Une étude en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône », *La Revue du praticien – Médecine générale*, tome XV, n° 521, 8 janvier 2001, p. 23-28.

■ SORBE (G.), *Réseau mG Tox. 4 ans de Subutex®, mG Tox (Réseau départemental de généralistes pour la prise en charge des toxicomanies) Charente-Maritime*, 2000, 13 p. (non publié).

■ TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).

■ THIRION (X.), BARRAU (K.), MICALLEF (J.), HARAMBURU (F.), LOWENSTEIN (W.), SANMARCO (J.-L.), « Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins : le programme OPPIDUM des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance », *Annale de médecine interne*, vol. 151, supp. A, 2000, p. A10-A17.

■ TOUZEAU (D.), BOUCHEZ (J.), « La méthadone », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1998, p. 1-12.

■ UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention), *Afghanistan: Annual Opium Poppy Survey 2000*, Islamabad, UNDCP, 2000, 27 p.

■ UNODCCP (Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime), *Tendances mondiales des drogues illicites 2001*, New York, Nations unies, 2001, 282 p.

LSD, champignons et autres hallucinogènes

Repères	180
Consommations d'hallucinogènes dans la population française	182
Expérimentation en population générale adulte	182
Expérimentation à l'adolescence	182
Observations de terrain	184
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'hallucinogènes	185
Demandes de traitement	185
Caractéristiques des personnes prises en charge	185
Morbidité et mortalité	186
Conséquences pénales de l'usage d'hallucinogènes	186
Interpellations pour usage en 2000	186
Évolution des interpellations pour usage depuis 1990	186
Caractéristiques des usagers interpellés	188
Offre et trafic d'hallucinogènes	188
Trafic international et voies d'approvisionnement de la France	188
Trafiants interpellés en France	189
Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité	189
Géographie de la consommation d'hallucinogènes	190
Approche régionale	190
Approche européenne	191
Pour en savoir plus	193

Repères

Consommation

- L'expérimentation et la consommation actuelle de LSD, champignons et autres hallucinogènes sont relativement limitées en population générale. La consommation de ces produits est principalement circonscrite aux jeunes adultes et à des contextes festifs pour lesquels elle est en augmentation ces dernières années.
- Au sein de la population adulte, les niveaux d'expérimentation du LSD sont faibles chez les 18-44 ans (1,5 % pour les femmes et 3,5 % pour les hommes) et relativement plus élevés aux deux extrémités de la tranche d'âge. Ceci est la conséquence de la conjonction d'une plus forte expérimentation chez les jeunes générations actuelles et chez celles des années 1970. Chez les jeunes, l'expérimentation varie entre 1 et 5 % suivant le sexe et l'âge.
- La consommation de champignons hallucinogènes est, relativement au LSD, plus fréquente chez les jeunes parmi lesquels les niveaux d'expérimentation peuvent monter à près de 9 % (garçons à 19 ans).
- Comme pour l'ensemble des drogues illicites, les femmes sont toujours moins nombreuses à déclarer avoir expérimenté le LSD et les champignons hallucinogènes.
- La consommation de LSD et des champignons hallucinogènes s'inscrit fréquemment dans un contexte associant des consommations d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. C'est notamment le cas dans les contextes festifs où ces produits peuvent être associés à des stimulants, notamment l'ecstasy.

Conséquences sanitaires et sociales

- Le LSD et les champignons hallucinogènes sont à l'origine d'un nombre marginal de prises en charge sanitaire ou sociale.
- À l'heure actuelle et en l'état de nos connaissances aucune conséquence sanitaire grave de l'usage de LSD et de champignons hallucinogènes n'a été relevée, même si ces produits, de par leur nature hallucinatoire, peuvent potentiellement provoquer des dommages.

Conséquences pénales

- Après une nette augmentation au cours de la première moitié des années 1990, le nombre d'interpellations pour usage et usage-revente de LSD se stabilise à un niveau qui reste marginal par rapport à l'ensemble des interpellations (environ 200). Au contraire, au cours de la deuxième moitié des années 1990, les interpellations relatives aux champignons hallucinogènes deviennent de plus en plus nombreuses bien que leur nombre soit encore limité (environ 150).

Offre et trafic

- Après une très forte progression dans la première moitié des années 1990, les saisies de LSD ont été fortement réduites malgré une certaine reprise constatée en 2000. Ceci ne signifie pas forcément que le LSD est moins disponible, car des observations de terrain permettent de dresser le constat inverse : le LSD ainsi que d'autres produits hallucinogènes, tels que certains anesthésiants détournés de leur usage médical ou vétérinaire (principalement la kétamine) seraient assez disponibles, notamment dans certains milieux festifs.

Consommations d'hallucinogènes dans la population française

La consommation de LSD et de champignons hallucinogènes dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les tendances qui se dégagent de ces enquêtes sont corroborées par des informations de terrain, sur le profil des consommateurs et leurs modes d'usage.

La consommation de LSD étant rare, aussi bien en population adulte qu'adolescente, seule son expérimentation sera considérée ici. L'expérimentation de champignons hallucinogènes dans la population adulte est trop faible pour faire l'objet d'une étude fiable, car la question n'est pas posée explicitement dans l'enquête de référence ③.

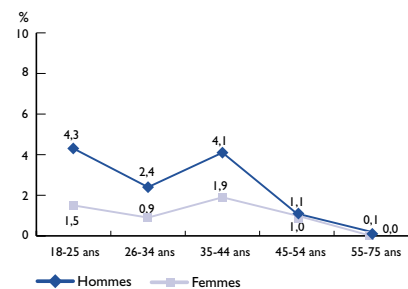
Expérimentation en population générale adulte

En population générale adulte, l'expérimentation de LSD est rare et concerne principalement les jeunes adultes ③. Cette consommation est à prédominance masculine. S'il existe chez les hommes un seuil vers la quarantaine (l'expérimentation étant beaucoup plus fréquente avant 44 ans), le contraste est moins marqué chez les femmes. Contrairement aux autres produits, l'expérimentation du LSD concerne particulièrement les hommes de 42-43 ans (nés en 1957 et 1958) : ceux-ci atteignent des prévalences de 7 %. Comme aucun parmi eux n'en a consommé récemment, ces usages ont donc eu lieu antérieurement, très vraisemblablement à la fin des années 1970.

Au cours des années 1990 apparaît une relative stabilité. Chez les 18-44 ans, entre 1995 et 1999, l'usage de LSD au cours de la vie est passé de 1,2 % à 1,5 % chez les femmes et de 3,7 % à 3,5 % chez les hommes.

Au-delà de 44 ans, le taux d'expérimentation de ce produit devient très faible.

Fréquence de l'expérimentation du LSD en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

Parmi les adultes, l'expérimentation de LSD est observée dans tous les milieux sociaux ③. Bien que les expérimentateurs ne soient pas assez nombreux pour permettre d'en dresser un profil sociodémographique précis, certaines particularités peuvent être dégagées : ils sont significativement plus nombreux parmi les chômeurs (4,5 %) et les étudiants ou les scolarisés (3,6 %). En revanche, le niveau de diplôme ou le revenu du ménage ne permettent pas de différencier ces expérimentations. L'expérimentation de LSD est plus habituelle parmi les personnes présentant des signes de dépendances potentiels à l'alcool ou au tabac. Par ailleurs, elle est également plus fréquente parmi les personnes vivant seules plutôt qu'en couple. Ces relations persistent si l'on contrôle l'âge et le sexe.

Expérimentation à l'adolescence

Chez les jeunes scolarisés, 0,9 % des filles et 1,7 % des garçons de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà pris du LSD au cours de leur vie ⑦.

L'expérimentation des champignons hallucinogènes est nettement plus répandue (2,0 % des filles et 4,5 % des garçons).

L'expérimentation des hallucinogènes est en augmentation depuis 1993, dans la mesure où elle concernait alors 0,9 % des filles et 2,6 % des garçons ⑧. Cette évolution est significative pour les deux sexes.

Fréquence de l'expérimentation de LSD ou de champignons hallucinogènes chez les 14-18 ans scolarisés en 1993 et 1999, par sexe (en %)

	Fillles	Garçons
1993	0,9	2,6
1999	2,5	5,0

Sources : INSERM 1993 ⑧ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDT/IMENRT ⑦

La progression est également visible pour le LSD grâce à une enquête réalisée dans les lycées parisiens en 1983, 1991 et 1998. Elle montrait que 1,7 % des lycéens avaient déjà essayé le LSD en 1998 contre 0,4 % en 1991 et 0,5 % en 1983 (De Peretti et al., 1999).

À la fin de l'adolescence, les prévalences sont également plus élevées chez les garçons que chez les filles, et augmentent avec l'âge entre 17 et 19

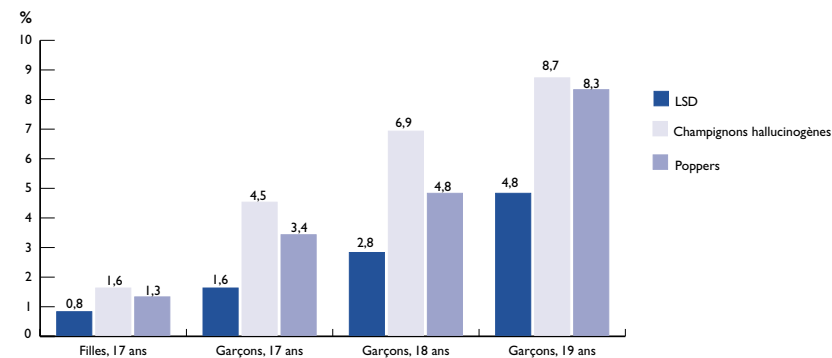
ans ⑧. Parmi les jeunes qui ont consommé dans l'année, moins d'un tiers l'a fait plus d'une fois ou deux.

L'expérimentation et la consommation de poppers se situent à des niveaux comparables à ceux de l'ecstasy et des champignons hallucinogènes ⑧. Comme pour la plupart des autres substances, ces consommations sont plus fréquemment masculines et dépendent de l'âge. La majorité des consommateurs ne déclare qu'une ou deux consommations par an et ceux qui révèlent plus de dix consommations représentent 13 % de l'ensemble : cette proportion est faible en regard de celle observée pour le cannabis mais plus importante que pour la majeure partie des autres substances.

La consommation de poppers n'étant que très rarement interrogée directement dans les enquêtes, il n'est pas possible de dresser une tendance de son évolution au cours du temps. Les niveaux observés dans ESCAPAD soulignent toutefois l'intérêt de faire figurer explicitement cette substance dans les enquêtes auprès des jeunes ⑧.

À la fin de l'adolescence, les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté le LSD, les champignons hallucinogènes ou les poppers que les autres ⑧. Parmi les élèves, l'âge

Fréquence de l'expérimentation de LSD, de champignons hallucinogènes ou de poppers chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑧

et le sexe (le fait d'être un garçon) sont associés aux expérimentations de LSD et de champignons hallucinogènes ou de *poppers*. À l'école, le fait de suivre une filière professionnelle n'est associé qu'à l'expérimentation de champignons et de *poppers*. Ainsi, à sexe, âge et redoublement **contrôlés**, le fait d'être sorti du système scolaire multiplie par 2,4, 3,8 et 1,5 les chances d'avoir expérimenté respectivement les champignons hallucinogènes, le LSD et le *poppers*. Par ailleurs, les jeunes ayant déjà pris ces produits sont nettement plus souvent consommateurs répétés d'alcool, de cannabis et de tabac que les autres.

L'expérimentation de LSD ne concerne qu'une faible proportion des jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno (5,5 %). Celle du *poppers* est environ une fois et demie plus élevée (7,5 %), tandis que celle des champignons hallucinogènes est environ deux fois plus fréquente (11,4 %), ce qui ne fait que refléter les prévalences de ces produits dans la population adolescente. Leur expérimentation parmi les jeunes qui ne se sont jamais rendus dans une de ces fêtes est environ sept fois moins fréquente (0,7 % pour le LSD, 2,3 % pour les champignons hallucinogènes ou le *poppers*). Ainsi, parmi les élèves, à sexe, âge, filière professionnelle et redoublement **contrôlés**, les jeunes qui se sont rendus à une telle fête ont sept fois plus de chances d'avoir expérimenté le LSD (cinq fois plus pour les champignons hallucinogènes et trois fois plus pour le *poppers*). Ces relations s'accroissent chez les jeunes sortis du système scolaire ③.

Observations de terrain

Les données présentées ici sont issues du dispositif d'observation TREND ③.

Profil des consommateurs

Durant la décennie 90, et plus particulièrement pendant la seconde moitié de celle-ci, on assiste, en France métropolitaine, à la diffusion soutenue dans le milieu festif techno de nombreux hallucinogènes naturels ou synthétiques tels que le LSD, la **kétamine**, le **GHB**, les champignons hallucinogènes,

le **protoxyde d'azote**, etc. Dans les départements d'outre-mer, en revanche, l'usage des hallucinogènes, qu'ils soient naturels ou synthétiques, est resté rare et les échanges marchands quasi inexistant.

Alors que le profil des consommateurs de LSD, de champignons ou de protoxyde d'azote semble être similaire à celui des consommateurs d'ecstasy, le profil des consommateurs réguliers de kétamine est comparativement plus marqué par la marginalité et la rébellion. La plupart de ces usagers fréquentent en effet les événements non autorisés (**teknivals** et **free-party**).

Même si le LSD est consommé en dehors du milieu techno, celui-ci demeure le principal foyer de consommation.

Les consommateurs de champignons hallucinogènes n'appartiennent pas uniquement à la mouvance techno et ne consomment pas forcément dans un cadre festif.

Modes d'usage

Les modes d'administration des hallucinogènes sont multiples et variés. Toutefois, ils sont surtout pris par voie orale (comme c'est le cas du LSD), par voie nasale ou par inhalation. La pratique d'injection est très rare. Par exemple, la kétamine, le plus souvent disponible et vendue sous sa forme d'origine, à savoir un liquide injectable, est sniffée après transformation par la grande majorité des consommateurs.

Pour ce qui est du GHB, deux voies d'administration sont identifiées : la voie nasale, utilisée pour la forme poudre et la voie orale, utilisée à la fois pour la forme poudre et liquide. Le mode d'administration majoritaire des champignons hallucinogènes est la voie orale (ingestion). Une petite minorité les fume. Le protoxyde d'azote, quant à lui, est pris par inhalation dans un ballon de baudruche.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'hallucinogènes

L'usage d'hallucinogènes conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) d'hallucinogènes. Les conséquences de l'usage d'hallucinogènes en termes de morbidité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées sont dans la plupart des cas recueillies auprès des usagers par les institutions de prises en charge.

Demandes de traitement

Le LSD et les autres hallucinogènes sont très faiblement représentés dans les prises en charge : 0,4 % en **produit primaire** et un peu moins de

1 % en **produit secondaire**. Ces proportions n'ont pas varié entre 1997 et 1999. On trouve une proportion supérieure, mais néanmoins comparable, dans les trois services d'urgence enquêtés au cours de l'année 1998 : l'usage d'hallucinogènes est mentionné chez un peu plus de 3 % des patients usagers de drogues recensés (Pezous et al., 2001).

Caractéristiques des personnes prises en charge

Les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour usage d'hallucinogènes en produit primaire uniquement. Les produits secondaires cités sont dans la plupart des cas associés aux opiacés, cela en raison du poids pré-

Profil des prises en charge liées aux hallucinogènes et aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Hallucinogènes	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	86	13 613
% de premiers recours	42,7	29
Âge moyen	28	31,5
% de moins de 25 ans	41,2	13
% d'hommes	89,5	76
% de personnes adressées par la justice	5,8	6
% de personnes ayant un emploi	31,2	39
% d'élèves et d'étudiants	15,7	2
% de personnes percevant le RMI	15,2	31
% de personnes ayant des opiacés en produit n° 2	11,6	10
% de personnes sous traitement de substitution	28,6	75
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	29,1	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	6,3	19

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ④

pondérant de cette famille de produits dans les recours. Les caractéristiques des usagers mentionnant les hallucinogènes comme produit secondaire sont donc à peu près celles des usagers d'opiacés, aspect décrit par ailleurs.

En novembre 1999

Les personnes prises en charge pour usage d'hallucinogènes sont en moyenne plus âgées que les usagers de cannabis ou d'ecstasy (28 ans contre respectivement 25 et 24 ans). En relation avec leur âge, ils présentent des caractéristiques intermédiaires entre celles des usagers de cannabis ou d'ecstasy et celles des usagers d'opiacés. Ils diffèrent de ces derniers par une proportion assez élevée de premier recours (près de 43 %), d'hommes (près de 90 %) et d'élèves ou d'étudiants (17 %). Ils se distinguent des usagers de cannabis par une proportion de traitement de substitution et de personnes ayant pratiqué l'injection nettement plus élevée (environ 29 % dans les deux cas), et par le faible nombre de personnes adressées par la justice (près de 6 %).

Un produit secondaire est souvent mentionné (75 % des cas), l'ecstasy d'abord (23 % des cas), puis le cannabis (14 %), les opiacés (11 %), suivis

par les amphétamines (7 %). En accord avec ces données, les personnes prises en charge pour usage de LSD sont les plus nombreuses, en termes relatifs, à avoir consommé de l'ecstasy au cours des trente derniers jours (près de 20 % d'entre elles).

Évolution 1997-1999

Les caractéristiques des personnes prises en charge pour usage d'hallucinogènes sont restées stables entre 1997 et 1999.

Morbidité et mortalité

Plus encore que pour les autres substances, les personnes sous l'emprise d'hallucinogènes peuvent être victimes d'accidents. Ces produits peuvent également provoquer de graves problèmes psychiatriques (dépression, états paranoïaques).

Aucun cas de décès directement liés aux hallucinogènes n'a cependant été recensé en France, ni par l'INSERM pour les décès pour dépendance aux hallucinogènes (LSD et dérivés, psilocybine ou mescaline) ©, ni par l'OCRTIS pour les surdoses constatées par les services de police ©.

Conséquences pénales de l'usage d'hallucinogènes

L'usage d'hallucinogènes, comme de toute drogue illicite, peut conduire à des interpellations et à des suites pénales. Seules les interpellations peuvent être décrites. Les condamnations et les incarcérations ne mentionnant pas le produit en cause ne peuvent être traitées ici.

Interpellations pour usage en 2000

Les interpellations pour usage ou usage-revente d'hallucinogènes sont rares en France puisqu'en 2000, elles ne représentent que 0,4 % de

l'ensemble des **interpellations d'usagers**. Les produits les plus fréquemment en cause dans ce type d'arrestations sont le LSD à hauteur de 218 interpellations et les champignons avec 150 interpellations environ ©.

Évolution des interpellations pour usage depuis 1990

Jusqu'en 1996, les interpellations pour usage de LSD sont en forte hausse ; elles ont pratiquement été multipliées par quatre entre 1990 et 1996. La tendance semble s'être inversée à partir de 1997

Interpellations pour usage et usage-revente d'hallucinogènes, en 2000

	LSD		Champignons hallucinogènes		Tous produits confondus
	effectifs	% en ligne	effectifs	% en ligne	effectifs
Usage simple	150	0,2	144	0,2	83 385
Usage revente	68	0,7	10	0,1	10 954
Total	218	0,2	154	0,2	94 339

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

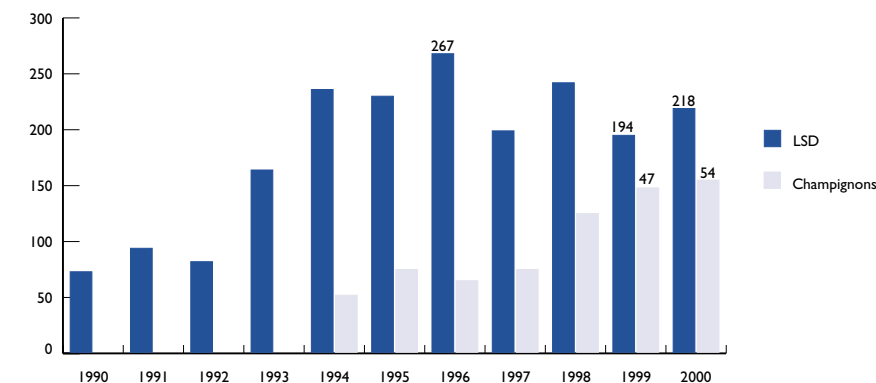
bien qu'il soit difficile de l'interpréter car les données sont fluctuantes : - 26 % d'interpellations en 1997 par rapport à l'année précédente et - 20 % en 1999, mais une hausse de 22 % en 1998 et de 12 % en 2000.

Sur le long terme, on peut constater que les interpellations d'usagers de LSD enregistrent régulièrement d'importantes fluctuations, dessinant une tendance proche de celle constatée pour la consommation. En vogue au début des années 1970, le LSD était en cause dans une part non négligeable des interpellations d'usagers (jusqu'à 15 % en 1973 avec 390 cas). Ce produit semble avoir été délaissé par la suite et les interpellations ont chuté

tout au long des années 1980. En 1990, les 72 interpellations de LSD recensées ne représentaient plus que 0,25 % des interpellations pour usage ou usage-revente. Enfin, et bien qu'elles restent minoritaires, elles augmentent de façon notable dans les années 1990. Cette hausse est à mettre en parallèle avec le regain d'intérêt pour le LSD signalé par les différents dispositifs d'observation.

Les premiers cas d'arrestations d'usagers de champignons hallucinogènes ont été mentionnés en 1994. D'abord stable, ce type d'interpellations augmente sensiblement. La quasi-totalité des cas recensés est relative à l'usage simple de champignons hallucinogènes.

Interpellations pour usage ou usage-revente d'hallucinogènes, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRTIS ©

Caractéristiques des usagers interpellés

Avec ceux de cannabis, les usagers de LSD ou de champignons sont les plus jeunes des usagers interpellés : respectivement 23,2 et 22,8 ans en moyenne en 2000 contre 21,8 ans pour ceux de cannabis. Leur âge moyen est proche de celui des usagers d'ecstasy interpellés qui ont en moyenne 23,3 ans en 2000.

En ce qui concerne leur sexe ou leur nationalité, le profil est identique à celui des autres usagers interpellés : une majorité d'hommes (89 % pour le LSD et 92 % pour les champignons) et de Français (respectivement 94 et 90 %).

Les usagers de LSD interpellés se répartissent essentiellement sur quatre catégories socioprofessionnelles et leur profil est proche de celui des usagers d'ecstasy ou d'amphétamines interpellés : par ordre d'importance, les usagers sans profession déterminée ou déclarée (39 %), les ouvriers (26 %), les étudiants-lycéens (16 %) et les employés (15 %). Les personnes interpellées pour usage de champignons hallucinogènes en 2000 sont surtout des étudiants ou des lycéens (63 usagers sur les 154 enregistrés cette année), auxquels s'ajoutent une vingtaine d'employés ou d'ouvriers. Les autres sont sans profession déclarée.

Offre et trafic d'hallucinogènes

L'offre internationale et nationale d'hallucinogènes est examinée principalement à travers les saisies recensées par les services internationaux et nationaux. L'offre de proximité est décrite par des observations de terrain.

Trafic international et voies d'approvisionnement de la France

En 1999, 460 000 unités de LSD ont été saisies, un peu partout dans le monde excepté en Afrique, soit une quantité équivalente à celle enregistrée les deux années précédentes (UNODCCP, 2001a). Avec 141 000 unités, l'Europe en recense environ un tiers.

Par rapport à d'autres produits, les quantités de LSD saisies apparaissent relativement minimales en 1999 : 124 000 unités pour toute l'Europe de l'Ouest, rapportées par une vingtaine de pays, en particulier le Royaume-Uni (67 400 unités), l'Allemagne (23 000 unités), la France (près de 10 000 unités) et l'Italie (5 500).

Pour l'année 2000, un peu plus de 20 000 doses de LSD ont été saisies par les services répressifs en France, soit deux fois plus que l'année précédente. Le nombre d'opérations effectuées a également doublé sur cette période.

Par rapport au niveau atteint en 1994-1996, les saisies de LSD ont enregistré une forte baisse sur les dernières années. Mais les importantes fluctuations annuelles empêchent de tirer des conclusions sur les tendances.

Quantités de LSD saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999

(en milliers d'unités)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
	1 143	387	592	424	446	161	124

Source : UNODCCP

Quantités de LSD et de champignons hallucinogènes saisies en France, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
LSD (en doses)	30 669	27 482	128 359	430 617	74 004	70 217	74 780	5 983	18 680	9 991	20 691
Champignons (en kg)	0,3	1,1	3,4	1,0	1,1	5,5	1,5	1,6	4,8	5,6	11,3

Source : FNAILS, OCRTIS

En 2000, un tiers environ des quantités de LSD saisies, en une seule prise, provenait de Suisse et était essentiellement destiné au marché français ou italien. L'origine plus classique du LSD est les Pays-Bas bien que de nombreuses quantités restent d'origine indéterminée. Les quantités de champignons hallucinogènes saisies sont encore plus marginales, mais globalement en forte hausse.

Trafiants interpellés en France

Les dix-sept trafiquants interpellés pour LSD en France en 2000 ne représentent que 0,3 % de l'ensemble des interpellations pour trafic, tous produits confondus. Leur nombre était plutôt en baisse jusqu'en 1999. Il reste de toute manière très faible et concerne surtout des petits trafiquants.

Par ailleurs, l'OCRTIS enregistre en 2000, quatre interpellations de trafiquants de champignons hallucinogènes.

Offre de proximité : disponibilité, prix et qualité

Les données présentées ici sont issues du dispositif d'observation TREND.

Interpellations pour trafic de LSD, de 1990 à 2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
LSD	25	28	41	29	34	32	27	10	12	11	17
Tous produits	5 198	5 303	5 982	6 451	7 179	7 107	8 412	6 560	5 541	5 506	6 531

Source : FNAILS, OCRTIS

Disponibilité

L'offre d'hallucinogènes s'est accrue en France ces dernières années, notamment dans le milieu festif observé par le dispositif TREND. Outre les produits traditionnels tels que le LSD et les champignons hallucinogènes, on assiste à la diffusion du protoxyde d'azote, de deux anesthésiants, la kétamine et le GHB, et plus récemment des molécules à diffusion restreinte telles que le DMT, le 2C-B, le DOB, etc.

Le petit trafic de LSD est discret, et semble, en général, être l'œuvre d'une frange de la population errante très marginalisée pour qui ce produit, du fait de sa facilité de fabrication et d'escamotage, est devenu une source de revenus. On observe également la vente de LSD par certains petits trafiquants de cannabis, d'ecstasy et d'autres substances stimulantes et hallucinogènes.

Il n'existe pas, à proprement parler, de petit trafic organisé de la variété française (psilocybine) des champignons hallucinogènes. Ils sont le plus souvent offerts ou vendus directement par les collecteurs eux-mêmes. Les autres variétés sont surtout achetées aux Pays-Bas ou en Suisse où elles sont en vente libre.

La kétamine – classée comme stupéfiant par l'arrêté du 8 août 1997 – disponible sur le marché parallèle provient en partie du trafic international et

d'un trafic illégal intérieur, essentiellement à partir de sources médicales et vétérinaires.

En dépit de l'intérêt qu'il suscite chez de nombreux usagers potentiels, la disponibilité du GHB, au sein de l'espace festif, demeure très limitée. Il est le plus souvent signalé comme rare ou indisponible. Le GHB est généralement acheté par le biais d'Internet ou auprès des fabricants artisanaux.

Le protoxyde d'azote est une substance légale utilisée à la fois en médecine, dans l'industrie alimentaire et dans les préparations culinaires domestiques. Il est disponible sur le marché sous forme de capsules de recharge alimentaire ou de bouteilles « bonbons » à usage médical ou industriel. Ces « bonbons » sont presque toujours subtilisés dans les hôpitaux et les cliniques.

Prix

Dans l'espace festif, le prix du buvard de LSD est stable depuis quelques années. Il se situe dans une fourchette comprise entre 30 et 60 F.

En saison de cueillette, le prix de la psilocybine s'élève à environ 100 F pour 100 unités tandis que les variétés mexicaines et hawaïennes se négocient généralement à 100 F les 20 unités ou entre 100 et 200 F le gramme.

Les ballons de baudruche remplis de protoxyde d'azote sont vendus au prix unitaire de 10 F.

Le prix moyen du gramme de kétamine varie en fonction des sites et des régions, mais se situe habituellement autour de 250 et 300 F.

Enfin, le gramme de poudre de GHB se négocie autour de 100 F et la fiole de fabrication artisanale contenant l'équivalent de 5 g liquides se négocie entre 300 et 500 F.

Qualité

En 2000, la base SINTES dénombre 128 échantillons vendus comme du LSD, lesquels contiennent effectivement du LSD dans 33 % des cas. Du cannabinol est retrouvé dans 34 % des échantillons, de la MDMA dans 16 %, de la caféine dans 1 %, des amphétamines dans 2 % et des médicaments dans 9 % d'entre eux. Enfin, 26 % des échantillons ne contiennent aucun principe actif.

Sur les 10 échantillons vendus comme de la kétamine et enregistrés dans la base SINTES, 8 se présentent sous forme de poudre et 2 de liquide. L'analyse a révélé de la kétamine pour 8 de ces échantillons, de la cocaïne dans 1, du Paracétamol® dans 1 et enfin 1 échantillon ne comportait aucun principe actif. Les dérivés amphétaminiques, quant à eux, sont totalement absents.

La base contient aussi les résultats de l'analyse de 8 échantillons vendus comme du GHB, 3 sous forme de poudre et 5 sous forme de liquide. Le GHB était effectivement présent dans 7 de ces 8 échantillons, le dernier ne contenant aucun principe actif.

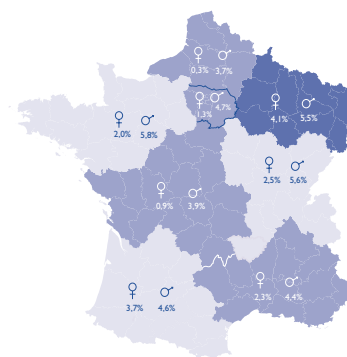
En ce qui concerne les prises en charge dans les régions pour usage d'hallucinogènes, les effectifs sont tellement faibles qu'il paraît hasardeux de commenter leur répartition régionale. Seuls les chiffres des interpellations sont commentés^③ bien que leur découpage géographique soit également délicat.

Consommations à l'adolescence

L'expérimentation d'hallucinogènes (champignons ou LSD) est particulièrement forte dans la région Nord-Est (4,8 % contre 3,2 % dans l'ensemble des autres régions à 17 ans). Viennent ensuite le Sud-Ouest (4,2 %), le Centre-Est (4,1 %) et le Nord-Ouest (4,0 %), en position intermédiaire ; puis le Sud-Est (3,3 %) et la région parisienne (3,0 %) ; enfin le Centre-Ouest (2,4 %) et le Nord (2,0 %) ferment la marche^④.

L'expérimentation de *poppers* apparaît assez homogène sur le territoire français. Elle est toutefois particulièrement faible dans la région Sud-Ouest (0,9 % contre 2,4 % dans l'ensemble des autres régions à 17 ans)^④.

Prévalence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes ou de LSD à 17 ans en 2000, par région



Comparaisons interrégionales à l'âge et sexe contrôlés
Source : ESCAPAD 2000, OFDT^④

Interpellations

Les 218 interpellations pour usage ou usage-revente de LSD enregistrées en 2000 par les services de police ont été effectuées un peu partout en France. Au maximum, une vingtaine de cas dans certaines régions ont été dénombrés. Les effectifs étant très faibles et la répartition variant d'une

année à l'autre, il n'est donc pas possible d'en tirer des conclusions fiables.

Les usagers de champignons hallucinogènes ont pour la plupart été interpellés dans le nord de la France (27 interpellés dans le Nord et 12 dans le Pas-de-Calais) ou dans des régions du centre (10 dans l'Aveyron et 12 dans le Puy-de-Dôme). Il s'agit probablement de zones de plus grande disponibilité (naturelle ou liée à l'importation).

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de LSD ou d'autres hallucinogènes et de ses conséquences, les données étudiées proviennent du rapport annuel 2000 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2000) ainsi que d'autres informations recueillies par cet organisme. Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell *et al.*, 2001).

Consommations

En population générale adulte, les hallucinogènes semblent relativement peu consommés dans l'Union européenne, mais l'information sur ces produits émanant des enquêtes en population générale reste parcellaire.

En population scolaire, l'expérimentation d'hallucinogènes (autres que les champignons) des élèves français de 16 ans apparaît plutôt faible, pour les garçons comme pour les filles, puisqu'elle est de 1 % contre 2 % en moyenne. Les taux les plus importants concernent le Royaume-Uni et la République tchèque, où ils atteignent environ 5 % (Hibell *et al.*, 2001).

Demandes de traitement

Comme en France, la part des demandes de traitement liées aux hallucinogènes en produit primaire ne dépasse pas 0,5 % dans la plupart des pays de l'Union européenne à la fin des années 1990.

Géographie de la consommation d'hallucinogènes

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation d'hallucinogènes sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel de préparation à la défense^④.

Interpellations

À l'inverse du cannabis ou de l'héroïne, les hallucinogènes n'apparaissent pas comme les produits principalement en cause dans les interpellations liées à la drogue¹ dans les pays de l'Union européenne (OEDT, 2000). Les interpellations pour usage ou possession de LSD étaient très peu nombreuses en 1999 (au maximum, elles représentent 2 % des faits comme en Autriche). La France était donc dans une situation comparable à celle des autres pays renseignés avec 0,2 % des cas d'usage/possession lié au LSD en 1999.

Pour en savoir plus

- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2000, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- DE PERETTI (C.), LESELBAUM (N.), *Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, Paris, OFDT/INRP-Paris X, 1999, 170 p.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.
- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.
- PEZOUS (A.-M.), FERRAND (I.), NUSS (P.), *Les urgences comme observatoire des complications aiguës des nouveaux modes d'usage et des nouvelles drogues*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- SUEUR (C.), BENEZECH (A.), DENIAU (D.), LEBEAU (B.), ZISKIND (C.), « Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques », *Revue documentaire Toxibase*, n° 4, 1999, p. 1-28 (partie 1), n° 1, 2000, p. 1-35 (partie 2).
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- UNODCCP (Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime), *Tendances mondiales des drogues illicites 2001*, New York, Nations unies, 2001, 282 p.

1. Le terme « interpellations liées à la drogue » renvoie à des définitions très différentes suivant les pays. Le motif d'interpellation et le produit ne sont pas toujours renseignés.

Médicaments psychotropes

Repères	197
Consommations de médicaments psychotropes dans la population française	198
<i>Consommations en population générale adulte</i>	198
<i>Expérimentation et consommations à l'adolescence</i>	200
<i>Observations de terrain</i>	202
Ventes de médicaments psychotropes	203
<i>Ventes en ambulatoire ou en hôpital en 1999</i>	203
<i>Évolution des ventes depuis 1990</i>	204
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de médicaments psychotropes	205
<i>Demandes de traitement</i>	205
<i>Caractéristiques des personnes prises en charge</i>	206
<i>Morbidité et mortalité</i>	207
Géographie de la consommation et des ventes de médicaments psychotropes	207
<i>Approche régionale</i>	207
<i>Approche européenne</i>	209
Pour en savoir plus	210

Repères

Vente

- Au cours des années 1990, les ventes de médicaments psychotropes ont progressé, tendance essentiellement marquée pour les antidépresseurs (+ 70 %).
- En 1999, ces ventes représentent 6 % du marché total des médicaments en ville, constituant un chiffre d'affaires d'environ sept milliards de francs.

Consommation

- En population générale adulte, au cours des dix dernières années, les indicateurs de consommation sont restés relativement stables pour les anxiolytiques et les hypnotiques. En revanche, la tendance pour la consommation d'antidépresseurs est à l'augmentation.
- L'usage récent de médicaments psychotropes concerne 14 % des hommes et 25 % des femmes. La consommation régulière des seuls somnifères et tranquillisants est relevée pour 9 % des adultes.
- Les médicaments se singularisent, par rapport à tous les autres produits psychoactifs, par le fait que leur consommation se rencontre plus fréquemment pour les femmes que pour les hommes. Pour les deux sexes, elle s'accroît avec l'âge.
- Chez les jeunes, l'expérimentation de ces produits hors cadre de prescription médicale a été en très nette augmentation au cours des années 1990, surtout pour les garçons. Les niveaux de consommation restent néanmoins plus élevés pour les filles : à 17 ans, 29 % des filles les ont déjà expérimentés (11 % pour les garçons), 13 % des filles en ont consommé au cours du mois passé (4 % pour les garçons).
- La plus grande part de ces consommations se fait dans le cadre d'une prescription médicale. En population générale, comme chez les jeunes, l'autoprescription à partir de la pharmacie familiale se retrouve dans un peu plus de 15 % des cas ; l'usage volontairement détourné (« pour se droguer ») est très rare. Toutefois, la consommation de certains de ces médicaments par les usagers problématiques de drogues est fréquemment rapportée par les observateurs de terrain.

Consommations de médicaments psychotropes dans la population française

La consommation de médicaments psychotropes dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Trois classes principales sont étudiées dans les enquêtes en population générale : les hypnotiques (sommifères ou sédatifs), les anxiolytiques (tranquillisants) et les antidépresseurs.

Les années 1990 ont vu l'apparition, sur le marché des antidépresseurs, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (dont le plus connu est le Prozac®). Les neuroleptiques faisant rarement l'objet d'une question dans les enquêtes en population générale, ils sont exclus des médicaments psychotropes dans cette partie, sauf lorsqu'ils sont explicitement cités (on le verra, leur prévalence est faible).

Les usages envisagés ici sont l'usage récent (avoir consommé un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois) et l'usage régulier (avoir consommé au moins une fois par semaine depuis au moins six mois (Guignon et al., 1994) ; avoir consommé dans les sept derniers jours ② ou au moins une fois par semaine au cours des trente derniers jours ③). La question de l'expérimentation (avoir consommé un médicament psychotrope au cours de sa vie) n'est posée que dans les enquêtes effectuées auprès des adolescents.

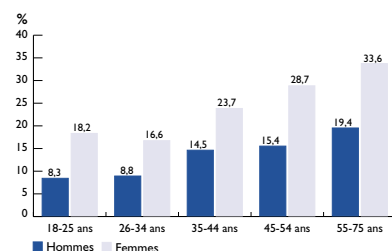
Consommations en population générale adulte

Usage récent

En population générale adulte, l'usage récent de médicaments psychotropes concerne 14,1 % des hommes et 25,3 % des femmes. Plus précisément,

6,0 % des hommes et 12,4 % des femmes ont fait un usage récent d'antidépresseurs, ces chiffres étant respectivement de 11,7 % et 20,3 % pour la catégorie regroupant les hypnotiques et les anxiolytiques. Ce type de consommation augmente avec l'âge, tout en restant toujours supérieur chez les femmes. Chez les 55-75 ans, environ une femme sur trois a consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois, contre un homme sur cinq ③.

Fréquence de l'usage récent de médicaments psychotropes en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

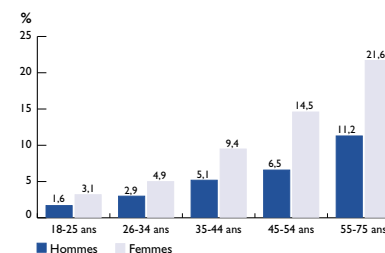
Parmi les individus qui ont consommé un hypnotique ou un anxiolytique au cours de l'année, 70,5 % en ont également pris lors des trente derniers jours, dont la moitié quotidiennement ③.

Usage régulier

En 1999, 9,1 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé des hypnotiques ou des anxiolytiques au cours de la semaine précédent

l'enquête. L'écart entre consommations féminine et masculine s'accroît après 45 ans. Chez les 55-75 ans, dans les trente derniers jours, environ une femme sur cinq a consommé au moins une fois par semaine des hypnotiques ou des anxiolytiques, contre environ un homme sur dix ③.

Fréquence de la consommation régulière d'hypnotiques ou d'anxiolytiques en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

En 1991, les informations sur les usages réguliers par types de médicaments psychotropes étaient plus détaillées. Les médicaments les plus consommés appartenait à la classe des anxiolytiques (7,3 % des adultes). Les hypnotiques concernaient 3,6 % des adultes et plus particulièrement les personnes âgées, les antidépresseurs 2,0 % des adultes, surtout les femmes et les personnes plus jeunes. Les neuroleptiques, consommés par 0,7 % des adultes, l'étaient plutôt par des hommes. Les consommateurs réguliers de médicaments psychotropes représentaient ainsi 11,3 % de la population (la somme des proportions d'usagers de chaque type de produits étant supérieure à la proportion globale car certaines personnes consommaient plusieurs types de produits) (Guignon et al., 1994).

Sur l'ensemble des ordonnances établies un jour donné en 1996, environ 11 % comportaient une prescription d'au moins un médicament psychotrope. Cette consommation datait d'au moins cinq ans chez 57 % de ces utilisateurs ②.

En 1996, les anxiolytiques étaient présents dans les deux tiers des prescriptions comportant au moins un médicament psychotrope. Venaient ensuite les hypnotiques et les antidépresseurs (34 et 30 % de ces prescriptions), puis les neuroleptiques (8 %). Près d'un quart des prescriptions comportait au moins deux types de produits.

Les anxiolytiques sont plus souvent prescrits par les généralistes, qui représentent environ 85 % des prescripteurs de médicaments psychotropes et initient le traitement dans 50 à 60 % des cas. Les psychiatres sont d'avantage à l'origine des prescriptions de neuroleptiques et d'antidépresseurs ②. C'est également ce qui ressort de l'analyse des ordonnances remboursées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, 2000), qui renseignent sur les prescripteurs. Comme pour tous les médicaments, ceux étudiés ici sont principalement prescrits par les médecins généralistes (entre 85 et 90 % d'entre eux). Néanmoins, les antidépresseurs le sont aussi par des psychiatres : 11,7 % pour le Prozac® et 13,5 % pour le Deroxat®. Ces deux proportions sont élevées puisqu'elles sont, pour tous les autres médicaments, inférieures à 1 %.

Usages problématiques ou hors prescription

S'il est délicat de distinguer parmi l'ensemble des consommations celles qui sont excessives ou révélatrices d'une dépendance, plusieurs pistes peuvent être explorées. La première repose sur l'étude de l'adéquation entre pathologies et prescriptions. En 1996, les médecins ayant établi les ordonnances comportant au moins un médicament psychotrope le jour de l'enquête ont été interrogés par questionnaire sur les pathologies à l'origine de la prescription de psychotropes. Les médicaments psychotropes sont utilisés dans plus de 80 % des cas pour des troubles psychologiques, associés dans 17 % des cas à un contexte organique (par exemple problèmes cardiaques provoquant une anxiété). Dans 13 % des prescriptions, il n'a pu être recensé aucun contexte organique ou psychologique ②.

Sur la question de la dépendance, si la durée des prescriptions est majoritairement respectée, les ordonnances s'avèrent souvent renouvelées et l'arrêt

de ces traitements est d'autant moins envisagé que la personne est âgée et qu'une tentative de sevrage s'est traduite par un échec ⑥.

Le contexte d'acquisition des hypnotiques ou des anxiolytiques consommés au cours des douze derniers mois donne une indication sur le type d'usage. Dans les trois quarts des cas, ils ont été prescrits par un médecin. Ils peuvent aussi provenir des restes d'une ancienne prescription pour soi (12,1 %) ou pour quelqu'un de la famille (4,7 %) ou avoir été délivrés par un pharmacien (7,3 %). Les hypnotiques somnifères ou les anxiolytiques tranquillisants sont beaucoup plus rarement obtenus auprès de quelqu'un d'autre (2,2 %) ③.

Certains médicaments sont parfois pris dans le but de « se droguer » ; 0,7 % des adultes l'ont fait au cours de leur vie (parmi eux, un tiers avec un anxiolytique, un tiers avec un hypnotique, 13 % avec un antidépresseur, 12 % avec un codéiné et 6 % avec un neuroleptique) et 0,1 % au cours de l'année ⑩.

La consommation d'antidépresseurs semble très souvent liée au diagnostic de la dépression (seul 0,5 % de ceux qui en prennent n'a pas de motif apparent) et une partie de la population n'est pas traitée alors qu'elle devrait sans doute l'être. En effet, parmi les personnes déclarant être dépressives, la moitié avoue avoir consommé un antidépresseur la veille de l'enquête et parmi celles qui n'estiment pas l'être mais sont repérées comme telles par leurs réponses à des questions spécifiques, elles ne sont que 13 % (Le Pape et Lecomte, 1999).

Profils des consommateurs récents

Les veuves et les personnes à la recherche d'un emploi sont plus fréquemment consommatrices de médicaments psychotropes que l'ensemble de la population. À l'inverse de ce qui est observé pour l'ensemble des médicaments, on trouve moins de personnes de haut niveau scolaire parmi les consommateurs de médicaments psychotropes (Guignon et al., 1994).

La consommation de médicaments psychotropes est souvent associée à celle d'alcool et de tabac chez les hommes et beaucoup plus rarement

chez les femmes. Les trois quarts des utilisateurs masculins de médicaments psychotropes consomment également de l'alcool et du tabac, alors que seules quatre femmes sur dix sont dans ce cas (Guignon et al., 1994).

Évolutions

Entre 1993 et 1999, l'usage régulier d'hypnotiques ou d'anxiolytiques s'est avéré stable à structure de population égale, la proportion d'enquêtés en ayant pris au cours des sept derniers jours passant de 8,9 % (1993) à 9,2 % (1995), puis à 8,7 % (1999) pour ceux en ayant pris au moins une fois par semaine au cours des trente derniers jours ① ② ③. En 1995, entre 18 et 34 ans, le pourcentage de consommatrices était à peine supérieur à celui des consommateurs, alors qu'à partir de 35 ans, les femmes étaient au moins deux fois plus nombreuses que les hommes. Le décalage entre les sexes s'est accentué chez les adultes les plus jeunes, puisque désormais il existe dès 18 ans ② ③.

La confrontation des résultats de l'enquête santé de 1991 et de celle menée en ambulatoire en 1996 confirme que le pourcentage des personnes utilisant des hypnotiques, des anxiolytiques et des neuroleptiques est du même ordre dans les deux enquêtes. En revanche, la tendance à l'augmentation est nette pour la consommation des antidépresseurs : 17 % en 1991 (Guignon et al., 1994) contre 30 % en 1996 ⑩.

Expérimentation et consommations à l'adolescence

Expérimentation

L'expérimentation des médicaments psychotropes est un comportement relativement courant à la fin de l'adolescence, dans la mesure où elle se situe devant toutes celles des produits autres que l'alcool, le tabac et le cannabis. Comme chez les adultes, l'expérimentation est nettement plus féminine (29,0 % chez les filles contre 10,6 % chez les garçons, à 17 ans). À cet âge, les médicaments psy-

chotropes sont expérimentés en moyenne à 15 ans par les filles et à 14,6 ans par les garçons ⑩.

Chez les filles, entre 14 et 18 ans, la proportion d'expérimentateurs de médicaments psychotropes augmente avec l'âge alors que chez les garçons, elle est stable ⑥ ⑦. Cet effet âge chez les filles se rencontre surtout lorsque le médicament est pris sans avis médical ⑦.

Usage actuel

À 17 ans, l'écart entre les sexes se maintient pour les usages récents ⑩.

À 17 ans, les filles sont presque trois fois plus nombreuses que les garçons à avoir pris des « médicaments pour les nerfs » quelle que soit la période de référence. En revanche, la répartition des nombres de prises au cours de l'année est identique pour les deux sexes : 40 % des consommateurs au cours de l'année déclarent une ou deux prises et 30 % plus de dix. À âge, sexe et redoublement contrôlés, le fait de ne plus être scolarisé n'a pas d'influence sur la consommation de médicaments, ni au cours de la vie, ni au cours de l'année. Chez les jeunes sortis du système sco-

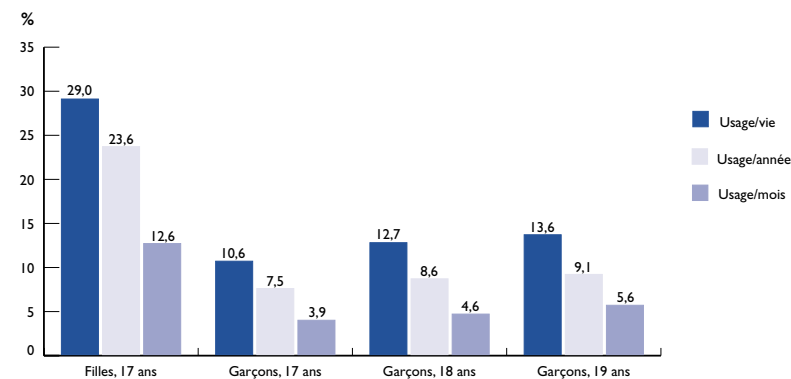
laire, seul le sexe est associé à la consommation, tandis que chez les élèves, la filière et le redoublement ont de l'importance : les élèves de la filière professionnelle ont, toutes choses égales par ailleurs, environ 20 % de chances en moins d'avoir expérimenté ou consommé, le redoublement augmentant au contraire ces chances de près de 15 % ⑩.

En 1997, 8,7 % des 12-19 ans avaient pris un médicament psychotrope au cours du mois (7 % un anxiolytique, 3,5 % un hypnotique) ⑩.

Évolutions

Depuis le début des années 1990, il semble y avoir eu une hausse dans les déclarations de consommation de médicaments psychotropes, visible chez les garçons qu'il y ait ou non prescription et chez les filles pour les usages hors prescription ⑤ ⑦. L'enquête menée en 1997 ne permettait pas de distinguer ces deux types d'usages, mais montrait que 10 % des lycéens avaient pris plus ou moins régulièrement de tels médicaments et 20 % tout à fait exceptionnellement (Ballion, 1999).

Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de médicaments psychotropes chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑩

Fréquence de l'expérimentation de médicaments psychotropes chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe

(en %)

	1993		1999	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Prescrits	27,1	11,5	23,7	15,8
Hors prescription	7,7	2,6	17,4	11,0
Total	29,0	12,1	28,9	20,0

NB : la question posée en 1993 portait sur les douze derniers mois et celle posée en 1999 sur la vie. Ces chiffres concernent l'ensemble des lycéens quel que soit leur âge. Les totaux ne correspondent pas à la somme des deux pratiques, celles-ci pouvant être le fait des mêmes individus.

Sources : INSERM 1993 ^③ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ^④

Observations de terrain

Les médicaments psychotropes susceptibles d'être détournés de leur usage sont nombreux. Des noms commerciaux sont fréquemment cités par les observateurs du dispositif TREND ^③ tels le Tranxène[®] (clorazépate dipotassique), le Stilnox[®] (zolpidem), l'Imovane[®] (zopiclone), le Rivotril[®] (clonazépam), l'Artane[®] (trihexphénidyle), le Rohypnol[®] (flunitrazépam), le Valium[®] (diazépam). Il s'agit le plus souvent de produits de la famille des benzodiazépines.

Trois médicaments pour lesquels le dispositif de recueils a permis une collecte d'informations pertinentes seront traités ici : deux benzodiazépines (le Rohypnol[®] et le Valium[®]) et l'Artane[®], un antiparkinsonien.

Rohypnol[®] et Valium[®]

Le Rohypnol[®] (un hypnotique) et le Valium[®] (un anxiolytique) sont deux médicaments consommés hors cadre médical par des usagers de drogues en grande difficulté sociale, très marginalisés (squatters, prostitués, SDF, errants). Le Rohypnol[®] est recherché d'une part pour ses effets désinhibiteurs et d'invincibilité (effet « Rambo ») et d'autre part comme produit associé à la consommation des

opiacés (buprénorphine, héroïne) et/ou de l'alcool. Le Valium[®] est consommé pour des raisons similaires (descente, sédation).

Le mode d'administration principal observé pour le Rohypnol[®] et le Valium[®] est la consommation par voie orale. Des cas d'injection de Valium[®] ont été également rapportés.

Si le Rohypnol[®] apparaît comme un produit très disponible sur la majorité des sites TREND, il n'en va pas de même pour le Valium[®], dont la disponibilité est beaucoup plus variable. Les nouvelles mesures, plus restrictives, de prescription et de délivrance du Rohypnol[®] – entrées en vigueur en février 2001 – vont probablement modifier la disponibilité de ce psychotrope.

Artane[®]

La prise d'Artane[®]¹ est rarement observée à l'exception de trois sites du dispositif TREND (Paris, la Seine-Saint-Denis et l'île de la Réunion).

Le profil des usagers de ce médicament est similaire à celui des usagers des benzodiazépines, à savoir essentiellement des marginaux. Les effets recherchés sont l'euphorie, les délires hallucinatoires et la désinhibition. L'Artane[®] est souvent associé à de l'alcool, qui en potentialise les effets. Son mode d'administration principal est la prise par voie orale. De rares cas d'injection ont été néanmoins rapportés.

Notons qu'à Paris, l'Artane[®] est obtenu soit directement auprès des personnes auxquelles ce médicament a été prescrit, soit auprès de petits trafiquants, comme pour les autres médicaments. Néanmoins, à la Réunion, on observe des cas de trafic plus important, à partir de l'île voisine de Madagascar.

1. Le trihexphénidyle est un médicament anticholinergique antiparkinsonien de synthèse dont les deux indications thérapeutiques sont la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien des neuroleptiques.

Ventes de médicaments psychotropes

En dehors des enquêtes en population générale, la consommation de médicaments peut être approchée par les données de ventes, qui proviennent soit directement des industriels ^⑤, soit des officines de ville ^⑥. Ces dernières données, les seules régionalisées, sont utilisées pour l'analyse géographique. On se limitera ici à l'étude des quatre classes de médicaments psychotropes retenues : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques.

Les limites des données de ventes sont les mêmes que dans le cas de l'alcool ou du tabac, puisqu'elles ne permettent pas de différencier les consommations exceptionnelles des régulières et de celles ayant provoqué une dépendance.

Pour les médicaments psychotropes normalement délivrés sur prescription médicale, il est possible de faire état de données issues de l'exploitation des ordonnances présentées aux organismes de sécurité sociale pour remboursement (CNAMTS, 2000).

Ventes en ambulatoire ou en hôpital en 1999

Du fait du mode de comptage, en unités de ventes, fortement dépendant du conditionnement de chaque produit, la comparaison des ventes d'une catégorie de produit à l'autre n'est pas envi-

sageable. C'est pourquoi l'analyse est essentiellement centrée sur les évolutions des ventes.

En 1999, le chiffre d'affaires des quatre classes de médicaments psychotropes étudiés atteint plus de 6 milliards de francs pour les ventes effectuées en ville et près de 500 millions de francs pour celles réalisées en hôpital ^⑦.

Les ventes en officines de ville d'anxiolytiques, d'hypnotiques et, dans une moindre mesure, d'antidépresseurs ne sont pas du même ordre de grandeur que celles des neuroleptiques. Ces derniers semblent plus souvent prescrits à l'hôpital. En termes de chiffres d'affaires, l'ordre est différent puisque ce sont les antidépresseurs qui génèrent le chiffre d'affaires le plus important (plus de 3 milliards de francs en 1999), soit près de trois fois plus que celui des neuroleptiques ou des anxiolytiques. Il s'agit aussi des produits les plus chers.

L'analyse des ordonnances remboursées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, 2000) témoigne également de l'importance de la place des antidépresseurs dans la liste des médicaments consommés en France.

Parmi les dix produits les plus fréquemment présentés au remboursement en 1999 deux antidépresseurs apparaissent : le Prozac[®] et le Deroxat[®]². Le premier était déjà classé parmi les cinq premiers produits en 1993 (CNAMTS, 2000, p. 6).

Ventes de médicaments psychotropes, en 1999

(en milliers d'unités et de francs)

	Unités de ventes		Chiffre d'affaires	
	en ville	en hôpital	en ville	en hôpital
Antidépresseurs	53 832	1 595	3 044 194	73 097
Neuroleptiques	29 234	3 648	1 095 952	254 666
Anxiolytiques	74 683	2 792	1 096 150	61 512
Hypnotiques	73 094	2 766	877 321	105 502

En raison des différences dans les tailles de conditionnement, il n'est pas pertinent d'additionner les unités vendues en ville à celles vendues à l'hôpital.

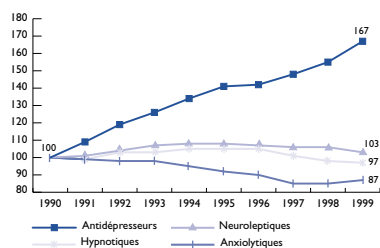
Source : AFSSAPS ^⑤

2. Au même niveau que le Vastarel[®], le Tahor[®] ou encore, le Di-Antalvic[®].

Évolution des ventes depuis 1990

La dernière décennie a été marquée par la forte progression du volume des ventes des antidépresseurs (+ 67 %). Après avoir connu une période de légère hausse au cours de la première moitié de la décennie, les ventes de neuroleptiques et d'hypnotiques sont en baisse et rejoignent quasiment le niveau de 1990. Enfin, celles d'anxiolytiques enregistrent une tendance inverse : en diminution jusqu'en 1998, elles ont augmenté d'environ 3 % en 1999, mais restent cependant en deçà du niveau de 1990.

Ventes de médicaments psychotropes en officines de ville de 1990 à 1999, par classe de produit



(base 100 en 1990 ; en milliers d'unités de vente)

Source : AFSSAPS ©

Les variations des ventes peuvent être liées à des facteurs très différents tenant aux évolutions des conditionnements, des prix ou encore à la mise sur le marché de nouvelles molécules. Le retrait d'un produit, le lancement d'un autre ou des recommandations à la modération sont également des facteurs pouvant influencer ces ventes.

Ainsi, la hausse des hypnotiques lors de la première moitié des années 1990 était due à la mise sur le marché de nouveaux conditionnements comprenant moins de comprimés (boîte de sept au lieu de vingt). Cette mesure a concerné les benzodiazépines ou apparentés et a été encouragée par les autorités sanitaires pour favoriser un meilleur usage de ces produits. Les autres médicaments

psychotropes n'ont pas subi de modifications de conditionnement susceptibles d'entraîner une augmentation mécanique du nombre de boîtes vendues.

L'augmentation des ventes d'antidépresseurs est, quant à elle, très largement liée à la mise sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseurs, plus chers que les précédents. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine correspondent d'ailleurs, en 1999, à 57 % des ventes d'antidépresseurs en unités de ventes et à 69 % du chiffre d'affaires. Pour mémoire, ces proportions étaient de 15 et 30 % en 1990.

Enfin, une revalorisation des prix des neuroleptiques et l'arrivée de nouvelles spécialités ont favorisé la croissance de cette classe de médicaments, du moins jusqu'en 1997 (ONPCM, 1998, p. 22).

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes peut s'accompagner chez certains patients de mésusages, d'abus et de dépendances. Les personnes dans ces situations peuvent être amenées à rechercher de l'aide auprès des professionnels dans les structures de soins ou en médecine libérale. Les seuls chiffres disponibles proviennent d'enquêtes sur la prise en charge des usagers de drogues dans les institutions de soins. La mesure de la prise en charge en médecine de ville est d'autant plus délicate que la frontière entre usages thérapeutiques de médicaments psychotropes d'une part et mésusages, abus ou dépendances d'autre part est difficile à établir.

Par rapport aux données précédentes (enquêtes déclaratives et ventes), les données de prise en charge se rapprochent plus de l'objet d'étude de ce rapport, à savoir, l'usage détourné de médicaments psychotropes (hors médicaments à base d'opiacés), c'est-à-dire celui ayant lieu hors du cadre strict de la prescription médicale. Cette approche n'exclut cependant pas les cas d'usages problématiques sous prescription, du fait notamment du potentiel de dépendance de ces substances.

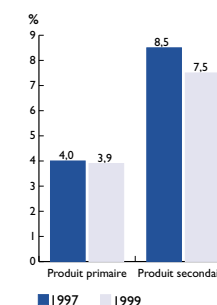
Demandes de traitement

En novembre 1999, les médicaments psychotropes (en excluant ceux à base d'opiacés) sont à l'origine d'un peu moins de 4 % des prises en charge liées à l'usage de drogues en produit primaire et de 7,5 % en produits secondaires³. Les produits en cause sont en grande majorité les benzodiazépines (70 à 80 % des recours pour ce groupe de produits³). Beaucoup plus fréquemment cités en produits secondaires qu'en produits primaires, les médicaments sont, comme tous les pro-

duits, très souvent associés aux opiacés dans les prises en charge, cela en raison du poids global des opiacés dans les motifs de recours.

La tendance entre 1997 et 1999 est à la stabilisation voire la diminution de la part de ces recours dans l'ensemble des prises en charge.

Part des médicaments psychotropes dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999



Il s'agit de l'ensemble des prises en charge dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires, hors double compte, avec au moins un produit à l'origine de la prise en charge citée (voir annexe méthodologique).

N = 18 075 en 1997 et N = 19 564 en 1999

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1997 et 1999, DREES/DGS ©

Si la part des médicaments dans les prises en charge en produit primaire est relativement faible, la consommation récente de médicaments (au cours des sept derniers jours) apparaît beaucoup plus souvent dans les consommations des usagers. Pour prendre l'exemple des benzodiazépines,

3. Les autres médicaments cités sont les barbituriques, très faiblement représentés, les antidépresseurs et la catégorie des autres tranquillisants.

la consommation de ces substances est rapportée chez 25 % des usagers fréquentant les structures de soins incluses dans le champ de l'enquête OPPIDUM en octobre 1999, chiffre resté à peu près stable depuis 1995 ④. Dans près de quatre cas sur cinq ces médicaments ont été prescrits par des médecins.

Au regard de l'ampleur de la consommation de médicaments psychotropes en France, le nombre des recours liés aux médicaments dans les institutions sanitaires paraît faible. Les médecins généralistes – principaux prescripteurs de médicaments psychotropes – sont probablement les premiers impliqués dans la prise en charge des patients en difficulté avec leur consommation de médicaments psychotropes. Aucune donnée ne permet cependant de le mesurer précisément.

Caractéristiques des personnes prises en charge

Comme pour l'ensemble des produits traités dans ce rapport, les caractéristiques des usagers sont décrites à partir des prises en charge pour un

produit primaire. Les médicaments psychotropes en produit secondaire sont abordés dans les chapitres relatifs à chacun des différents produits.

En novembre 1999

Les usagers pris en charge pour usage de médicaments en produit primaire dans les institutions de soins ont comme spécificité d'être en moyenne un peu plus âgés que les autres et surtout de former le groupe comportant la plus importante proportion de femmes (près de 40 %). Cette forte représentation féminine est cohérente avec les résultats des enquêtes sur la consommation de médicaments psychotropes dans l'ensemble de la population qui montrent que les femmes sont plus consommatrices de ces substances que les hommes. Elles restent néanmoins minoritaires dans les prises en charge liées aux médicaments.

Il faut également souligner que la proportion de personnes occupant un emploi rémunéré est particulièrement faible dans ces recours, caractéristique retrouvée aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Profil des prises en charge liées aux médicaments psychotropes et aux opiacés (en produit primaire), en 1999

	Médicaments	Opiacés
Nombre de prises en charge (produit primaire)	766	13 613
% de premiers recours	32,4	28,7
Âge moyen	32,5	31,5
% de moins de 25 ans	17,3	12,8
% d'hommes	60,6	75,9
% de personnes adressées par la justice	4	6,2
% de personnes ayant un emploi	22,6	38,9
% d'élèves et d'étudiants	5,5	2
% de personnes percevant le RMI	26,9	30,9
% de personnes avec opiacés en produit secondaire	13,2	-
% de personnes sous traitement de substitution	29	74,9
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse (actuellement ou antérieurement)	35,5	73
% de personnes ayant utilisé la voie intraveineuse au cours des 30 derniers jours	9,5	18,7

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ④

Les produits secondaires les plus fréquemment mentionnés pour ces recours sont l'alcool (25 % des cas), les médicaments (13,5 %), les opiacés (13 %) et le cannabis (10 %).

Les caractéristiques de ce groupe de personnes prises en charge pour usage de benzodiazépines sont donc sensiblement différentes de celles des usagers d'opiacés.

Évolution

Les caractéristiques des personnes prises en charge pour leur usage de médicaments psychotropes n'ont dans l'ensemble pas évolué entre les mois de novembre 1997 et 1999, si ce n'est une hausse de la proportion de personnes sous traitement de substitution, passée de 20 à 29 % entre ces deux dates et une légère élévation de la part des hommes (de 58,2 à 60,6 %). Parmi les produits secondaires associés aux médicaments psychotropes en produits primaires, la part de l'alcool a tendance à augmenter alors que celle des médicaments et des opiacés régresse.

Morbidité et mortalité

La prise de benzodiazépines en association avec d'autres substances, notamment avec la buprénorphine haut dosage ou la méthadone, peut

provoquer des dépressions respiratoires susceptibles d'entraîner la mort. Selon les statistiques de l'OCRTIS sur les surdoses constatées par les services de police, 35 décès sont liés à la consommation de médicaments. Il s'agit essentiellement de médicaments de substitution (Subutex® ou méthadone) ou de médicaments à base d'opiacés (Skenan®, Temgésic®), consommés seuls ou en association. Ces cas sont traités dans le chapitre relatif aux opiacés. Les décès pour lesquels l'analyse toxicologique a révélé la présence de benzodiazépines sont donc de l'ordre d'une dizaine en 2000 (sur un total de 120 décès). Les benzodiazépines apparaissent toujours en produit associé, soit à d'autres médicaments, soit, plus rarement, à des stupéfiants ④.

Les tranquillisants prescrits pour soulager le stress et l'anxiété ont généralement pour effets de lever les inhibitions, ce qui peut conduire les consommateurs à prendre des risques non calculés, et dans certains cas à se montrer agressifs. Comme l'alcool, ils favorisent donc des passages à l'acte et peuvent avoir des conséquences en termes de conduites délinquantes (notamment sur la route). La consommation à plus long terme de tranquillisants peut également entraîner des dépressions. En l'absence de données sur ces aspects, les conséquences de la consommation de tranquillisants en termes sanitaires et sociaux ne peuvent pas être mesurées.

Géographie de la consommation et des ventes de médicaments psychotropes

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation sont disponibles à partir du Baromètre Santé ④ et de l'enquête déclarative effectuée au

près des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel de préparation à la défense ④. Cette analyse peut être complétée par celle des ventes des officines de ville ④. En ce qui concerne les prises en charge dans les régions pour usage de

psychotropes, les effectifs sont si faibles qu'il paraît hasardeux de commenter leur répartition régionale.

Consommations en population générale

Chez les 15-44 ans, l'usage de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois apparaît relativement uniforme sur le territoire français. Seules les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (avec la Corse) et la Franche-Comté se situent au-dessus du reste de la France, tandis que l'Île-de-France est en dessous. Chez les plus de 45 ans, seules la Basse-Normandie et la Bretagne apparaissent moins consommatrices que les autres ③.

Consommations à la fin de l'adolescence

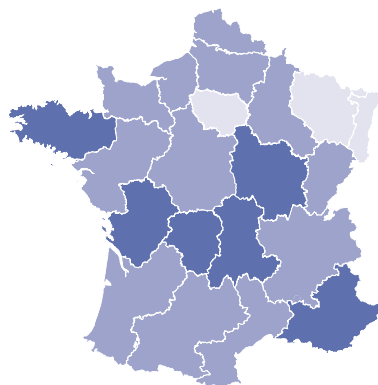
L'expérimentation des médicaments psychotropes à 17 ans est assez uniforme sur le territoire français, en particulier chez les filles pour lesquelles aucune région ne diffère significativement des autres. Elle apparaît toutefois au minimum dans la région nord-est (25,2 % contre 28,1 % dans l'ensemble des régions), tout comme pour les garçons, la différence étant cette fois significative (7,1 % contre 10,0 % dans l'ensemble des autres régions). C'est dans le Centre-Est que les plus fortes proportions sont enregistrées chez les garçons (12,3 %) comme chez les filles (33,0 %), la région parisienne ne se distinguant que pour les garçons ③.

Ventes

Quelques similitudes mais surtout des contrastes géographiques ont été observés entre les ventes d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs effectuées dans les officines de ville en France au cours de l'année 2000.

Quelle que soit la catégorie de médicaments psychotropes considérée, la région du Limousin se caractérise par de fortes ventes, probablement liées à l'importance de la population de personnes âgées dans cette région. Elle est suivie par la Bretagne et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, des régions qui apparaissent également parmi les gros

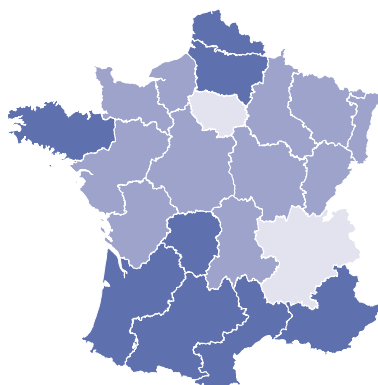
Ventes d'anxiolytiques en 2000, par région



Moyenne nationale (M) : 16 692 unités de vente pour 10 000 habitants
 ■ 15 % ou plus au-dessus de la moyenne nationale
 ■ Moyenne nationale (± 15 %)
 ■ 15 % ou moins en dessous de la moyenne nationale

Source : Ventes en officines de ville 2000, IMS-Health ③

Ventes d'hypnotiques en 2000, par région



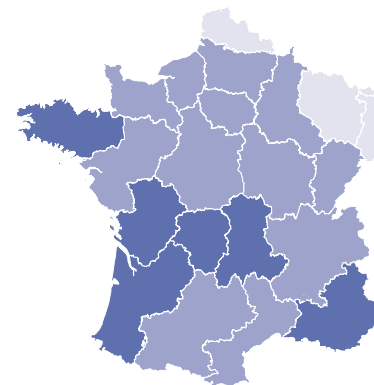
Moyenne nationale (M) : 14 525 unités de vente pour 10 000 habitants
 ■ 15 % ou plus au-dessus de la moyenne nationale
 ■ Autour de la moyenne nationale (± 15 %)
 ■ 15 % ou moins en dessous de la moyenne nationale

Source : Ventes en officines de ville 2000, IMS-Health ③

consommateurs de médicaments, quelle que soit la classe considérée. À l'opposé, l'Alsace, la Lorraine et la région Île-de-France enregistrent des ventes relativement basses de médicaments psychotropes lorsqu'on les rapporte à leur population ③.

De manière plus générale, on remarque de fortes similitudes entre la carte des ventes d'antidépresseurs et celle des anxiolytiques, avec d'importantes disparités régionales. Les ventes d'hypnotiques sont plus diffuses sur l'ensemble du territoire.

Ventes d'antidépresseurs en 2000, par région



Moyenne nationale (M) : 13 405 unités de vente pour 10 000 habitants
 ■ 15 % ou plus au-dessus de la moyenne nationale
 ■ Moyenne nationale (± 15 %)
 ■ 15 % ou moins en dessous de la moyenne nationale

Source : Ventes en officines de ville 2000, IMS-Health ③

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de médicaments psychotropes et de ses conséquences, les données étudiées proviennent d'analyses spécifiques ou de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell *et al.*, 2001).

La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments (Chambaretaud, 2000). Les médicaments psychotropes ne dérogent pas à cette règle, la France se situant devant tous ses voisins, notamment l'Allemagne, le Benelux, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie. Elle était toutefois derrière le Danemark en 1994 (Legrain *et al.*, 1997).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage au cours de la vie de tranquillisants ou de somnifères des élèves français de 16 ans place la France parmi les pays de tête, qu'il y ait prescription ou pas, pour les garçons comme pour les filles. Lorsqu'il s'agit d'une prise avec prescription, la France, avec 18 %, se situe en deuxième position derrière la République tchèque (26 %) et au même niveau que la Croatie. Les pays de l'Union européenne sont autour de la moyenne à 10 %. Pour les tranquillisants ou les somnifères pris hors prescription, la situation diffère peu, la France se situant avec 12 % en troisième position derrière la République tchèque et la Pologne (18 %), au même niveau que la Lituanie (Hibell *et al.*, 2001).

Pour en savoir plus

- BALLION (R.), *Les conduites déviantes des lycéens*, Paris, OFDT/CADIS, 1999, 243 p.
- BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARENES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998, 328 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2000, (à paraître).
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CAVALIE (P.), RAUSS (A.), *Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1988-1999*, Saint-Denis, AFSSAPS, Direction des études médico-économiques et de l'information scientifique, 2001, 86 p.
- CHAMBARETAUD (S.), « La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés », *DREES Études et Résultats*, n° 47, 2000, p. 1-8.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), *MEDICAM : les médicaments remboursés par le Régime général d'assurance maladie en 1999*, Paris, CNAMTS, 2000, 33 p.
- GUIGNON (N.), MORMICHE (P.), SERMET (C.), « La consommation régulière de psychotropes », *INSEE Première*, n° 310, 1994, p. 1-4.
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- LE MOIGNE (P.), *Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation*, 1999, 50 p. (Documents du GDR Psychotropes, Politique et Société, n° 1).
- LE PAPE (A.), LECOMTE (T.), *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997*, Paris, CREDES, 1999, 100 p. (Coll. rapport n° 1277).
- LEGRAIN (M.), LECOMTE (T.), « La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, vol. 181, n° 6, 1997, p. 1073-1087.
- LEMOINE (P.), « Médicaments psychotropes : le big deal ? », *Revue Toxibase*, n° 1, mars 2001, p. 2-12.
- ONPCM (Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments), *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Paris, Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques, 1998, 33 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob, 1996, 282 p.
- ZARIFIAN (E.), *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France*, Paris, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1996, 402 p.

Produits dopants

Remarques introductives	214
Repères	215
Consommations de produits en vue d'améliorer les performances	216
<i>Consommations en population générale adulte</i>	216
<i>Consommations parmi les sportifs adultes</i>	216
<i>Consommations à l'adolescence</i>	217
Opinions à propos du dopage	220
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de produits dopants	221
<i>Ampleur et caractéristique de la prise en charge</i>	222
Lutte antidopage	222
<i>Contrôles antidopage</i>	223
<i>Action de la douane</i>	224
Géographie de la consommation de produits dopants	224
Pour en savoir plus	225

Repères

Remarques introductives

Ce chapitre traite de la question de la consommation de produits psychoactifs en vue d'améliorer ses performances, qu'il s'agisse de dopage au sens strict, c'est-à-dire de l'usage de produits ou de procédés interdits, le plus souvent par des sportifs (voir chapitre relatif au Cadre légal) ou, dans un sens plus large, de la prise de tout produit dont l'utilisateur pense qu'il peut améliorer ses performances.

Du fait de ce champ d'étude large, comparée aux autres consommations développées dans ce rapport, l'entrée par produit n'est pas la plus adaptée ici car les conduites dopantes se caractérisent avant tout par une pratique (ce sont les effets recherchés ou les raisons individuelles qui caractérisent le dopage : accroître ses capacités, ses performances, etc.). Ainsi, en terme de produits, outre ceux appartenant à la liste des substances interdites définie par le ministère de la Jeunesse et des Sports¹, il faut prendre en compte certains stupéfiants, des médicaments psychotropes, mais aussi des médicaments courants, des produits largement consommés (café), etc.

La position adoptée ici navigue donc entre ces différentes notions (dopage sportif, consommation pour améliorer ses performances, consommation de produits dopants interdits, etc.). Ce chapitre rend compte de la diversité et de l'ambiguïté des définitions. Ce sont finalement les sources mobilisées qui conditionnent l'approche retenue.

D'une manière générale, l'expertise collective sur le dopage et les pratiques sportives réalisée en 1998 soulignaient le manque de données épidémiologiques pour mesurer le phénomène du dopage en France (CNRS, 1998). Les études menées depuis semblent essentiellement porter sur le lien entre la pratique sportive et l'usage de drogue². C'est notamment ce qu'a révélé le séminaire européen organisé en décembre 2000³. Ce chapitre est à l'image de ce champ d'étude encore en construction et finalement, le dopage, tel qu'il est abordé par les médias à travers l'évocation de cas (isolés) de sportifs professionnels, est peu traité ici.

1. Liste des spécialités pharmaceutiques françaises contenant des substances interdites et/ou des substances soumises à certaines restrictions dans le cadre de la réglementation contre le dopage.

2. Voir notamment : Akuatias *et al.*, 1999 ; Beck *et al.*, 2001 ; Choquet *et al.*, 1998 ; Lowenstein *et al.*, 2000.

3. Séminaire européen « Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques » organisé dans le cadre de la Présidence française les 5 et 6 décembre 2000 (2001).

Dans ce domaine plus qu'ailleurs le nombre de données disponibles et leurs limites sont tels qu'établir un état des lieux est impossible. Seuls quelques éléments parcellaires peuvent être présentés. Leur mise en perspective ne permet pas de dresser un constat précis sur le phénomène du dopage en France.

Consommation

- Chez les adultes, 6 % ont pris au moins un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles au cours des douze derniers mois. Ce sont principalement des produits de prescription courante, tels que des vitamines, et non pas à proprement parler des produits interdits, inscrits sur la liste.
- Chez les sportifs adultes amateurs, la consommation de produits dopants ne semble pas totalement marginale : entre 3 et 10 % selon les études.
- Chez les jeunes, 11 % des scolarisés ont expérimenté au moins une fois au cours de leur vie un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles. Il s'agit là aussi plutôt de produits de prescription courante que de produits dopants.
- Ces consommations concernent plus les garçons que les filles. Elles sont liées à la pratique d'un sport et dépendent de la nature de cette activité sportive, les sports de force et de combat étant particulièrement concernés.

Lutte antidopage

- Le nombre de contrôles antidopage a sensiblement augmenté ces dernières années (9 500 en 2000). La présence de produits dopants est relevée dans 3,7 % des cas. Ce chiffre est stable au cours des dernières années. Les principales substances détectées sont les cannabinoïdes, le salbutamol (Ventoline[®]), les corticoïdes et les stimulants. Seul disponible, cet indicateur est néanmoins insuffisant pour suivre l'évolution de l'importance des conduites dopantes.

Consommations de produits en vue d'améliorer les performances

La consommation dans la population française de produits psychoactifs dans le but d'améliorer les performances est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Les usages envisagés ici sont, chez les adultes, l'usage récent (avoir consommé un produit pour améliorer les performances au cours des douze derniers mois) et, chez les adolescents, l'expérimentation (avoir consommé un produit pour améliorer les performances au cours de la vie).

Consommations en population générale adulte

Parmi les 15-75 ans, 5,9 % ont pris, au cours des douze derniers mois, au moins un produit pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles. Ce comportement est légèrement plus féminin (6,5 % contre 5,3 % chez les hommes). La recherche de l'amélioration des performances telle qu'elle est entendue par les enquêtés révèle des comportements contrastés, comme l'indique le tableau ci-contre, mais correspond surtout à un usage de vitamines ③.

Si pour les hommes la prévalence au cours des douze derniers mois baisse de façon continue avec l'âge, ce n'est pas le cas des femmes pour lesquelles la prévalence reste stable entre 26 et 75 ans ③.

Consommations parmi les sportifs adultes

Peu d'enquêtes ont été menées directement auprès des sportifs, amateurs ou professionnels. Le thème est jugé très délicat car le dopage va à l'encontre de l'éthique sportive.

Une récente synthèse des données épidémiologiques existantes sur ce thème rapporte que le

Fréquence de l'usage au cours des douze derniers mois de produits consommés pour améliorer les performances en population générale adulte, en 2000

(en %)

Au cours des douze derniers mois, avez-vous consommé des produits pour améliorer vos résultats ou vos performances physiques ou intellectuelles ?

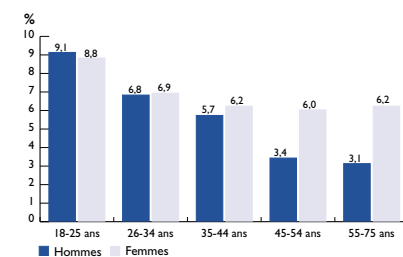
Vitamines	2,9
Médicaments pour la mémoire	0,7
Compléments alimentaires	0,8
Magnésium - zinc - phosphore	0,7
Phytothérapie et homéopathie	0,3
Antiasthénique	0,3
Antidouleur	0,2
Amphétamines	0,1
Autres *	0,2
Produits non identifiés	0,6
Total	5,9

NB : il était possible de citer plusieurs produits

* Cette catégorie contient les stupéfiants (n = 6), les dopants (n = 10) et des produits divers (n = 6).

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

Fréquence de l'usage au cours des douze derniers mois de produits pour améliorer les performances en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

pourcentage de sportifs adultes amateurs déclarant consommer des produits dopants dans le but d'améliorer leurs performances varie entre 3,1 et 9,5 % d'après deux études françaises (Laure, 2000b), dont une porte sur près de 2 000 sportifs amateurs en Lorraine, interrogés en 1996 (Middleton, 1999).

Cette étude montre également que ce sont surtout les compétiteurs qui utilisent ces produits (10,8 % d'entre eux), mais les adeptes du sport de loisir n'y renoncent pas pour autant (4,8 %). Le recours au dopage est lié au niveau de compétition du sportif : 17,5 % des athlètes de haut niveau déclarent recourir au dopage contre 10,3 % des sportifs d'un niveau moindre. Enfin, 5,8 % des éducateurs sportifs diplômés en Lorraine (1994-1997) reconnaissent s'être dopés au cours des douze derniers mois, en moyenne 1 à 6 fois (30 % estiment d'ailleurs que sans dopage, un sportif n'a aucune chance de réussir et 10 % qu'un dopage médicalement assisté est sans danger pour la santé). Les principaux produits utilisés pour se doper sont les stimulants (44,9 % des produits cités), les stupéfiants (27,5 %), les corticoïdes (11,6 %) ou d'autres produits (16 %) (Laure, 2000a).

Consommations à l'adolescence

À la fin de l'adolescence, 4,5 % des jeunes interrogés ont déjà pris au cours de leur vie un produit pour améliorer leurs performances physiques ou

Fréquence de l'expérimentation d'un produit pour améliorer les performances physiques ou sportives à la fin de l'adolescence, en 2000

(en %)

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris un produit pour améliorer vos performances physiques ou sportives ?

Stimulants (amphétamines, cocaïne, caféine à haut dosage)	1,5
Corticoïdes	0,3
Anabolisants	0,3
Autres hormones	0,2
Autres	3,2
Total (toutes substances confondues)	4,5

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ③

sportives. Pour les corticoïdes, les anabolisants et les autres hormones, les prévalences observées sont très faibles ③.

Cette prévalence varie selon le sexe et l'âge : à 17 ans, elle vaut 2,1 % pour les filles, 4,7 % pour les garçons. Pour ces derniers elle atteint 5,6 % à 18 ans et 6,1 % à 19 ans. Elle est aussi plus importante pour les adolescents qui ont une pratique sportive extrascolaire intensive, puisqu'elle atteint 7,8 % pour ceux qui déclarent plus de huit heures de sport hebdomadaires. Concernant les diverses catégories de disciplines, parmi les 4,0 % d'enquêtés qui disent pratiquer la musculation (ou le culturisme), 10,2 % ont déjà pris un produit dopant (contre 4,3 % pour le reste de l'échantillon), cette relation très *significative* restant valable pour les filles comme pour les garçons ③.

Parmi les jeunes scolarisés, 0,7 % déclare avoir déjà consommé des stéroïdes anabolisants et 0,3 % plus de cinq fois au cours de leur vie. La prévalence au cours de la vie concerne plus les garçons (1,1 %) que les filles (0,4 %), mais évolue peu avec l'âge. La pratique sportive hebdomadaire des élèves ayant déjà pris des stéroïdes anabolisants est de 6,9 heures, sachant que parmi eux un sur cinq déclare ne pas avoir pratiqué de sport au cours de l'année ③.

À la question « Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris un produit pour améliorer vos performances physiques, sportives ou intellectuelles », 11,0 % des jeunes scolarisés ont cité au moins une substance, mais 5,0 % n'ont pas précisé de quel produit il s'agissait. Les produits les plus fréquemment cités sont les vitamines ③.

Ces différentes catégories de produits, renvoyant à des profils de consommation très divers, peuvent être regroupées en deux types principaux : les *produits de prescription courante ou socialement intégrés* (groupe comprenant les vitamines, médicaments pour la mémoire, protéines et boissons énergisantes, magnésium/zinc/phosphore, phytothérapie et homéopathie et concernant 4,5 % des élèves) et les *produits classés sur la liste des substances et méthodes dopantes interdites ou soumises à certaines restrictions* (groupe comprenant les amphétamines et autres excitants, stupéfiants et alcool, hormones peptidiques, benzo-

diazépines, corticoïdes et bêtabloquants et concernant 1,4 % des élèves), la catégorie « Autres », très hétérogène, étant laissée à part ⑦.

Les produits de prescription courante ou socialement intégrés concernent des individus plutôt âgés, mais autant les filles que les garçons. L'usage du cannabis (expérimental ou régulier) et de l'alcool semble sans incidence, contrairement à l'usage régulier de tabac qui s'avère négativement corrélé. La pratique du sport, notamment le fait d'être inscrit en club, est un facteur déterminant la prise de ce type de produits.

Fréquence de l'expérimentation d'un produit pour améliorer les performances physiques, sportives ou intellectuelles chez les jeunes scolarisés, en 1999

(en %)

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris un produit pour améliorer vos performances physiques, sportives ou intellectuelles ?

Vitamines	2,6
Médicaments pour la mémoire	1,0
Amphétamines et autres excitants	0,8
Protéines et boissons énergisantes	0,7
Stupéfiants et alcool	0,3
Magnésium - zinc - phosphore	0,3
Phytothérapie et homéopathie	0,3
Hormones peptidiques	0,1
Autres	0,4
Non précisé	5,0
Total	11,0

Les catégories concernant moins de 0,1 % des élèves ont été agrégées à la catégorie « Autres ». C'est le cas des benzodiazépines, des corticoïdes et des bêtabloquants.

Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

Pour les produits classés sur la liste des substances et méthodes dopantes interdites ou soumises à certaines restrictions, le profil des élèves en ayant déjà consommé au cours de leur vie est différent du précédent : cette conduite est plus masculine mais ne se différencie plus par l'âge, ni par les

résultats scolaires. Elle est très liée à la pratique du sport et à l'usage de toutes les substances psychoactives observées, y compris l'usage régulier de tabac ⑦.

Une étude à paraître s'est penchée sur le lien entre la prise de produits et une classification en six groupes réalisée à partir de l'intensité de la pratique de chaque groupe de discipline et de la durée hebdomadaire globale (Faugeron et al., 2002).

Le recours à cette typologie confirme globalement le lien entre intensité de la pratique sportive et consommation des produits pour améliorer les performances, hormis pour la pratique intensive des sports collectifs qui entraîne une consommation moindre de produits de prescription courante ou socialement intégrés. Dans l'ensemble, la pratique intensive (les trois dernières classes) favorise la prise de produits de type dopant, en particulier celle des sports de force et de combat, les élèves de cette classe à forte majorité masculine exprimant un rapport au corps spécifique.

Pour une mise en perspective, le numéro vert « Écoute Dopage », mis en place le 24 novembre 1998, faisait état, dans son bilan d'avril 1999, de 2 640 appels réceptionnés. Les trois quarts des appelants étaient des hommes et 44 % des adolescents ou pré-adolescents. Ils se répartissaient comme suit : sportifs (45 %), entourage (10 %), entraîneurs (7 %), dirigeants (5 %) et autres (33 %). Les demandes ont porté principalement sur la créatine, produit dont la consommation n'apparaît pas dans les enquêtes déclaratives.

Dans le second bilan au 31 octobre 1999, les principaux sports cités sont le cyclisme (45 %), la musculation et l'haltérophilie (28 %), l'athlétisme (18 %) et le football (9 %). Dans l'enquête ESPAD ⑦, le cyclisme et l'athlétisme apparaissent liés à la prise de produits, mais pas de façon très importante dans le cas des produits dopants. Pour la boxe, la musculation et l'haltérophilie, comme pour le football et le rugby, le lien avec la prise de produits dopants est plus net, mais l'intensité de la pratique de ces sports collectifs n'apparaît pas liée à la prise de produits de prescription courante. Les approches « institutionnelles » sont donc complémentaires des approches en « population générale ».

Fréquence de l'expérimentation des produits de prescription courante et des produits « dopants » selon le profil des jeunes scolarisés, en 1999

	Produits de prescription courante	Produits « dopants »
Garçon	4,5	2,0
Fille	4,5 ^(ns)	0,8 ⁽²⁾
14 ans	4,3	1,4
15 ans	3,7	0,9
16 ans	3,4	1,3
17 ans	4,1	1,4
18 ans	6,2	1,5
19 ans	5,4 ⁽²⁾	1,7 ^(ns)
Usage vie cannabis :		
oui	4,6	2,6
non	4,4 ^(ns)	0,7 ⁽²⁾
Usage régulier alcool :		
oui	4,6	4,3
non	4,5 ^(ns)	1,0 ⁽²⁾
Usage régulier cannabis :		
oui	4,2	4,8
non	4,6 ^(ns)	1,1 ⁽²⁾
Usage régulier tabac :		
oui	3,6	2,3
non	4,9 ⁽¹⁾	1,0 ⁽²⁾
Pratique d'un sport :		
oui	5,3	1,6
non	3,2 ⁽²⁾	0,9 ⁽²⁾

ns, (1), (2) : respectivement non significatif, significatif au seuil 0,01 et significatif au seuil de 0,001.

Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

Fréquence de l'expérimentation de produits pour améliorer les performances selon le profil des jeunes sportifs scolarisés, en 1999

	Produits de prescription courante	Produits « dopants »
Pratique sportive faible ou nulle (n = 4 994)	3,5	0,8
Pratique régulière de la danse et de la gymnastique (n = 1 182)	5,3	0,7
Pratique récréative des sports individuels (n = 2 481)	6,3	1,2
Pratique intensive des sports collectifs (n = 2 207)	4,1	1,8
Pratique intensive des arts martiaux (n = 499)	5,8	1,8
Pratique intensive des sports de force et combat (n = 507)	8,9	3,0

Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

Fréquence des produits évoqués lors des appels « Écoute Dopage », en 1999

	(en %)
Créatine	45
Cannabis	24
Produits énergétiques, amphétamines	15
Anabolisants	10
Cocaïne	8
Médicaments	4

Source : Écoute dopage 1999

Par ailleurs, dans une enquête réalisée en Midi-Pyrénées, 7,1 % des adolescents déclarent avoir pris un produit dopant ou « peut-être dopant », ce qui représente une prévalence de 8,5 % parmi les sportifs. Ce comportement est plus masculin (10,6 % contre 3,8 % chez les filles) et progresse avec l'âge chez les garçons (7,9 % chez les 13-15 ans et 15,6 % des 18-20 ans) (Pillard et al., 2000).

Fréquence des disciplines citées sur la ligne « Écoute Dopage » selon l'usage de produits de prescription courante et de produits « dopants », en 1999 (en %)

	Produits de prescription courante	Produits « dopants »
Cyclisme/athlétisme		
non	3,7	1,0
oui, de temps en temps	5,3	1,5
oui, régulièrement	6,7	2,0
oui, en compétition	7,4 ⁽²⁾	2,7 ⁽¹⁾
Boxe/haltérophilie/musculation		
non	4,2	1,1
oui, de temps en temps	6,7	3,3
oui, régulièrement	7,7	2,2
oui, en compétition	5,1 ⁽²⁾	6,6 ⁽²⁾
Football/rugby		
non	4,5	0,9
oui, de temps en temps	4,8	1,6
oui, régulièrement	4,3	1,6
oui, en compétition	3,8 ^(ns)	3,3 ⁽²⁾

ns, (1), (2) : respectivement non significatif, significatif au seuil 0,01 et significatif au seuil de 0,001.

Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDI/MENRT

Opinions à propos du dopage

Lorsque l'on interroge les 15-75 ans sur leur crainte d'essayer un produit dopant, ne serait-ce qu'une fois, seuls 7,0 % n'auraient pas du tout peur et 10,6 % plutôt pas peur. Ce niveau est le même que pour les amphétamines, générant moins de peur que toutes les autres drogues illicites sauf le cannabis, mais nettement plus que les médicaments psychotropes, le tabac ou l'alcool.

Un sondage IFOP/Ministère de la Jeunesse et des Sports a demandé l'avis des Français sur les mesures adoptées dans le cadre de la lutte anti-dopage auprès de 970 adultes en novembre 1998.

Des questions sur le dopage ont également été posées à 503 adolescents de 11 à 15 ans lors d'un sondage CSA. Cette enquête a été effectuée en face-à-face du 21 au 24 octobre 1998. Les jeunes adolescents se montrent relativement tolérants avec les sportifs qui se dopent et environ un quart d'entre eux se déclare prêt à essayer un produit pour améliorer ses performances.

Proportion d'avis favorable à quelques propositions sur le dopage

Êtes-vous favorable aux mesures suivantes	Oui
La lutte doit être menée à l'échelle européenne et mondiale	86
Un suivi médical obligatoire doit être mis en place pour les sportifs de haut niveau	84
Les poursuites judiciaires à l'égard des pourvoyeurs doivent être renforcées	76
Un conseil indépendant doit être créé	73
Le médecin doit être obligé d'interdire de pratique un sportif qui utilise des produits dopants	72
Les sanctions contre les sportifs dopés doivent être allongées	65

Source : IFOP/Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1998

Fréquence des réponses à la question : Si tu entendais parler autour de toi d'un produit qui te permettrait de t'améliorer dans ton sport, quelle serait ton attitude ? (en %)

Je n'en prendrais pas quoi qu'il arrive	73
J'en prendrais si j'étais sûr que ce n'est pas dangereux	13
J'essaierais au moins une fois pour voir	10
Ne sait pas	4

n = 359 pratiquants réguliers d'un sport.

Source : CSA, 1998

Fréquence des réponses à la question : S'il était prouvé qu'un de tes sportifs préférés prenait des produits dopants, quelle serait ta réaction ? (en %)

Je serais déçu, je cesserais d'avoir de l'admiration pour lui	66
Je comprendrais. On leur demande tellement d'efforts qu'il faut bien qu'ils prennent des produits pour y arriver	27
Ne sait pas	7

Source : CSA, 1998

Fréquence des réponses à la question : Pour toi, un sportif qui se dope, c'est : (en %)

Un tricheur	47
Un professionnel qui veut être encore meilleur	32
Une victime	17
Ne sait pas	4

Source : CSA, 1998

Fréquence des réponses à la question : Quelle devrait être selon toi la bonne réglementation à propos du dopage ? (en %)

Interdire complètement tous les produits dopants	52
Interdire seulement les produits qui peuvent être dangereux pour la santé des sportifs	33
Informers les sportifs sur les dangers des produits dopants et les laisser libres de choisir	14
Ne sait pas	1

Source : CSA, 1998

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de produits dopants

La prise en charge médico-sociale des usagers de produits dopants est un domaine encore peu documenté. Pour l'expliquer, plusieurs hypothèses, non exclusives, peuvent être avancées :

- ces usagers ne sont pas distingués de ceux pris en charge ;
- si prise en charge il y a, elle reste confidentielle ;

■ le dispositif spécialisé de prise en charge n'est pas encore très développé.

Les données présentées proviennent donc d'enquêtes ponctuelles et souvent locales.

Elles fournissent des premiers éléments de connaissances, mais qui ne peuvent faire l'objet d'extrapolation.

Quant à la morbidité et à la mortalité liées à l'usage de produits dopants, outre les cas anecdotiques relatés dans la presse, l'état des connaissances est parcellaire et si l'existence de risques encourus semble incontestable, ils n'ont pas encore été quantifiés de manière scientifique (Gallien, 1998).

Ampleur et caractéristique de la prise en charge

La création des antennes médicales de lutte contre le dopage est encore récente (elle a été décidée par le législateur en 1999) et n'offre pas pour le moment de données sur la prise en charge du dopage. C'est pourquoi les principaux acteurs sont encore les médecins généralistes, les pharmaciens et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

D'après deux études françaises, réalisées chacune auprès de 300 professionnels, un tiers des médecins généralistes libéraux (Laure, 2000a, p. 261) et un tiers des pharmaciens d'officine (Laure, 2000a, p. 263) déclarent avoir été confrontés à une demande concernant le dopage sportif au cours des douze derniers mois.

Lutte antidopage

La législation française en matière de lutte contre le dopage fait la distinction entre le sportif, usager de produits dopants et le pourvoyeur de ces produits. Le premier encourt des sanctions sportives fait suite aux procédures disciplinaires conduites par les fédérations, le second est également passible de sanctions pénales.

Les actions de lutte contre le dopage à l'encontre des usagers sont mesurées à partir des contrôles antidopage et celles à l'encontre des pourvoyeurs, à partir des indicateurs pénaux plus classiques.

Chez les médecins, la clientèle concernée était composée soit de consommateurs avérés de produits interdits, soit de personnes à la recherche de conseils pour une prochaine utilisation ou encore, de personnes désirant une prescription (Laure, 2000a, p. 261). La clientèle des pharmaciens demandait soit des informations sur un produit, soit une délivrance du produit lui-même. Le plus souvent, les demandes portaient sur les stéroïdes anabolisants (Laure, 2000a, p. 263).

En 1997, une analyse de la clientèle de deux CSST a révélé la présence de nombreux sportifs parmi les consommateurs, d'héroïne notamment. Certains d'entre eux reconnaissent avoir consommé de l'héroïne durant leur période de pratique sportive, parfois accompagnée de produits dopants (amphétamines, anabolisants). Il est possible que le bouche à oreille ait amplifié le phénomène dans ces centres, en attirant justement des anciens sportifs (CRIPS, 2000 ; Toxivar, 1997).

On peut également signaler le dispositif d'aide « Écoute Dopage », dont les résultats ont été présentés précédemment.

Comme pour toutes substances illicites, les saisies permettent également d'avoir une idée du trafic de produits dopants. Mais l'image est d'autant plus partielle qu'il n'existe pas *a priori* en France de filières d'approvisionnement structurées (Laure, 2000b, p. 1369-1 370).

En effet, comme la plupart des produits dopants sont des médicaments détournés de leur usage, ils peuvent être prescrits par des médecins et vendus dans les pharmacies. Il semble que la majorité des sportifs se procure les produits dans les officines, à l'aide d'une ordon-

nance médicale (Gallien, 1998). Une étude réalisée en 1997 auprès de 186 sportifs amateurs qui ont reconnu se doper précise que 61 % s'étaient approvisionnés auprès des médecins, 20 % sur le marché noir, 15 % auprès de l'entourage et 4 % d'une autre façon (Laure, 2000a, p. 318).

Contrôles antidopage

En 2000, le ministère de la Jeunesse et des Sports recense 9 457 prélèvements effectués au cours de 1 636 contrôles antidopage, auprès de plus de 60 fédérations sportives différentes. La présence de produits ou substances dopantes a été révélée sur environ 350 de ces prélèvements, c'est-à-dire sur 3,7 % d'entre eux (ministère de la Jeunesse et des Sports, 2001b). Notons que ces contrôles sont souvent effectués en direction des disciplines sportives pour lesquelles la probabilité de dopage est la plus forte. Ainsi, en 2000, 22 % des prélèvements ont concerné le cyclisme, 11 % l'athlétisme, 6 % le football, etc.

Les analyses positives de l'année 2000 ont révélé la présence de différentes substances :

Fréquence des substances détectées lors des contrôles antidopage, en 2000

Substance principale détectée	(en %)
Cannabinoïdes	23
Salbutamol	22
Corticoïdes	20
Stimulants	19
Stéroïdes anabolisants	10
Autres *	6
Total (N = 323)	100

* Anesthésiques locaux, narcotiques, diurétiques, bêtabloquants et Bêta2-agoniste (autre que salbutamol)

Source : Ministère de la Jeunesse et des Sports

Les principales substances détectées sont donc les cannabinoïdes, le salbutamol (substance composant la Ventoline® notamment), les corticoïdes et les stimulants. La présence d'anabolisants est plus rare (mais reste stable d'une année à l'autre).

Le cannabis est trouvé dans pratiquement toutes les disciplines contrôlées et correspond souvent à la seule substance interdite décelée (Ministère de la Jeunesse et des Sports, 2001b).

En 1999, il était également précisé que des sanctions ont été prononcées dans 80 % des cas où l'analyse s'est révélée positive aux substances interdites, sauf lorsque l'affaire était en cours d'instruction. Ces sanctions vont de un mois avec sursis à un an ferme. Les 20 % restants ont mis en évidence des substances interdites ou autorisées sous certaines conditions (prescription médicale, seuil à ne pas dépasser, etc.), qui ont soit donné lieu à une relaxe, soit à une prescription thérapeutique acceptée par la commission disciplinaire (Ministère de la Jeunesse et des Sports, 2000).

Malgré la hausse des prélèvements constatée depuis 1996, tout particulièrement en 2000 au cours de la préparation des jeux Olympiques de Sydney, le pourcentage de cas positifs reste remarquablement stable, autour de 3,5 %.

Ce pourcentage est toujours plus important chez les hommes que chez les femmes. Il est généralement légèrement plus élevé chez les sportifs étrangers, c'est-à-dire non licenciés auprès d'une fédération française, que chez les Français.

« L'efficacité de la lutte antidopage ne repose pas sur une multiplication du nombre de contrôles effectués mais sur une amélioration de leur cible (notamment un meilleur suivi du sportif en période d'entraînement) et surtout sur la détection, la sensibilité et la marge de fiabilité des résultats sur l'échantillon recueilli » (CNRS 1998).

En effet, les limites de cette source comme indicateur de la prévalence du dopage dans le milieu sportif sont multiples et tiennent à :

- la difficulté de la détection de certains produits et procédés (tenant notamment à la durée d'élimination et donc de détection des produits – demi-vie – et au fait que les sportifs savent masquer leur consommation et jouer avec les seuils légaux) ;
- la ponctualité des contrôles : ils ont lieu souvent à l'occasion des grandes manifestations sportives et la consommation peut facilement être réduite lors de ces périodes ;
- le faible nombre de contrôles par rapport à celui des sportifs licenciés.

Nombre et résultats des contrôles antidopage réalisés en France, de 1996 à 2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre de prélèvements réalisés *	5 483	5 228	7 113	7 726	9 457
% de cas positifs	3,5	3,6	2,5	3,6	3,7
chez les hommes	3,9	4,0	2,9	4,0	-
chez les femmes	2,2	2,3	1,2	2,5	-

* Un médecin diligent pour effectuer un contrôle antidopage peut effectuer plusieurs prélèvements (entre 4 et 8 en moyenne).

Source : Ministère de la Jeunesse et des Sports

Action de la douane

La douane peut agir à deux niveaux : lorsqu'elle intercepte certains produits interdits en France et lorsqu'elle est en présence d'une personne détenant des quantités importantes d'une substance, même autorisée.

Ainsi, en 1998, les services douaniers ont enregistré 48 infractions ayant donné lieu à la saisie de près de 50 000 doses de « produits à effet anaboli-

sant ». La plupart de ces saisies ont été effectuées lors de contrôle de la circulation et le plus souvent aux frontières belge, espagnole ou suisse. Ces actions ont surtout concerné des sportifs, et plus particulièrement des culturistes (DGDDI, 1999).

Ces résultats sont en forte baisse par rapport à 1997 où 61 infractions avaient été relevées et 105 280 doses saisies. En revanche, par rapport à 1994, la hausse est nette, aussi bien en nombre d'infractions qu'en quantités saisies (Halba, 1999, p. 43).

Géographie de la consommation de produits dopants

Seule l'approche européenne est traitée ici car, pour les sources françaises, les effectifs des enquêtes en population générale sont trop faibles pour représenter dans son aspect géographique le phénomène de consommation de produits en vue d'améliorer les performances. Les données de prises en charge ou celles relatives à la lutte antidopage ne sont pas déclinées géographiquement.

Par ailleurs, il est difficile de comparer la situation française à celles de ses voisins européens du point de vue de la consommation de produits dopants et de ses conséquences. En effet, les données des enquêtes en population générale dans les pays de l'Union européenne ne peuvent être utilisées car trop partielles et disparates. Finalement, les seules données réellement comparables sont celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scola-

risés de 15-16 ans dans trente pays européens. Elles portent sur l'usage au cours de la vie de stéroïdes anabolisants (Hibell, et al., 2001).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage au cours de la vie de stéroïdes anabolisants des élèves français de 16 ans situe la France légèrement en dessous de la moyenne, pour les garçons comme pour les filles. La prévalence, de l'ordre de 1 % en moyenne étant plus élevée chez les garçons (environ 2 %), il est plus aisé de n'effectuer la comparaison que sur eux. La France, avec 1,0 %, se trouve derrière la Grèce et l'Irlande (3 %) ainsi que la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et le Portugal (2 %). Les pays où l'usage chez les garçons est le plus répandu sont la Pologne (6 %) et Chypre (5 %) (Hibell, et al., 2001).

Pour en savoir plus

■ *Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques. Actes du séminaire européen du 5 et 6 décembre 2000*, Paris, ministère de la Jeunesse et des Sports, MILDT, 2001, 106 p.

■ AISSI (F.), « Le dopage », *Revue documentaire Toxibase*, n° 4, 1996, p. 1-31.

■ AQUATIAS (S.), DESRUES (I.), LEROUX (M.), STETTINGER (V.), VALETTE-VIALLARD (C.), *Activités sportives, pratiques à risque, usages de substances dopantes et psychoactives : recherche sur la pratique moderne du sport*, Paris, RESSCOM, ministère de la Jeunesse et des Sports, 1999, 270 p.

■ BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.

■ BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.

■ BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Pratiques sportives et usages de produits psychoactifs, de l'adolescence à l'âge adulte », *Tendances*, n° 13, 2001, p. 1-4.

■ BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2000, (à paraître).

■ CHOQUET (M.), BOURDESSOL (H.), ARVERS (P.), GUILBERT (P.), DE PERETTI (C.), *Jeunes, sport, conduites à risques*, Paris, ministère de la Jeunesse et des Sports, 1998, 157 p.

■ CNRS (Centre national de la recherche scientifique), *Expertise collective : dopage et pratiques sportives, rapport de synthèse*, CNRS, 1998, lien valide le 19 oct. 2001, 20 p. (<http://www.cnrs.fr/SDV/dopagetexte.html>).

■ CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Sport, dopage et conduites addictives : dossier documentaire*, CRIPS PACA, 2000, lien valide le 19 oct. 2001, 7p. (<http://www.crips.asso.fr/webpaca/jdpaca/sport/dopage.htm>).

■ DGDDI (Direction générale des douanes et droits indirects), *La douane en 1998*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 1999, 34 p.

■ FAUGERON (C.), KOKOREFF (M.), *Société avec drogue : enjeux et limites*, Ramonville-Sainte-Agne, Erès, (à paraître en 2002).

■ GALLIEN (C.-L.), *Le dopage en questions*, Comité national olympique et sportif français, 1998, lien valide le 19 oct. 2001, 60 p. (http://www.franceolympique.com/dossiers/dopage/dopage_questions.htm).

■ HALBA (B.), *Dopage et sport*, Paris, Milan, 1999, 63 p. (Coll. Les essentiels Milan).

■ HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.),

MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report : Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

■ LAURE (P.), *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000a, 447 p.

■ LAURE (P.), « Le dopage : données épidémiologiques », *La presse médicale*, vol. 29, n° 24, 2000b, p. 1365-1 372.

■ LOWENSTEIN (W.), ARVERS (P.), GOURARIER (L.), PORCHE (A.-S.), COHEN (J.-M.), NORDMANN (F.), PREVOT (B.), CARRIER (C.), SANCHEZ (M.), « Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour addictions. Rapport 1999 de l'étude commanditée par le ministère de la Jeunesse et des Sports (France) », *Annales de médecine interne*, vol. 151, 2000, p. A18-A26.

■ MIDDLETON (O.), « Les jeunes sportifs, le dopage et les médecins », *THS la revue*, vol.1, hors-série spécial jeunes, 1999, p. 19-21.

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, *Lutte antidopage*, dossier Internet, 2001a, lien valide le 19 octobre 2001, (<http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/francais/mjsluttedop.htm>).

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Direction des sports, Bureau de la protection des sportifs et du public (DS/5), *Contrôles antidopage en France. Présentation des statistiques 2000*, ministère de la Jeunesse et des Sports, 2001b, 30 p.

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Direction des sports, Bureau de la protection des sportifs et du public (DS/5), *Présentation des statistiques 1999 sur les contrôles antidopage*, ministère de la Jeunesse et des Sports, 2000, 36 p.

■ PILLARD (F.), GROSCLAUDE (P.), NAVARRO (F.), GODEAU (E.), RIVIÈRE (D.), « Enquête épidémiologique sur le dopage sportif en milieu scolaire dans la région Midi-Pyrénées en 1999 : résultats préliminaires », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 42, 2000, p. 185-186.

■ Toxivar, *Actes du colloque Sport, dopage et conduites addictives* organisé par Toxivar, IRFFD (Institut régional de formation aux fonctions de direction), 1997, lien valide le 19 oct., 2001, 18 p. (<http://cafdes2004.free.fr/dwld/toxicomanie/Sport%20et%20dopage.htm>).

Tabac

Repères	228
Consommations de tabac dans la population française	230
<i>Consommations en population générale adulte</i>	230
<i>Consommations à l'adolescence</i>	233
Ventes de tabac en 2000	234
<i>Ventes de tabac</i>	234
<i>Chiffre d'affaires et fiscalité des produits du tabac</i>	236
<i>Trafic et contrebande de tabac</i>	237
<i>Production de tabac</i>	237
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de tabac	238
<i>Ampleur et caractéristiques de la prise en charge</i>	238
<i>Ventes de substituts nicotiniques</i>	239
<i>Morbidité et mortalité</i>	240
Géographie de la consommation et des ventes de tabac	243
<i>Approche régionale</i>	243
<i>Approche européenne</i>	245
Pour en savoir plus	247

Repères

Vente

- Les ventes de tabac ont régulièrement décliné à partir de 1991, année d'adoption de la loi Évin. Néanmoins, une inversion de tendance se dessine depuis 1997. Les années suivantes, les ventes amorcent une légère progression.
- Le chiffre d'affaires du tabac représente, en France, 83 milliards de francs, dont 75 % reviennent à l'État sous forme de taxes.

Consommation

- Pour la population générale adulte, une tendance globale à la baisse de la consommation a été observée au cours des années 1990, qui masque cependant une progression chez les femmes.
- En population générale adulte, l'expérimentation du tabac est très répandue chez les hommes (88 %) comme chez les femmes (76 %), l'usage actuel concerne 39 % des hommes et 30 % des femmes. La consommation quotidienne de tabac – qui diminue nettement avec l'âge – touche 33 % des hommes et 26 % des femmes.
- Chez les jeunes, entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, la consommation chez les 12-18 ans suit une tendance globale à la baisse. Cependant, depuis le début des années 1990, une hausse visible à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien des 14-18 ans a été relevée.
- L'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. Plus des trois quarts des jeunes déclarent avoir déjà consommé du tabac et son expérimentation est un peu plus féminine (79 % chez les filles contre 76 % chez les garçons, à 17 ans). À 17 ans, cinq jeunes sur dix ont fumé au moins une cigarette au cours du dernier mois et quatre sur dix ont fumé quotidiennement (42 % chez les garçons et 40 % chez les filles).
- Le tabac est le produit psychoactif expérimenté le plus précocement après l'alcool, à environ 14 ans en moyenne.

Conséquences sanitaires et sociales

- Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes. Il est considéré comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. On estime que, pour près d'une hospitalisation sur six, le tabagisme est un facteur de risque.
- Cette mortalité est actuellement très masculine : 95 % des 60 000 décès liés au tabac concernent les hommes. Mais cette caractéristique se modifie au cours du temps avec l'évolution de la consommation féminine qui tend à rejoindre les niveaux relevés pour les hommes. Pour les femmes, la mortalité liée au tabac progresse, et continuera d'augmenter au cours des vingt prochaines années, plus vite que pour les hommes.
- Les prises en charge relatives au tabagisme sont encore relativement marginales, sans aucune proportion au regard de l'importance des conséquences sanitaires précédemment évoquées. Le nombre de fumeurs pris en charge par la médecine de ville ou les structures spécialisées sont de l'ordre de quelques dizaines de milliers. La méthode la plus largement employée est l'utilisation des substituts nicotiniques.
- Ces produits de substitution du tabac peuvent être achetés sans prescription médicale depuis la fin de l'année 1999. En conséquence, leur vente connaît une progression sensible en 2000, année pour laquelle on estime à 100 000 le nombre de personnes concernées par mois. Le chiffre d'affaires correspondant à ces ventes est de 628 millions de francs.

Consommations de tabac dans la population française

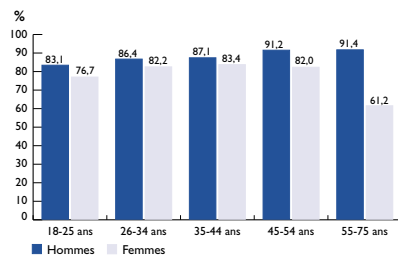
La consommation de tabac dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les usages envisagés ici sont l'expérimentation (avoir déjà consommé au moins une cigarette au cours de sa vie), l'usage actuel (fumer ne serait-ce que de temps en temps), et l'usage quotidien (fumer au moins une cigarette par jour).

Consommations en population générale adulte

Expérimentation

En population générale adulte, l'expérimentation du tabac est plus répandue chez les hommes (88,4 %) que chez les femmes (76,0 %). Seules les femmes de plus de 55 ans sont nettement moins nombreuses à l'avoir expérimenté, traduisant un effet génération ③.

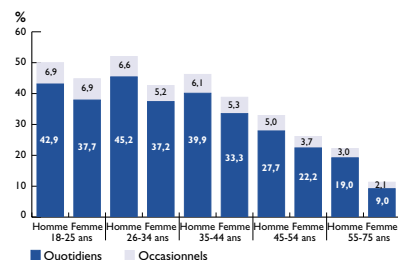
Fréquence de l'expérimentation de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

Consommations actuelles

Fréquence de la consommation actuelle de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

En ce qui concerne les consommations actuelles, 38,6 % des hommes et 30,3 % des femmes déclarent fumer « ne serait-ce que de temps en temps »¹. La consommation quotidienne de tabac touche 33,2 % des hommes et 26,0 % des femmes. Elle diminue nettement avec l'âge ③. Environ 13 millions de fumeurs quotidiens ont été dénombrés ④. Selon différentes enquêtes, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens est environ de 14 : 15 chez les hommes, 13 chez les femmes (pour ce calcul, par convention, un cigare équivaut à 2 cigarettes, une pipe à 5 cigarettes) ⑤ ③.

Parmi les fumeurs actuels, 45 % consomment entre 1 et 10 cigarettes par jour et 39 % en fument entre 11 et 20. Une consommation supérieure à quarante cigarettes par jour est rare puisqu'un tel comportement n'est déclaré que par 1 % des

fumeurs. La cigarette est de loin le principal mode de consommation du tabac, dans la mesure où la pipe ou le cigare sont utilisés en produit principal par moins de 2 % des fumeurs ⑥.

Dix pour cent des fumeurs quotidiens fument leur première cigarette dans les cinq minutes suivant leur réveil, 23 % entre six et trente minutes, 17 % entre une demi-heure et une heure et 50 % plus d'une heure après le réveil. La première cigarette de la journée est en moyenne fumée plus tôt par les hommes et par les plus âgés.

La précocité de la première cigarette quotidienne est très liée à la quantité consommée : 39,5 % de ceux qui la fument dans les cinq premières minutes en consomment plus de 20 par jour, contre seulement 1 % de ceux qui ne la fument pas dans la première heure) et sont entrés dans une consommation régulière plus tôt. Ils sont par ailleurs plus nombreux à fumer dans les zones non-fumeur, où qu'elles se situent ⑦.

Parmi les 9 millions d'individus fumant au moins 10 cigarettes par jour, 5,3 millions sont positifs au mini-test de Fagerström, qui permet de repérer des signes de dépendance (fumer au moins 20 cigarettes par jour ou fumer sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil) ⑧.

Profil des fumeurs actuels

Le chômage est la situation professionnelle la plus associée au tabagisme, puisque 52 % des chômeurs sont fumeurs. Parmi les hommes en activité en 2000, 45 % des ouvriers fument, comme 37 % des employés et des professions intermédiaires, contre 31 % des cadres et 25 % des agriculteurs.

Chez les femmes, 29 % des employées et des femmes ayant une profession intermédiaire fument, de même que 26 % des ouvrières. Parmi les retraités, 15 % des hommes et 6 % des femmes sont fumeurs ④.

Arrêts envisagés et tentatives d'arrêt

Parmi les fumeurs actuels, 58,4 % manifestent le désir d'arrêter de fumer, cette proportion étant similaire chez les hommes et les femmes et plus élevée entre 26 et 54 ans. Toutefois, une fois sur deux, le projet d'arrêter est remis à une date indéterminée, et ce phénomène est d'autant plus marqué que la consommation quotidienne est forte. Seuls 30,9 % pensent faire appel à un médecin pour arrêter (plus élevée pour les femmes, cette proportion augmente avec l'âge). L'arrêt volontaire radical (50,8 %), l'arrêt avec réduction progressive de la consommation (28,3 %), le patch antitabac (19,6 %) sont les moyens le plus souvent envisagés. L'acupuncture (7,7 %), la gomme à mâcher (5,6 %), la psychothérapie (4,0 %) et d'autres méthodes médicales (2,6 %) sont parfois nommées. L'arrêt volontaire radical est plus souvent cité par les hommes. Parmi les personnes ayant arrêté ou essayé d'arrêter au moins une semaine au cours de leur vie, les principales raisons nommées sont la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (20,2 %), la peur de tomber malade (14,8 %), une grossesse ou une naissance (13,9 %), la lassitude (13,1 %), l'envie d'avoir une bonne condition physique (11,9 %) et le prix des cigarettes (9,8 %), ce dernier étant surtout mentionné par les jeunes ⑨.

Tabagisme passif et respect des zones non-fumeur

71,6 % des adultes se disent gênés par la fumée des autres. Les non-fumeurs l'évoquent deux fois plus souvent que les fumeurs actuels (81,2 % contre 43,3 %). Les femmes déclarent plus fréquemment être très gênées que les hommes (43,4 % contre 33,6 %) ⑩.

Les zones non-fumeur les mieux respectées par les adultes sont les transports en commun (seuls 4,8 % des fumeurs interrogés déclarent qu'il leur arrive d'y fumer), suivis des restaurants (10,8 %), du lieu de travail (15,5 %) et des bars et cafés (18,5 %). Les femmes qui fument déclarent moins souvent que les hommes le faire sur leur

1. Pour reprendre les termes de la question.

lieu de travail (12,7 % contre 17,4 %) comme dans les bars et les cafés (14,6 % contre 21,7 %) ③.

Perceptions des dangers du tabac

Pour 46,7 % des 18-75 ans, fumer du tabac est dangereux pour la santé dès qu'on essaie, pour 8,2 % dès qu'on en fume de temps en temps, alors que 43,2 % pensent que c'est le cas dès qu'on en fume tous les jours. Parmi ces derniers, en termes de nombre de cigarettes par jour, 20 % pensent qu'il devient dangereux de fumer du tabac dès une cigarette par jour, 13 % dès deux à quatre cigarettes par jour, 19 % à partir de cinq, 22 % à partir de dix et 13 % à partir de vingt. Les femmes situent le danger dès l'expérimentation plus souvent que les hommes ; les plus jeunes ont davantage tendance à le situer à partir d'un usage quotidien.

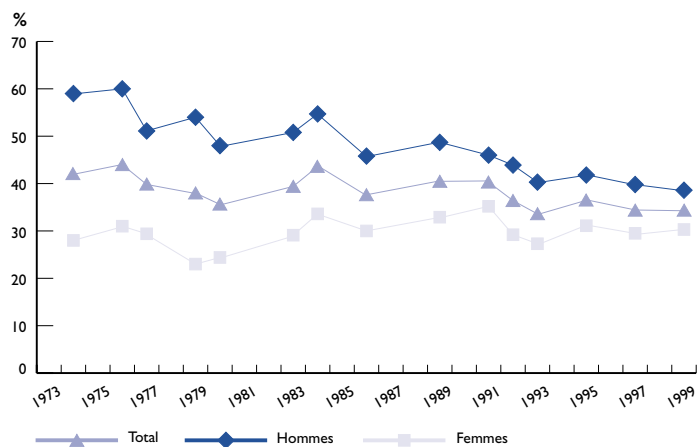
Parmi les fumeurs, 49,6 % estiment qu'il est dangereux de fumer du tabac dès qu'on en fume tous les jours, et 41,9 % dès qu'on essaie. Si les fumeurs situent le danger à un niveau de consommation plus élevé, ils ont conscience d'être davantage exposés à des problèmes de santé spécifiques : plus souvent que les non-fumeurs, ils craignent

pour eux-mêmes les maladies dues au tabac (52,9 % contre 13,7 %) et les maladies respiratoires (36,8 % contre 25,6 %). En revanche, ils ne redoutent pas plus fréquemment le cancer en général et les maladies cardiaques ③. Il faut noter que ces chiffres diffèrent de ceux obtenus lorsque la question porte directement sur le nombre quotidien de cigarettes à partir duquel fumer est jugé dangereux, question à laquelle 21 % déclarent spontanément que fumer du tabac est dangereux pour la santé dès qu'on essaie ④.

Évolutions

Depuis le début des années 1970, on observe une tendance globale à la baisse de la consommation, qui masque cependant une certaine progression chez les femmes, notamment dans les années récentes. Dans la population âgée de 18 à 75 ans, le pourcentage de fumeurs s'est maintenu autour de 40 % du milieu des années 1970 au début des années 1990. La proportion de fumeurs a depuis sensiblement diminué et représentait 36 % de la population adulte en 1999. L'impact du volet tabac de la loi Évin de 1991 au cours des années 1990

Proportion de fumeurs chez les plus de 18 ans dans différentes enquêtes de 1975 à 2000, par sexe



Sources : Enquêtes du CFES

semble avoir contribué à cette baisse, également observable par l'évolution des données de vente sur cette période (Baudier et al., 1998, p. 164).

Consommations à l'adolescence

Expérimentation

L'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. Plus des trois quarts des jeunes interrogés déclarent avoir déjà consommé du tabac, et cette proportion atteint même 84,0 % pour les garçons de 19 ans. À 17 ans, l'expérimentation est un peu plus souvent féminine (79,4 % chez les filles contre 76,0 % chez les garçons) ⑤.

À âge et sexe donnés, la cigarette est le produit expérimenté le plus précocement après l'alcool. Ce premier usage a lieu en moyenne à environ 14 ans ⑥.

Usage actuel

Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe, âge et nombre de cigarettes fumées par jour au cours des trente derniers jours (% en ligne)

	Nombre de cigarettes			
	de 1 à 5	de 6 à 10	de 11 à 20	20 et +
Filles, 17 ans	35,3	37,4	20,9	6,4
Garçons, 17 ans	31,8	38,0	23,4	6,8
Garçons, 18 ans	25,5	37,0	28,0	9,5
Garçons, 19 ans	23,2	35,8	32,1	8,9

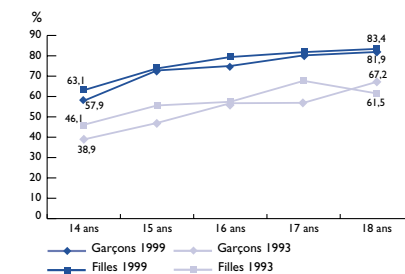
Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑥

À 17 ans, cinq jeunes sur dix ont fumé au moins une cigarette au cours du dernier mois et parmi ces derniers huit sur dix ont fumé quotidiennement (au total 41,9 % des garçons et 40,2 % des filles). Les filles déclarent un peu plus fréquemment de faibles consommations : 10,5 % d'entre elles disent fumer moins d'une cigarette par jour contre 7,7 % des garçons. Parmi ces derniers, à 19 ans, 53,7 % reconnaissent fumer quotidiennement ⑦.

À 17 ans, le profil des fumeurs quotidiens selon le nombre moyen de cigarettes fumées par jour diffère peu de celui des fumeuses. Contrairement à toutes les autres drogues, leur consommation est proche, tant en fréquence qu'en intensité. Une tendance à l'intensification de la consommation apparaît avec l'âge, les trois quarts des garçons de 18-19 ans fumants quotidiennement prennent plus de cinq cigarettes par jour ⑧.

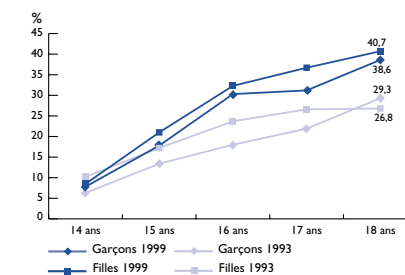
Évolutions

Fréquence de l'expérimentation de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge



Source : INSERM 1993 ⑤ ; ESPAD 1999, INSERM-OFDT-MENRT ⑤

Fréquence de l'usage quotidien de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge



Source : INSERM 1993 ⑤ ; ESPAD 1999, INSERM-OFDT-MENRT ⑤

Entre 1977 et le début des années 1990, l'observation conjointe de différentes enquêtes montre une tendance globale à la baisse de la consommation de tabac chez les 12-18 ans (Baudier *et al.*, 1998, p. 164.). Cependant, depuis le début des années 1990, la hausse est visible à la fois sur l'expérimentation et sur l'usage quotidien des 14-18 ans, et ce à

tous les âges de l'adolescence, pour les garçons comme pour les filles ⑤ ⑦. Le Baromètre Santé jeunes CFES 1997 fournit ici un point de comparaison qui confirme la tendance : à tout âge et pour les deux sexes, l'expérimentation du tabac se situait en 1997 à un niveau intermédiaire entre les prévalences observées en 1993 et 1999 ⑥.

Ventes de tabac en 2000

Les produits du tabac sont vendus en France métropolitaine à travers un réseau de près de 34 000 débiteurs. Les chiffres de ces ventes proviennent du principal distributeur de tabac en France : Altadis (ex-Seita). Quelques données relatives au chiffre d'affaires et au régime fiscal du tabac sont également présentées.

Parallèlement à ces ventes se développe un marché illégal dont l'ampleur est difficile à estimer, mais qui peut être approché par les chiffres des saisies de la douane.

Ventes de tabac

Contrairement à la production, l'importation et la distribution, la vente au détail du tabac demeure un monopole d'État, confié à l'administration des

douanes depuis 1993 et exercé par l'intermédiaire des débitants. Mais les données nationales de ventes proviennent d'Altadis qui assure près de 95 % de la distribution des produits du tabac en France².

Au cours de l'année 2000, les ventes de tabac se sont élevées à près de 92 000 tonnes (CDIT, 2001). Le principal produit du tabac vendu est la cigarette, avec 82,5 milliards d'unités vendues en 2000, loin devant les cigares ou cigarillos (1,7 milliard d'unités). Les ventes de tabac à fumer représentent 7 170 tonnes.

Plus de huit cigarettes vendues sur dix sont des blondes et les cigarettes « légères » (moins de 10 mg de goudron) représentent un peu plus d'un tiers des cigarettes vendues.

En rapportant les ventes de cigarettes au nombre de consommateurs se déclarant actuellement fumeurs (15 millions³), on aboutit à une esti-

Ventes de tabac en France en 2000, par type de produits

			(en tonnes ou millions d'unités)		
Total des cigarettes (en millions d'unités)	% de cigarettes blondes	% de cigarettes légères	Cigares et cigarillos (en millions d'unités)	Tabacs à fumer (en tonnes)	Total des ventes de tabac (en tonnes) *
82 513	82,5 %	36,5 %	1 710	7 170	91 750

* Les données sont présentées par millions d'unités. D'après le CDIT, 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarillo = 1 g d'où un total des ventes de tabac de 91 750 tonnes.

Une autre convention existe suivant laquelle 1 cigare = 4 g et 1 cigarillo = 1,6 g ; dans ce cas, le total des ventes de tabac est de 116 794 tonnes en 2000 (C. Hill).

Source : Altadis (ex-Seita) 2000, CDIT

2. Les autres distributeurs sont très spécialisés, dans la vente de cigares notamment.

3. Voir les estimations du nombre de consommateurs occasionnels de tabac (chapitre relatif à l'Approche transversale).

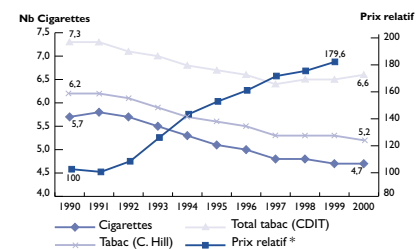
mation de 15 cigarettes en moyenne par jour et par fumeur occasionnel en 2000.

Globalement, les ventes de tabac en 2000 ont baissé de 1,4 % par rapport à 1999, mais cette évolution est différente selon les produits : une légère baisse des ventes de cigarettes (- 1,4 %), notamment des brunes, une hausse de celles de cigares ou cigarillos (+ 2,4 %) et une baisse plus importante des ventes de tabac à fumer (- 2,9 %), essentiellement due à celle des tabacs pour la pipe (- 10,4 %). Si l'évolution des ventes de cigarettes observée en 2000 s'inscrit dans une tendance à long terme, celle des ventes de tabac à fumer est plus inédite.

L'évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur **prix relatif** depuis 1970⁴ laisse clairement apparaître l'effet des politiques publiques : la loi Veil en 1976 est suivie d'une période de stabilisation des ventes et des prix. La baisse des ventes et la hausse des prix sont plus nettes et plus durables suite à l'adoption de la loi Évin, en 1991 (voir ci-après).

Ventes de tabac depuis 1990

Ventes de tabac et prix relatif du paquet en France, de 1990 à 2000



Pour évaluer le total des quantités de tabac vendues en France, deux conventions existent : pour les industriels du tabac, 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarillo = 1 g (CDIT) ; Pour certains chercheurs, 1 cigarette = 1 g, 1 cigare = 4 g et 1 cigarillo = 1,6 g (C. Hill). Ces différences de calcul expliquent la position des deux courbes et pourquoi la courbe la plus haute ne traduit pas la baisse enregistrée en 2000 pour la plupart des produits du tabac (poids des cigares dans le total des ventes).

Source : Altadis (ex-Seita) (ventes 1990-2000) ; INSEE (population 1990-2000)

Les ventes de cigarettes sont en baisse tout au long de la dernière décennie : de 5,7 cigarettes en moyenne par personne et par jour en 1990 à 4,7 en 2000. Cette tendance à la baisse se retrouve sur l'ensemble des produits du tabac après le pic des ventes de 1991. Mais elle se ralentit, voire s'annule à partir de 1997.

Parallèlement, depuis 1991, le prix de la cigarette a augmenté à onze reprises. Il est passé, pour le paquet de cigarettes blondes le plus vendu en France, de 10,80 F au 30 septembre 1991 à 21,00 F au 3 janvier 2000 (CDIT, 2000). D'après les données de l'INSEE, l'indice du prix du tabac a pratiquement doublé entre septembre 1991 et décembre 1996 (74 points de plus que l'inflation) (Anguis *et al.*, 1997, p. 1).

La baisse des ventes est habituellement expliquée comme la conséquence de la loi Évin, mise en œuvre à partir de 1992, et, surtout, des modifications qu'elle a entraînées dans le prix de vente des cigarettes en France (par le biais de l'augmentation du montant des taxes prélevées par l'État⁵). En effet, on constate habituellement une évolution inverse entre le prix des cigarettes et leurs ventes (sensibilité de la consommation au prix). D'après l'INSEE, une hausse de 1 % du prix du tabac entraîne, au bout de trois ans, une baisse de 0,3 % de la consommation (Anguis *et al.*, 1997).

Ainsi, l'augmentation du prix du paquet de cigarettes depuis le début des années 1990 aurait un impact sensible sur la diminution de la consommation. Les effets de l'interdiction de la publicité sont plus discutés.

Le ralentissement de la baisse des prix dès 1997 peut expliquer la légère reprise de la consommation. Il est possible également que les ventes de cigarettes aient augmenté au moment de la Coupe du Monde de football de 1998, événement qui a attiré en France de nombreux touristes.

Si la cause de la baisse depuis 1991 des ventes de tabac, notamment de cigarettes, est assez bien documentée (effet des augmentations à la fois

4. Pour plus de détails, se reporter à la précédente édition de ce rapport (OFDT, 1999).

5. Pour une description plus précise du mécanisme, se reporter à : Recours, 1999 ; Anguis *et al.*, 1997.

fortes et répétées du prix de tabac), il est difficile de connaître les modifications du comportement des consommateurs : baisse des quantités consommées, baisse du nombre de nouveaux consommateurs et/ou arrêt de la consommation chez certains usagers. Ces explications ne sont pas exclusives les unes des autres.

Les données de vente suivant les produits du tabac depuis 1990 laissent également apparaître :

- la désaffection pour les cigarettes brunes au profit des blondes ;
- la progression générale des produits « légers » (c'est-à-dire inférieurs à 10 mg de goudron d'après la législation) malgré la légère baisse enregistrée en 2000. Ces cigarettes représentent 36,5 % des ventes en 2000 contre 26,5 % en 1990 ;
- la forte hausse des ventes de tabacs à rouler : près de 2 500 tonnes en 1991 contre environ 5 600 en 2000. Il semblerait que les hausses successives du prix des cigarettes aient détourné une partie des consommateurs de cigarettes en paquet vers les tabacs à rouler, moins chers (CDIT, 2000, p. 9). La récente stabilisation de ces ventes peut s'expliquer par les fortes augmentations du prix de ce produit, plus importantes que celles des cigarettes (CDIT, 2001, p. 8) ;
- un phénomène de report également constaté pour les ventes de cigarillos, qui augmentent régulièrement depuis 1993, c'est-à-dire depuis les premières fortes hausses des prix de la cigarette.

Chiffre d'affaires et fiscalité des produits du tabac

L'ensemble des ventes réalisées en 2000 représente près de 86 milliards de francs (13 milliards d'euros), dont 75 % reviennent à l'État sous forme de taxes, 17 % aux fabricants et gros distributeurs et 8 % aux débiteurs (CDIT, 2001). La part que représentent les taxes sur le prix du paquet de cigarettes a fortement augmenté au cours des années 1990.

Le chiffre d'affaires des produits du tabac est en hausse par rapport à 1999, plus pour les cigarettes et les cigares que pour les tabacs à rouler (respectivement 3,4 %, 3,1 % et 0,9 %). Cette augmenta-

tion s'explique en partie par la hausse du prix du tabac en janvier 2000 (hausse plus forte que l'inflation).

La fiscalité de la cigarette est particulièrement complexe, notamment parce qu'elle dépend en partie du prix de la cigarette la plus vendue (en l'occurrence Marlboro®), qui lui est variable. Ce prix se décompose comme suit au 1^{er} janvier 2001 :

Décomposition du prix de vente d'un paquet de cigarettes (classe de prix la plus demandée) au 8 janvier 2001

	En Francs	En % du prix de vente au détail
Débitant	1,76	8,00
Fabricant et distributeur	3,5222	16,01
Recettes fiscales de l'État	16,7178	75,99
Dont :		
droit de consommation ⁽¹⁾	12,9778	58,99
TVA et BAPSA ⁽²⁾	3,74	16,998
Prix de vente au détail	22 francs	100 %

(1) Le droit de consommation se décompose en : part spécifique (+ 41,79 F les mille cigarettes) et part proportionnelle (55,19 % du prix de vente au détail).

(2) BAPSA : Budget annexe des prestations sociales agricoles.

Source : CDIT (<http://www.cdit.fr/fiches/decompo.html>)

Au 1^{er} janvier 2001, 75,99 % du prix du paquet de cigarettes le plus vendu (Marlboro®) correspond à des taxes. Cette proportion s'établit en moyenne à 76,3 % lorsque l'on considère l'ensemble des catégories de cigarettes vendues en France (CDIT, 2001).

Le prix des cigarettes est fixé par les distributeurs, en liaison avec notamment la Direction générale des douanes et droits indirects. Il s'impose ensuite aux débiteurs.

Face à la politique d'augmentation des prix décidée par les pouvoirs publics, les producteurs ont réagi en diminuant le prix du paquet, puis en augmentant le nombre de cigarettes par paquet (ce qui revient à diminuer le prix moyen de la cigarette). En réponse à cette stratégie, les pouvoirs publics ont instauré, dans un premier temps, une taxe forfaitaire par paquet de 10 F, ce qui a pour effet de

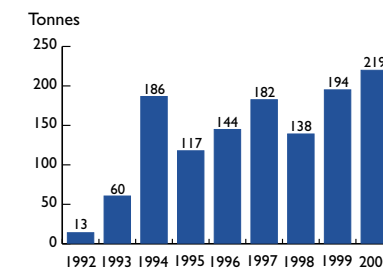
réduire la marge bénéficiaire du producteur lorsque le prix du paquet baisse. Cette taxe a été récemment adaptée et augmentée pour les paquets de plus de vingt cigarettes.

Trafic et contrebande de tabac

Les données de ventes précédentes ne rendent pas compte de l'ensemble de l'offre de tabac en France puisqu'il faut également considérer les quantités circulant sur le marché illégal.

Au cours de l'année 2000, la douane a saisi en France 219 tonnes de tabac, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 13 % par rapport à l'année précédente (DGDDI, 2001). Si l'on isole l'année 1998, au cours de laquelle les saisies de tabac avaient connu un net fléchissement, la tendance a été à la hausse au cours des années 1990.

Saisies de tabac en France, de 1992 à 2000



Source : DGDDI

Du fait d'un réseau développé de débiteurs et du monopole de vente, la contrebande serait limitée en France (MILDT, 1998). La plupart des saisies sont de faibles quantités, ce qui dénote un trafic principalement « touristique ». Mais la France est aussi un pays de transit puisqu'une part importante des saisies effectuées sur le territoire est destinée à l'étranger. Au cours de l'année 2000, la baisse des saisies à la frontière franco-andorrane s'est poursuivie et, plus largement, à la frontière

pyrénéenne en faveur de la région Nord-Pas-de-Calais (notamment aux abords du tunnel de la Manche). Le Royaume-Uni demeure la destination principale des cigarettes saisies en France (60 % lui sont destinés en 2000). Enfin, la douane relève l'augmentation des saisies de tabac à fumer (20 tonnes en 2000 contre 12 l'année précédente) qui restent néanmoins minoritaires comparées à celles de cigarettes (DGDDI, 2001).

La contrebande de cigarettes est en développement en France mais, plus généralement, en Europe de l'Ouest. Elle semble favorisée par les mesures fiscales prises dans ces pays (augmentation des prix notamment) et le fait que les sanctions soient moins sévères que celles réprimant d'autres trafics (MILDT, 1998).

Production de tabac

En 2000, la production de tabac en France représente 25 350 tonnes (soit 3,6 fois moins que les quantités vendues) pour un chiffre d'affaires de 698 millions de francs. Cette production, répartie sur environ 5 300 exploitations, est très centralisée géographiquement, la moitié ayant lieu dans la région du grand Sud-Ouest (Aquitaine et Midi-Pyrénées).

L'évolution de la production sur dix ans est difficile à commenter car les variations sont fortes d'une année à l'autre. En baisse, du moins depuis 1998, elle est de toute manière limitée par les quotas imposés par l'Union européenne : 26 079 tonnes.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de tabac

Les consommateurs de tabac ont la possibilité de faire appel au secteur médical, spécialisé ou non, pour le traitement de leur dépendance et/ou pour une aide à l'arrêt. Ce qui peut aussi se faire sans aucun recours médical, notamment depuis que les substituts nicotiques sont en vente libre. L'ampleur de cette prise en charge est donc approchée à travers les quelques études sur la fréquentation des consultations de tabacologie, les enquêtes auprès des médecins et les ventes de substituts.

La consommation de tabac induit des conséquences sanitaires importantes, aussi bien en termes de morbidité (déclenchement de certaines pathologies) que de mortalité (facteur associé à certains décès). Ces questions seront abordées dans un second temps.

Ampleur et caractéristiques de la prise en charge

Contrairement au secteur des soins aux toxicomanes, il n'existe pas en France de système d'enregistrement pérenne des consultations de tabacologie. La mise en place d'enquêtes spécifiques est récente et ne concerne pas encore toutes les structures. Les informations en médecine générale sont encore plus parcellaires.

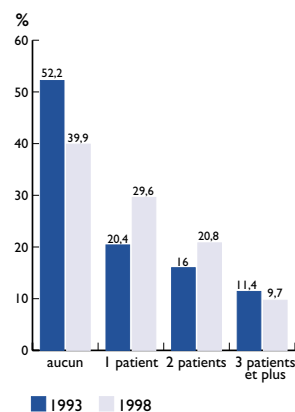
Prise en charge en médecine générale

En octobre 1998, la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac souligne le fait que peu de fumeurs bénéficient en France de l'aide de leur médecin pour le sevrage tabagique. Les raisons avancées par les médecins et retranscrites lors de la conférence tiennent au manque de temps, à la résistance du patient à aborder son tabagisme, au manque de formation sur les modalités de prise en charge et à la revendication d'une rémunération spécifique pour les actes de prévention. À cette

époque, les médecins font part également d'un certain scepticisme quant à l'efficacité de leur action sur le tabagisme de leurs patients (ANAES, 1998, p. 10).

La même année, une enquête réalisée auprès de 2 000 médecins généralistes en France indique que 60 % d'entre eux proposent des consultations de sevrage tabagique ②. Cette proportion, est en hausse par rapport à 1993 où 48 % des médecins proposaient ce type de consultations (Baudier et al., 1995), peut être le signe que la pratique se généralise et/ou que la demande est plus importante.

Médecins généralistes selon le nombre de patients reçus au cours des sept derniers jours dans le cadre d'un sevrage tabagique, en 1993 et 1998



Source : Baromètre Santé médecins généralistes 98/99, CFES ② (Arènes et al., 1999, p. 98)

Le nombre moyen de patients accueillis en consultation tabacologique est de 1,9 patient par semaine en 1998 contre 2,2 en 1993 (cette différence n'est pas significative en termes statistiques).

Par ailleurs, le nombre hebdomadaire de fumeurs ayant consulté un médecin généraliste en 1998 est estimé à environ 100 000.

Les patients concernés ne représentent que 1,9 % de la clientèle de ces médecins en 1998, chiffre en légère baisse par rapport à 1993 où il était de 2,2 (Baudier et al., 1995 ; Arènes et al., 1999). Les explications avancées à cette diminution sont multiples : plus forte captation des fumeurs par les structures spécialisées, prise en charge jugée trop lourde et/ou trop coûteuse en temps par les médecins, diminution du nombre de demandeurs du fait de la baisse générale du nombre de consommateurs (Arènes et al., 1999, p. 105).

La méthode la plus souvent proposée par les médecins généralistes pour l'arrêt du tabac est le patch : 65 % des médecins le préconisent en 1998 contre 45 % en 1993. La progression de la prescription des patchs explique le recul de la méthode de l'arrêt radical (conseillé par 32 % des médecins en 1993 contre 19 % en 1998).

Plus de neuf médecins sur dix déclarent gérer seuls le sevrage de leurs patients en 1998 (proportion proche de celle de 1993). Néanmoins, le recours à une structure spécialisée est plus fréquent en 1998 qu'en 1993 : 9 % des médecins en 1998 travaillent en liaison avec une structure spécialisée contre 5 % en 1993. Enfin, un nombre limité de médecins ne propose pas eux-mêmes de traitement mais confie leurs patients au secteur spécialisé (2,1 % en 1998 contre 1,3 % en 1993).

Fréquentation des consultations de tabacologie

Pour la deuxième année consécutive, une enquête une semaine donnée a été réalisée au sein du secteur spécialisé dans l'aide à l'arrêt du tabac. En 2000, près de 55 000 fumeurs auraient été accueillis pour la première fois dans une structure de tabacologie, les deux tiers auprès de consultations de tabacologie hospitalières ② et l'autre tiers, auprès de structures non-hospitalières ③. L'estimation pour 2001 devrait être de l'ordre de 66 000 nouveaux patients.

En janvier 2001, le nombre de patients vus dans ces consultations au cours de la semaine d'enquête a augmenté dans les deux types de structures, mais le nombre moyen de patients par consultation reste stable (12 en milieu hospitalier et 11 dans les autres structures) (Dautzenberg et al., 2001 ; Jean-François et al., 2001).

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de nouveaux baisse en milieu hospitalier (44 % en 2000 contre 36 % en 2001). Il est en hausse dans les consultations non-hospitalières (37 % en 2000 contre 43 % en 2001).

Ces résultats, bien qu'à interpréter avec prudence car les échantillons ne sont pas forcément représentatifs, sont proches de ceux obtenus par une autre étude réalisée en 1999 auprès de 321 lieux de consultations d'aide à l'arrêt du tabac, en hôpital ou pas ④. Par extrapolation des chiffres obtenus dans ces structures (36 500 nouveaux patients par an), les auteurs de l'étude aboutissaient à une estimation de 55 000 fumeurs ayant fréquenté un service de consultation d'aide à l'arrêt du tabac en 1999 (Dautzenberg et al., 1999).

Cette étude précisait également que dans environ un quart des lieux de consultation, la demande d'aide à l'arrêt du tabac prend place dans le cadre du traitement de maladies engendrées par le tabagisme.

La principale technique préconisée dans ces services est la substitution nicotinique (dans 9 services sur 10), bien plus rarement l'acupuncture ou la dynamique de groupe.

Ventes de substituts nicotiques

Depuis le 5 décembre 1999, tous les produits contenant de la nicotine et destinés au sevrage tabagique peuvent être achetés sans ordonnance dans les pharmacies⁶. Cela concerne surtout les patchs et les gommes à mâcher, qui sont les substituts les plus utilisés.

6. Auparavant, seule la gomme dosée à 2 mg était accessible en pharmacie sans prescription médicale.

La mise en vente libre des substituts nicotiques a permis à ce marché d'accroître considérablement ses ventes et son chiffre d'affaires.

En 1999, ce marché représentait un total de 326 millions de francs dont les trois quarts correspondaient aux ventes de timbres. En 2000, il totalise 628 millions, dont plus de 80 % provenaient de la vente de patch. En unités de vente, le marché a doublé entre 1999 et 2000, surtout pour les timbres ①. La conversion de ces données en nombre de patients permet d'éviter le problème lié aux différents conditionnements des produits et à leur variation éventuelle.

En termes d'évolution, la hausse du nombre estimé de patients sous patch a été particulièrement importante durant les premiers mois de l'année 2000, c'est-à-dire dès la mise en vente libre des substituts. Cette variation s'explique probablement par l'effet d'annonce du délistage et l'effet de la campagne médiatique qui l'a accompagné. La reprise constatée à partir de septembre peut être liée aux « bonnes résolutions » d'après l'été. Par ailleurs, ces données confirment la place des timbres comme principale méthode de substitution utilisée en France.

Sur l'ensemble de l'année 2000, on estime à un peu plus d'un million le nombre de personnes ayant du moins débuté un traitement de substitution nicotinique, deux fois plus qu'en 1999 (Dragos et al., 2001).

Morbidité et mortalité

La mortalité liée au tabac peut être approchée grâce aux estimations des risques attribuables au tabagisme appliquées aux données générales de mortalité par cause. La morbidité est plus difficile à estimer car, si le risque de survenue chez les fumeurs de certaines pathologies est connu, le nombre total de cas diagnostiqués par maladie en France ne l'est pas. Des enquêtes réalisées en milieu hospitalier apportent cependant certains éléments de connaissance.

Morbidité et risques relatifs

Le tabac est un facteur de risque à l'origine d'un certain nombre de pathologies comme les cancers du poumon et du larynx, le cancer des voies aérodi-

gestives supérieures (conjointement avec l'alcool) et les bronchites chroniques. Il est également un facteur de risque à l'origine d'une proportion importante d'un grand nombre de maladies : cancer de l'œsophage et de la vessie, maladies circulatoires, etc.

Le tableau ci-dessous indique l'accroissement du risque de survenue des principales maladies liées au tabac chez un fumeur par rapport à un non-fumeur :

Risque de survenue de certaines pathologies chez un fumeur par rapport à un non-fumeur

Cancers	
Poumon, larynx	10
Bouche, pharynx	6
Œsophage	3,5
Vessie	3
Pancréas	2
Maladies circulatoires	
	3
Cardiopathies ischémiques	
	2,2
Bronchites chroniques	
	10

Lecture : le risque de survenue du cancer du poumon/larynx est 10 fois plus important chez un fumeur que chez un non-fumeur.

Source : INSERM-SC8 ③ (Recours, 1999)

Par ailleurs, la consommation de tabac chez les femmes comporte des risques spécifiques (risque de cancer du col utérin et risque pour le système cérébro-vasculaire de l'association tabac contraceptifs oraux), auxquels s'ajoutent ceux propres à la femme enceinte et aux nourrissons nés de mère fumeuse (poids de naissance du bébé en moyenne plus faible et probabilité accrue de mort subite du nourrisson).

De manière générale, l'augmentation du risque de survenue de ces pathologies varie en fonction de l'ancienneté et de la fréquence de la consommation, mais dépend également du nombre de cigarettes consommées et de la profondeur de l'inhalation de la fumée (Recours, 1999, p. 6).

Les cas diagnostiqués n'étant pas systématiquement enregistrés pour toutes ces pathologies, il n'est pas possible de faire une évaluation quantitative globale de la morbidité liée au tabac.

Il est cependant possible de se faire une idée imparfaite de l'impact du tabac sur le recours à l'hospitalisation. Dans une enquête réalisée en 1991-1992 en milieu hospitalier, aucune personne n'était hospitalisée pour tabagisme mais le tabac était signalé comme facteur de risque dans 16 % des cas (Com-Ruelle et al., 1997).

Tabagisme passif

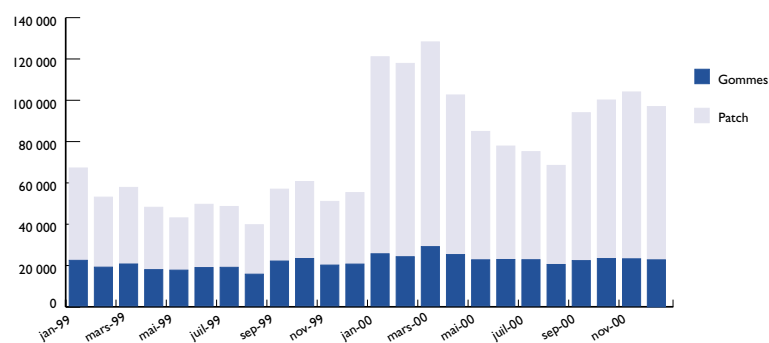
L'étude des risques liés au tabagisme passif fait depuis quelques années l'objet d'un fort investissement scientifique. Les conclusions d'un groupe de travail sur ce thème viennent d'être rendues (Dautzenberg, 2001). Elles soulignent le fait que les données disponibles permettent maintenant d'affirmer que l'exposition passive à la fumée du tabac provoque une augmentation du risque :

- de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-fumeurs non exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %, c'est la cause la plus importante en nombre de victimes) chez l'adulte ;
- d'infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), d'otites à répétition (+ 48 % si les deux parents fument) et de crise d'asthme chez l'enfant ;
- de retard de croissance intra-utérin et de petit poids de naissance (même si la mère ne fume pas mais est seulement enfumée par son entourage) chez la femme enceinte ;
- de mort subite chez le nourrisson (risque doublé).

C'est essentiellement chez les enfants et les femmes enceintes que les risques du tabagisme passif ont été mis en évidence. Les effets de l'exposition au sein du milieu professionnel sont encore mal documentés.

En 1999, l'Académie nationale de médecine estimait à 2 500-3 000 par an le nombre des décès liés au tabagisme passif (Dautzenberg, 2001).

Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution nicotinique, en 1999 et 2000



Les données mensuelles de ventes des officines, présentées en unités de vente [11], sont converties en jours de traitement puis en nombre de patients sous les hypothèses suivantes : Un timbre = 1 jour de traitement (conditionnement sous forme de boîte de 7 ou 28 timbres) et une boîte de gommes = 7 jours de traitement (conditionnement moyen de 50 à 60 gommes par unités de vente) Durée de traitement de 30 jours en moyenne (Dragos et al, 2001, p. 105)

Source : IMS (données fournies par OFT-Pharmatrend)

Mortalité et causes de décès

Le tabagisme serait une des causes principales du ralentissement du gain annuel d'espérance de vie à la naissance des Français à partir des années 1960 (Nizard, 2000). Par ailleurs, la hausse du tabagisme chez les femmes serait en partie responsable, avec la réduction de la mortalité alcoolique des hommes, du rapprochement de l'espérance de vie des deux sexes.

En 1995, la consommation de tabac est estimée responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Les deux tiers environ de ces décès peuvent être considérés comme des **décès prématurés** (Kopp et al., 2000, p. 62). Ces estimations sont obtenues à partir des risques relatifs de décès liés au tabac.

Les principales causes de décès attribuables au tabac sont les cancers, notamment ceux des poumons et des voies aérodigestives supérieures,

les maladies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires chroniques.

Cette mortalité est très différente suivant le sexe puisque les hommes sont actuellement les plus touchés : 95 % des 60 000 décès liés au tabac les concernent. Ainsi, 21 % de la mortalité masculine et 1 % de la mortalité féminine, tous âges confondus, seraient attribuables au tabac, ces proportions étant maximales pour les 45-64 ans.

L'inégalité constatée entre les sexes s'explique par l'ancienneté de l'usage de tabac des hommes. Mais, au vu de l'accroissement de celle des femmes depuis plusieurs décennies, cet écart devrait se réduire rapidement. En effet, les conséquences du tabac en termes de morbidité et de mortalité se mesurent à long terme et les données actuelles reflètent la situation des fumeurs ayant débuté leur consommation de tabac il y a 25-30 ans.

Compte tenu des évolutions actuelles de la consommation de tabac, les projections prévoient 165 000 décès en 2025, soit un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins (Recours, 1999, p. 11).

Le niveau de consommation de tabac (dose quotidienne moyenne) et l'ancienneté de cette pratique sont des facteurs de risque très importants, mais le second aurait un impact nettement plus grand sur le risque de survenue de certaines pathologies. Par exemple, pour le risque de cancer bronchique, doubler la dose de tabac double le risque mais doubler la durée de la consommation multiplie ce risque par vingt (Hill, 1998, p. 67). Certaines études indiquent que c'est le risque vasculaire lié au tabac qui est le plus fortement influencé par la durée de l'intoxication.

Nombre total de décès et fraction des décès attribuable au tabac en 1995, par cause et sexe

	Nombre total de décès chez les hommes	Fraction attribuable au tabac (en %)	Nombre total de décès chez les femmes	Fraction attribuable au tabac (en %)
Tuberculose respiratoire	386	50 %	236	0 %
Cancer				
Cavité buccale et Pharynx	4 457	74 %	703	13 %
Œsophage	3 947	53 %	666	13 %
Pancréas	3 341	38 %	3 030	4 %
Larynx	2 210	87 %	151	29 %
Trachée, bronches, poumon	20 323	85 %	3 603	19 %
Col de l'utérus	0		764	6 %
Vessie	3 242	50 %	1 106	13 %
Rein et voies urinaires	2 054	39 %	1 211	6 %
Cardio-vasculaire				
Hypertension	2 244	19 %	4 077	1 %
Cardiopathie ischémique (avant 65 ans)	5 259	43 %	938	11 %
Cardiopathie ischémique (65 ans et +)	20 664	21 %	20 179	0 %
Arrêt cardiaque	1 611	42 %	2 204	2 %
Maladie cérébro-vasculaire	18 128	11 %	25 354	1 %
Artériosclérose	684	24 %	619	3 %
Anévrisme de l'aorte	2 074	63 %	872	11 %
Artérite	2 684	68 %	2 565	4 %
Appareil respiratoire				
Pneumonie, grippe	7 681	36 %	8 715	0 %
Bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive	8 462	88 %	5 581	14 %
Appareil digestif				
Ulcère gastroduodénal	787	49 %	807	2 %

* Dans la population de 25 ans et plus.

Lecture : chez les hommes, 50 % des décès par tuberculose respiratoire sont attribuables au tabagisme.

Source : Registre national des causes de décès 1995, INSERM-SC8 © et (Hill, 1998, p. 69)

Géographie de la consommation et des ventes de tabac

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation de tabac sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense ©. Cette approche générale de la consommation peut être complétée par les données de vente. En comparaison, les ventes de substituts nicotiniques donnent un aperçu de la répartition géographique des fumeurs souhaitant arrêter leur consommation.

Consommations en population générale

Chez les 15-44 ans, l'usage quotidien de tabac apparaît assez uniforme sur le territoire français. L'Aquitaine est toutefois une région qui se situe au-

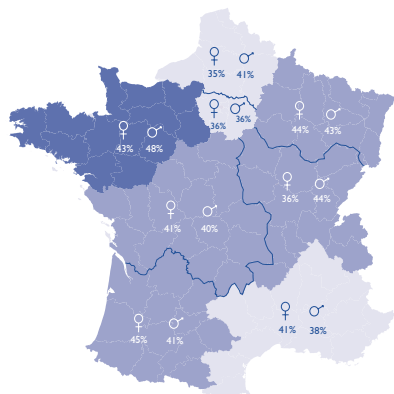
dessus de la moyenne, alors que le Nord et l'Alsace sont en dessous ©.

À 17 ans, l'expérimentation du tabac s'avère plus fréquente dans le Nord-Ouest (83 % des filles, 80 % des garçons) et plus rare en région parisienne (77 % et 71 %), ainsi que dans le Sud-Est (77 % et 73 %). Les disparités régionales sont plus prononcées pour les garçons que pour les filles. L'écart entre les deux sexes est inférieur à 1 point dans le Nord et le Nord-Est, mais plus prononcé en région parisienne (près de 7 points), dans le Sud-Ouest (6 points) et dans le Centre Est (5 points) ©.

Les disparités sont un peu plus marquées pour le tabagisme quotidien que pour l'expérimentation : les prévalences sont inférieures à la moyenne pour les deux sexes en région parisienne (36 % pour les filles, 36 % pour les garçons), pour les filles dans le Nord (35 %) et pour les garçons dans le Sud-Est

(38 %). Le tabagisme quotidien est plus fréquent pour les garçons dans le Nord-Ouest (48 %). L'écart entre filles et garçons est très variable : + 4 points dans le Sud-Ouest, - 8 points dans le Centre-Est @.

Prévalence de l'usage quotidien de tabac (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) à 17 ans en 2000, par région



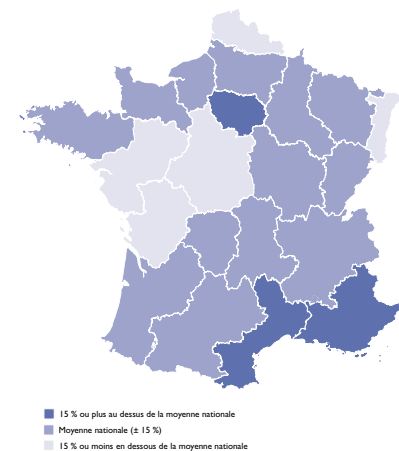
Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
Source : ESCAPAD 2000, OFDT @

Ventes de cigarettes

Les ventes de cigarettes sont relativement homogènes sur l'ensemble du territoire. Deux régions se distinguent cependant très nettement des autres :

- la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui se caractérise par de fortes ventes, notamment par rapport à la moyenne nationale (23 660 milliers de cigarettes vendues pour 10 000 habitants contre une moyenne nationale de 19 000),
- à l'opposé, la région des pays de la Loire se distingue, elle, par des ventes relativement peu élevées comparées à celles des autres régions (15 600 milliers de cigarettes pour 10 000 habitants environ).

Ventes de cigarettes en 1999, par région



Moyenne nationale : 1 901 cigarettes par habitant de 15 à 75 ans
Source : Altadis (ex-Seita) 1999, CDIT

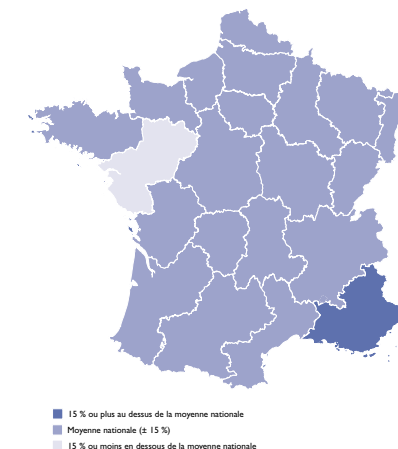
Ventes de substituts nicotiques

La plupart des ventes de substituts nicotiques en 2000 ont eu lieu dans les départements les plus peuplés. Rapportée à la population de la région, la répartition géographique de ces ventes est quelque peu modifiée avec des zones de fortes ventes comme l'Île-de-France et tout le sud-est de la France (PACA et Languedoc-Roussillon). À l'opposé, cinq régions s'écartent de la moyenne nationale et enregistrent de faibles ventes de substituts.

La dispersion géographique des ventes de substituts nicotiques est plus importante que celle des ventes de cigarettes. Les écarts entre les régions sont plus marqués.

Les zones de fortes ou faibles ventes de substituts se sont élargies par rapport à celles de vente de cigarettes, mais on retrouve bien la région PACA comme région de forte consommation de cigarettes et de substituts et, à l'opposé, la région des Pays-de-Loire comme zone de faible consommation de ces deux produits.

Ventes de substituts nicotiques en 2000, par région



Moyenne nationale : 811 substituts pour 10 000 habitants de 15 à 75 ans.
Source : IMS Health @

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de tabac et de ses conséquences, les données étudiées proviennent d'une conférence organisée en 1999 par le Réseau européen pour la prévention du tabagisme (Joossens et al., 1999). Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell et al, 2001), ainsi que par l'enquête HBSC (WHO, 2000).

Consommations

Chez les adultes, la France occupait à la fin des années 1990 une situation intermédiaire au sein de l'Union européenne : pour la proportion de fumeurs réguliers, elle se place au 7^e rang pour les hommes

et au 9^e rang pour les femmes. Les proportions les plus fortes se trouvent en Grèce (49 %) et en Espagne (45 %) pour les hommes et au Danemark et aux Pays-Bas pour les femmes (Joossens et al., 1999).

En termes de nombre de cigarettes fumées par jour et par adulte, la France se situe au 11^e rang des pays de l'Union européenne avec quatre cigarettes, les pays les plus consommateurs étant la Grèce (8,3), loin devant l'Espagne (5,3) (Eurostat, 1999).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage quotidien de tabac des élèves français de 16 ans situe la France parmi les pays de tête, pour les garçons (6^e avec 30 %) comme pour les filles (3^e avec 33 %), devant tous les autres pays de l'Union européenne. Les pays de tête sont le Groenland, la Bulgarie et la Russie (avec respectivement 57 %, 40 % et 38 % de fumeurs quotidiens) (Hibell et al., 2001). Ces données confirment les grandes tendances établies en 1997 sur les élèves de 11, 13 et 15 ans (WHO, 2000).

Conséquences sanitaires

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac en Europe ont été estimées par l'OMS. Ainsi, en termes de mortalité, la France se situe dans une position intermédiaire avec 34 % des décès des hommes de 35 à 69 ans attribuables au tabac en 1995 et 4 % pour les femmes de la même tranche d'âge. Aux extrêmes, la Suède apparaît avec respectivement 16 et 13 % et la Hongrie avec 45 et 18 % (la Grèce avec 39 et 4 % pour l'Europe de l'Ouest) (Recours, 1999, p. 14).

Ventes

Pour les pays de l'Union européenne, le classement établi suivant les ventes de cigarettes rapportées à l'ensemble de la population (fumeurs et non-fumeurs) place la France, avec 1 400 cigarettes par habitant vendues en 1999 (3,9 par jour), à la onzième position des pays les plus consom-

mateurs, à un niveau proche de celui enregistré au Royaume-Uni ou en Belgique⁷.

Les ventes les plus basses concernent la Suède (1,7 cigarette par habitant et par jour) et les plus fortes, la Grèce avec 7,7 cigarettes vendues par jour rapporté à la population totale. La moyenne pour les pays de l'Union européenne se situait à 5,2 en 1999.

Quant au prix moyen du paquet de cigarettes, la France occupe une position intermédiaire (le paquet de cigarettes est le plus cher au Royaume-Uni et le moins cher en Espagne). Il est intéressant de constater que le classement des pays suivant le prix du paquet de cigarettes n'est pas proportionnel à celui des ventes de cigarettes.

Pour en savoir plus

- ALIAGA (C.), « Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation », *INSEE première*, n°808, 2001, 4 p.
- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), *Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*, Paris, EDK, 1998, 413 p.
- ANGUI (M.), DUBEAUX (D.), « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », *INSEE Première*, n° 551, octobre 1997, p. 1-4.
- ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) (dir.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.
- Baudier (F.), Arènes (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BAUDIER (F.), DRESSEN (C.), GRIZEAU (D.), JANVRIN (M.-P.), WARSZAWSKI (J.), *Baromètre Santé 93/94. Résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1995, 168 p.
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARENES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998, 328 p.
- BAUDIER (F.), ORLANDINI (C.), GUIONET (M.), ODDOUX (K.), « La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des 10 dernières années », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 48, 2000, p. 213-214.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac), « Le tabac en France en 1999 », *Tabac news*, n° 21, 2000, p. 1-16.
- CDIT, « Le tabac en France en 2000 », *Tabac news*, n° 22, 2001, p. 1-16.
- CFES (Comité français d'éducation pour la santé), *La santé en chiffres : tabac*, Vanves, CFES, 2001, 18 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, Paris, CREDES, 1997, 173 p. (Coll. rapport n° 1164).
- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.
- DAUTZENBERG (B.) (dir.), *Tabagisme passif*, Paris, DGS, 2001, 109 p.
- DAUTZENBERG (B.), BRÜCKER (G.), BORGNE (A.), JOSSERAN (L.), DRAGOS (S.), FERNANDEZ (C.), JEAN-FRANÇOIS (M.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie non-hospita-

7. Source : trade associations, trade press, Euromonitor, cités par *Tobacco Europe*, septembre 2000, p. 10. (données publiées dans : <http://www.tabac-info.net/NAVBAR/themes/default.htm>).

lières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 103-104.

■ DAUTZENBERG (B.), BRÜCKER (G.), BORGNE (A.), NADAL (J.-M.), BOURDILLON (F.), « L'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie en 2000 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 43, 2000, p. 191.

■ DAUTZENBERG (B.), YOUSSE (D.), MÉLIHAN CHEININ (P.), COMBRET (P.), « Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 51, 1999, p. 213-215.

■ DGDDI (Direction générale des douanes et droits indirects), *La douane en 1998*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 1999, 34 p.

■ DGDDI, *Bilan de la douane en 2000*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2001, (à paraître).

■ DRAGOS (S.), DAUTZENBERG (B.), « Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après dépistage des substituts nicotiques », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 105-106.

■ EUROSTAT, *Annuaire statistique 1999*, Bruxelles, Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999, 530 p.

■ FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé), « Le tabac et ses conséquences sur la santé », in *FNORS*, La santé observée dans les régions de France, Paris, FNORS, 2000, chap. 8.2, p. 1-10.

■ HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

■ HILL (C.), « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfique pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation », in *ANAES, Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*, Paris, EDK, 1998, p. 67-73.

■ HILL (C.), « Tabac et risque de cancer », *THS La Revue*, n° 2, juin 1999, p. 28-31.

■ JEAN-FRANÇOIS (M.), FERNANDES (E.), DAUTZENBERG (B.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 101-103.

■ JOOSSENS (L.), SASCO (A.), *Certaines l'aiment « légère »*. Le tabagisme féminin dans l'Union européenne. Rapport européen, Bruxelles, Réseau européen pour la prévention du tabagisme, 1999, 66 p., lien valide le 19 octobre 2001 (<http://www.ensp.org/fr/contact/default.htm>, rubrique « rapport »).

■ KARSENTY (S.), SLAMA (K.), HIRSH (A.), « Le tabagisme en France avant et après la loi Évin de 1991 », in *Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan*, La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation, Paris, Documentation française, 2000, p. 337-349.

■ KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.

■ LAGRUE (G.), CORMIER (S.), « La dépendance tabagique », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1999, p. 1-14.

■ MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *La contrebande de cigarettes*, juillet 1998, 3 p. (note interne).

■ NADAL (J.-M.), BOURDILLON (F.), DAUTZENBERG (B.), MÉNARD (J.), « L'activité des consultations hospitalières de tabacologie en 1999 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 43, 2000, p. 189-191.

■ NIZARD (A.), « Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool et tabac », *Population*, vol. 55, n° 3, 2000, p. 503-564.

■ ODDOUX (K.), PERETTI-WATEL (P.), BAUDIER (F.), « Tabac », in *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).

■ OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.

■ RECOURS (A.), *Politique de santé et fiscalité du tabac. Rapport à Monsieur le Premier ministre*, Paris, Mission parlementaire sur la fiscalité du tabac, 1999, 56 p. (www.ladocfrancaise.gouv.fr/BRP/notices/994001479.html).

■ WHO (World Health Organization), *Health and Health Behaviour among Young people. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC)*. International report, Copenhague, WHO, 2000, 132 p. (Health Policy for Children and Adolescents Series n° 1).

Polyconsommation

Repères	253
Polyconsommation dans la population française	254
<i>Polyconsommations en population générale adulte</i>	254
<i>Polyconsommations à l'adolescence</i>	256
<i>Observations de terrain</i>	260
<i>Polyconsommation involontaire : le cas de l'ecstasy</i>	260
Conséquences sanitaires et sociales de la polyconsommation	262
<i>Demandes de traitement</i>	262
<i>Morbidité et mortalité</i>	265
Pour en savoir plus	266

Repères

Polyconsommation

- Chez les adultes, la polyconsommation (fait de consommer au moins deux produits) répétée d'alcool, tabac et/ou cannabis concerne plus de 15 % de la population âgée de 18 à 44 ans. Ce comportement est beaucoup plus fréquemment rencontré chez les personnes ayant expérimenté au moins une drogue illicite (principalement le cannabis). Ainsi, les consommateurs de cannabis le sont souvent aussi d'alcool et de tabac ; ces consommations peuvent être concomitantes.
- Chez les jeunes, la polyconsommation répétée de drogues – principalement le tabac, le cannabis et l'alcool – est encore plus fréquente en raison du niveau plus élevé de consommation de cannabis : elle concerne près d'un jeune sur quatre à la fin de l'adolescence. Ce comportement est plutôt masculin et augmente en fréquence avec l'âge.
- Dans l'espace festif et parmi les consommateurs abusifs ou dépendants aux drogues illicites, la polyconsommation est un phénomène massif. Elle répond à des fonctions de régulation des effets des différentes substances psychoactives : sédatifs, stimulants ou hallucinogènes.

Conséquences sanitaires et sociales

- Plus de la moitié des usagers de drogues ayant recours au système de soins sont des polyconsommateurs dépendants. Les opiacés occupent une place centrale dans ces polyconsommations. Ils sont associés à la cocaïne, au cannabis, aux médicaments psychotropes et à l'alcool.
- Dans le domaine des drogues illicites, de par la nature clandestine du marché, les produits consommés peuvent contenir plusieurs substances psychoactives dont les interactions sont mal connues et potentiellement dangereuses. Ainsi, dans le cas de l'ecstasy, on estime qu'un tiers des pilules consommées comprennent plusieurs substances psychoactives.
- En 2000, 45 % (54 cas) des décès par surdoses constatés par les services de police ont révélé la présence de plusieurs substances. Ce pourcentage a augmenté au cours des dernières années.

Polyconsommation dans la population française

Dans les enquêtes en population générale, la **polyexpérimentation** désigne le fait d'avoir expérimenté plusieurs produits psychoactifs. La plupart du temps, l'étude se limite aux trois substances les plus courantes : tabac, alcool et cannabis. En ce sens, une personne qui déclare avoir fumé une cigarette et bu un verre d'alcool au cours de sa vie est un polyexpérimentateur. La **polyconsommation** désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives ; et le plus souvent, ce sont encore les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis qui sont étudiées.

Cette analyse, fondée sur une interrogation classique à partir de questions disjointes, sans relation entre elles (« Avez-vous déjà pris du cannabis ? », puis « Avez-vous déjà bu de l'alcool ? »), ignore la consécution ou la concomitance des usages, qui sont la plupart du temps successifs. D'autres questions visent au contraire à repérer précisément la prise simultanée ou concomitante de produits (désignée ici par le terme « mélange »). La façon la plus efficace d'obtenir des informations sur ce thème consiste à poser une question ouverte et à recueillir les noms des substances consommées en de telles occasions. La question a été ainsi formulée dans deux enquêtes récentes, l'une auprès de la population française adulte ③, l'autre auprès de jeunes à la fin de l'adolescence ④. Dans l'enquête européenne auprès des jeunes scolarisés ⑤, une question fermée leur était proposée où ils devaient cocher combien de fois, au cours de leur vie, ils avaient pris de l'alcool avec du cannabis d'une part et de l'alcool avec des médicaments d'autre part. Les seuils utilisés pour la définition des indicateurs d'usage répété seront précisés dans chaque partie.

Enfin, une autre approche de la polyconsommation est présentée à partir des données d'observation des tendances récentes en milieu urbain et festif ⑥.

Polyconsommations en population générale adulte

Polyexpérimentation

L'alcool et le tabac étant très largement expérimentés par les plus de 18 ans, la **polyexpérimentation** sera essentiellement abordée du point de vue des substances illicites. De plus, les prévalences d'expérimentation de ces substances étant très faibles passé 44 ans, seule la tranche d'âge 18-44 est étudiée ici. Deux indicateurs complémentaires sont présentés.

Le premier est le nombre moyen de substances essayées par les expérimentateurs d'un produit donné. Ceux de cannabis déclarent en moyenne avoir expérimenté 1,4 substance parmi les huit retenues (cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy, médicaments « pour se droguer » et produits à inhaler), ce qui est relativement faible par rapport à l'ensemble. De ce point de vue, ils sont proches des expérimentateurs de produits à inhaler, mais, à l'opposé, ceux d'héroïne et d'ecstasy ont goûté à plus de la moitié des substances illicites étudiées (respectivement 4,7 et 4,2) ③.

Le second indicateur est la part d'expérimentateurs d'une substance donnée, qui en ont testé une autre, qui permet de mettre en évidence les polyexpérimentations les plus fréquentes. Ainsi, près des trois quarts (72 %) de ceux qui ont essayés l'héroïne ont déjà pris de la cocaïne, et près de quatre expérimentateurs d'ecstasy sur dix le sont également d'amphétamines, et vice-versa. L'expérimentation des médicaments « pour se droguer » est très proche de celle des « drogues dures » (héroïne, ecstasy, cocaïne, etc.).

Si presque tous les expérimentateurs de substances illicites ont déjà fumé du cannabis, seul un petit groupe d'usagers de produits relativement rares, parmi lesquels les « traditionnelles drogues dures », sont particulièrement concernés

Structure de la polyexpérimentation de substances illicites en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000, par produit

(% en ligne et nombre moyen)

Expérimentation de...	Cannabis	Amphétamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments (1)	Produits à inhaler	Nombre de produits pris(2)
Cannabis	n = 2 099	4,4	7,1	7,4	3,4	4,3	2,7	9,7	1,4
Amphétamines	82,3	n = 113	45,1	53,1	25,7	36,6	18,6	25,7	3,9
Cocaïne	94,1	32,3	n = 159	48,4	34,0	30,8	16,4	26,4	3,8
LSD	96,9	37,3	47,8	n = 161	29,8	30,9	21,0	29,6	3,9
Héroïne	95	39	72	64	n = 75	35	23	41	4,7
Ecstasy	96	45	52	53	28	n = 94	18	26	4,2
Médicaments(1)	86	32	39	52	26	26	n = 66	36	3,9
Produits à inhaler	70,5	10,1	14,5	16,6	10,7	8,3	8,3	n = 289	2,4
Ensemble des 18-44 ans	32,1	1,7	2,4	2,5	1,2	1,4	1,0	4,4	0,47

(1) L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

(2) En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

par la polyexpérimentation. À l'inverse, les expérimentateurs de substances relativement fréquentes, comme les produits à inhaler et surtout le cannabis, semblent essayer assez rarement d'autres produits.

Polyconsommation

En population adulte, deux raisons imposent de se limiter à l'étude de la **polyconsommation** d'alcool, de tabac et de cannabis sur une tranche d'âge restreinte : d'une part le fait qu'il s'agit des produits les plus fréquemment consommés, les

autres substances illicites étant très rares ; d'autre part, le fait que l'expérimentation de cannabis devient quasi nulle au-delà de 45 ans. Le type de polyconsommation retenu est donc la consommation répétée d'au moins deux des trois produits, soit au minimum : une cigarette par jour, trois consommations d'alcool au cours de la dernière semaine, dix consommations de cannabis au cours des douze derniers mois.

La polyconsommation répétée concerne 15 % de la population âgée de 18 à 44 ans. L'association « alcool-tabac » est la plus fréquente, puis viennent « tabac-cannabis », « alcool-tabac-cannabis » et

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000

Polyconsommation répétée de...	En %	% d'hommes	Âge moyen
	des 18-44 ans		
	% en ligne (effectifs)	% en ligne	en année
Alcool-tabac	9,6 % (627)	70,0 %	33,5
Tabac-cannabis	3,4 % (222)	67,1 %	24,5
Alcool-tabac-cannabis	1,7 % (109)	82,6 %	27,1
Alcool-cannabis	0,4 % (27)	80,8 %	25,4
Ensemble des 18-44 ans	100,0 % (6 535)	48,5 %	31,4

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans, en 2000

(% en ligne et nombre moyen)

Polyconsommation répétée de...	Expérimentation de...								Nombre de produits pris ⁽²⁾
	Cannabis	Amphés	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ⁽¹⁾	Produits à inhaler	
Alcool-tabac	49,8	1,9	3,7	3,7	1,9	1,3	1,4	6,4	0,7
Tabac-cannabis	100,0	11,7	16,7	18,6	10,4	16,2	7,2	18,9	2,0
Alcool-tabac-cannabis	100,0	12,8	26,6	25,7	13,8	18,3	9,2	20,2	2,3
Alcool-cannabis	100	11	22	19	7	15	0	7	1,8
Ensemble des 18-44 ans	32,2	1,7	2,4	2,5	1,1	1,4	1,0	4,4	0,5

(1) L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

(2) En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ®

Lecture du tableau (ligne héroïne) : l'échantillon compte 75 expérimentateurs d'héroïne (n=75). Parmi eux, 95 % ont également consommé du cannabis, 39 % des amphétamines, etc. En moyenne, ces personnes ont déjà essayé 4,7 drogues illicites différentes (y compris l'héroïne).

« alcool-cannabis ». Les usagers de cannabis sont plus jeunes que la moyenne, au contraire des autres : en effet, la consommation répétée d'alcool augmente avec l'âge. Tous sont majoritairement des hommes, surtout lorsque les deux substances les plus consommées par les hommes, l'alcool et le cannabis, sont présentes ensemble.

C'est parmi les consommateurs de cannabis que l'on trouve la plus grande proportion d'expérimentateurs de substances illicites : les consommateurs de tabac et d'alcool en ont essayé 0,7 en moyenne, tandis que les autres près de deux (1,8 à 2,3 pour les polyconsommateurs des trois produits). Ces résultats reflètent en grande partie la diffusion du cannabis et de ces autres substances dans la population. Le LSD et la cocaïne sont le plus fréquemment expérimentés par les polyconsommateurs répétés de tabac, d'alcool et de cannabis.

Prise simultanée de plusieurs produits

Parmi les 18-44 ans, 19,2 % déclarent avoir pris en une même occasion au moins deux substances psychoactives (« mélanges »). Il s'agit dans 90 % des cas d'alcool et de cannabis ; et dans les autres cas, la plupart du temps, de mélanges ayant pour

base l'alcool et (ou) le cannabis additionné(s) de cocaïne, de médicaments ou de LSD.

Près des trois quarts des polyconsommateurs répétés déclarent avoir déjà fait de tels « mélanges », surtout ceux qui consomment du cannabis (plus des quatre cinquièmes, contre un peu plus de la moitié pour les autres). La composition de ces mélanges varie peu : il s'agit encore dans 90 % des cas d'alcool et de cannabis, et d'alcool et (ou) de cannabis avec un autre produit, le plus souvent de la cocaïne ou de l'ecstasy. Les médicaments entrent rarement dans la composition de ces consommations (moins de 2 % des cas, principalement avec de l'alcool ou du cannabis), et les autres drogues illicites sont très peu citées ®.

Polyconsommations à l'adolescence

Polyexpérimentation

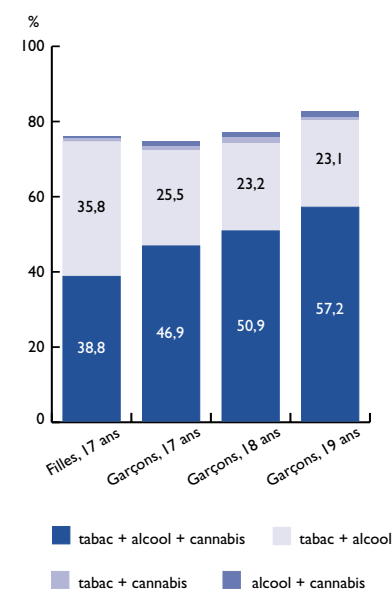
À la fin de l'adolescence, près de 80 % des jeunes ont expérimenté plusieurs substances psychoactives. Il s'agit dans la majeure partie des cas d'alcool, de tabac et de cannabis. L'expérimentation de ce dernier est très rarement isolée, même si,

parmi ceux qui n'ont jamais fumé de tabac, se trouve une poignée de jeunes, presque exclusivement des garçons. Ceci confirme que les usagers de cannabis font une distinction nette entre les deux produits, bien que le cannabis se consomme quasi exclusivement avec du tabac, mais laisse également entendre qu'une fraction de ses utilisateurs pourrait effectivement le consommer sans tabac.

La principale différence entre les garçons et les filles de 17 ans provient d'une sous-représentation de ces dernières dans la catégorie des expérimentateurs des trois substances : cela illustre le fait que les filles sont moins consommatrices de cannabis. Chez les garçons, ceux qui n'ont consommé ni alcool, ni tabac, ni cannabis se retrouvent dans des proportions assez proches, et seule la catégorie regroupant les trois produits augmente avec l'âge, montrant que leur expérimentation à l'adolescence est très banale.

L'expérimentation de cannabis, plus que celle du tabac, est liée à celle de l'ivresse et des substances psychoactives autres que les médicaments, les plus fortes prévalences au cours de la vie se trouvant chez les expérimentateurs des trois produits. À l'inverse, presque tous les adolescents (93,4 %) ayant expérimenté au moins un stimulant (ecstasy, cocaïne, amphétamines et LSD) ont consommé l'alcool, le tabac et le cannabis.

Fréquence de la polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT ®

Structure de la polyexpérimentation de substances illicites à 17 ans en 2000, par produit

(% en ligne et nombre moyen)

Expérimentation de ...	Expérimentation de ...										Nombre de produits-pris ⁽²⁾
	Cannabis	Amphétamines	Cocaïne	LSD	Héroïne	Ecstasy	Médicaments ⁽¹⁾	Champignons ⁽²⁾	Poppers		
Cannabis	n = 4 518	1,9	2,0	2,6	1,4	4,5	23,0	6,9	5,0		1,4
Amphés	86	n = 92	50	49	38	66	55	63	43		5,3
Cocaïne	94	54	n = 88	57	42	68	55	57	38		5,3
LSD	95,2	36,7	41,1	n = 115	28,4	69,4	49,1	57,9	42,0		5,0
Héroïne	96	57	61	56	n = 61	69	55	68	45		5,8
Ecstasy	94,7	31,6	31,0	43,4	21,8	n = 199	43,3	48,5	29,4		4,2
Médicaments ⁽¹⁾	51,5	2,6	2,4	3,0	1,8	4,2	n = 1 925	4,7	4,1		1,7
Champs	98,5	20,5	17,4	23,2	14,3	32,4	31,7	n = 295	27,2		3,5
Poppers	93,4	16,9	14,1	21,4	11,7	24,5	34,6	33,9	n = 227		3,4
Ensemble des 17 ans	45,5	1,0	0,9	1,2	0,6	2,1	19,9	3,1	2,4		1,4

(1) L'intitulé exact est « médicaments pour se droguer ».

(2) En moyenne, parmi tous les produits présents dans le tableau.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ®

Lecture du tableau (ligne héroïne) : l'échantillon compte 61 expérimentateurs d'héroïne (n=61). Parmi eux, 96 % ont également consommé du cannabis, 57 % des amphétamines, etc. En moyenne, ces personnes ont déjà essayé 5,8 drogues illicites différentes (y compris l'héroïne).

Comme en population adulte, une étude plus détaillée, restreinte aux expérimentations de substances illicites et aux jeunes de 17 ans, permet de distinguer trois groupes d'expérimentateurs différents du point de vue du nombre d'expérimentations de : cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, ecstasy, médicaments « pour les nerfs » champignons hallucinogènes et *poppers* (ce dernier étant en fait un produit dont la vente est réglementée).

Le premier groupe est celui des expérimentateurs de médicaments « pour les nerfs » et surtout de cannabis, qui sont à la fois les plus nombreux et ceux qui ont goûté le moins de produits différents (respectivement 1,7 et 1,4 en moyenne) ; ensuite vient le groupe des expérimentateurs d'ecstasy, de champignons hallucinogènes ou de *poppers*, qui ont essayé un peu moins de la moitié des neuf produits retenus ici ; enfin, le groupe des expérimentateurs d'amphétamines, de LSD, de cocaïne ou d'héroïne, qui sont à la fois les moins nombreux et ceux qui ont testé le plus de substances (en moyenne plus de 5). Dans ce dernier groupe, les expérimentations sont particulièrement intriquées. En effet, dans près de la moitié des cas, un expérimentateur d'une de ces substances l'est des trois autres.

Comme chez les adultes, il existe donc un petit groupe d'expérimentateurs d'un relativement grand nombre de substances illicites, et le cannabis apparaît encore comme la substance presque universellement expérimentée par les usagers de produits illicites ⑥.

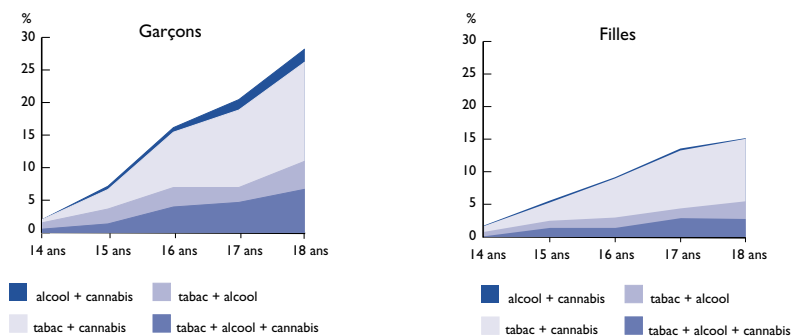
La polyconsommation répétée

La polyconsommation répétée est ici définie comme le cumul des consommations répétées d'alcool (plus de dix fois par mois), de tabac (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) et de cannabis (plus de dix consommations au cours de l'année). Comme chez les adultes, quatre types sont envisageables (à deux ou trois de ces produits).

En milieu scolaire, à 14 ans, 2 % des garçons déclarent consommer de façon répétée au moins deux produits, contre 28 % à 18 ans. Pour les filles, ces pourcentages passent de 2 % à 15 % ⑦.

Pour les garçons, entre 14 et 18 ans, la combinaison tabac-alcool évolue peu, passant de 1 % à 4 %. Les trois autres augmentent plus nettement, en particulier la combinaison tabac-cannabis qui devient avec l'âge la plus courante et concerne 15 % des garçons de 18 ans.

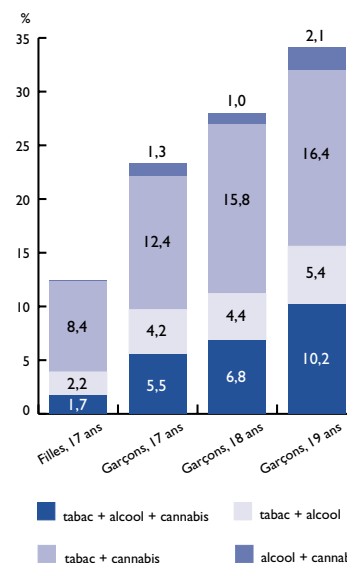
Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes scolarisés en 1999, par sexe et âge



Source : ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

Pour les filles, les différents types de polyconsommations augmentent également avec l'âge, mais sont toujours moins fréquents que pour les garçons. Comme chez les garçons, on observe une prépondérance de la combinaison tabac-cannabis qui passe de 1 % à 14 ans à 10 % à 18 ans ⑧

Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑧

À 17 ans, l'écart entre les sexes est essentiellement dû à la prépondérance de l'usage répété du tabac seul parmi les filles (28,0 % de l'ensemble). La seule polyconsommation répétée dépassant 3 % chez les filles de 17 ans est la combinaison tabac-cannabis. Avec l'âge, c'est surtout l'association des trois produits qui augmente chez les garçons. À 19 ans, un garçon sur dix a ainsi un usage répété des trois produits.

Le lien entre ivresse et polyconsommation est très fort, y compris pour les combinaisons n'engageant pas l'usage répété d'alcool. Les écarts

sont moins forts pour l'expérimentation des médicaments psychotropes, même s'ils restent significatifs : plus les adolescents ont expérimenté ces médicaments, plus ils sont polyconsommateurs répétés. À l'inverse, l'expérimentation des stimulants, des champignons hallucinogènes ou des inhalants (*poppers* et produits à inhaler) est surtout élevée dans les combinaisons faisant intervenir l'usage répété de cannabis ⑨.

Prise simultanée de plusieurs produits, (« mélanges »)

Interrogés à l'école, moins d'un jeune de 14 à 18 ans sur dix (8,4 %) déclare avoir déjà pris au cours de sa vie de l'alcool avec des médicaments (« mélange »), et un quart de l'alcool avec du cannabis. Le nombre de prises déclarées du mélange alcool-médicaments est relativement faible (moins de 1 % de ceux qui en ont déjà pris déclare plus de dix prises), au contraire de celui du mélange alcool-cannabis (76 % des expérimentateurs de cannabis en ont déjà pris, 9 % en ont pris plus de 10 fois) ⑩.

À la fin de l'adolescence, 5,8 % des jeunes ont cité au moins une prise simultanée de produits psychoactifs. Les « mélanges » à deux composants sont les plus nombreux (80 %), devant les mélanges de trois substances (17 %), les mélanges à quatre et cinq composants étant beaucoup plus rares. La substance la plus citée est le cannabis, qui est présent dans 99 % des cas, devant l'alcool

Mélanges les plus fréquemment cités par les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000

Composition exacte du mélange	Nb de citations	En % des mélanges
Cannabis-alcool	261	31
Cannabis-champignons	98	12
Cannabis-autres drogues	60	7
Cannabis-poppers	55	7
Cannabis-ecstasy	54	6
Cannabis-LSD	38	5
Cannabis-produits à inhaler	27	3
Cannabis-cocaïne	20	2

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑩

(43 %). La question (« Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de prendre ensemble plusieurs de ces produits ? ») excluait pourtant *a priori* les « mélanges » contenant l'alcool, en faisant implicitement référence à un tableau listant d'autres substances psychoactives que l'alcool et le tabac : cela suggère que l'interaction entre l'alcool et les autres produits est particulièrement courante. Viennent ensuite l'ecstasy (présente dans 16 % des mélanges cités), les champignons, le LSD, les *poppers*, la cocaïne, et les produits à inhaler (5 %). Toutefois, au total, 28 % contiennent des stimulants (ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD). Comme chez les adultes, les médicaments sont très rarement cités (un seul « mélange » déclaré) ⑥.

Observations de terrain

La polyconsommation des substances psychoactives est un phénomène constaté au sein des espaces étudiés par le dispositif TREND ③, aussi bien en milieu urbain que festif.

Cette confirmation d'un phénomène largement connu doit être interprétée en prenant en compte la rationalité des comportements. Dans ce cadre interprétatif, à la notion de polyconsommation il est préféré celle de « régulation des consommations » définie comme l'usage combiné de produits, pratiqué dans le but de modifier les effets d'autres substances déjà consommées, cet usage pouvant être concomitant ou différé dans le temps.

Dans le domaine des drogues illicites, il arrive que les usagers consomment à leur insu plusieurs produits en même temps. Ceci est particulièrement fréquent dans le cas spécifique de l'ecstasy, comme le montre l'analyse de la composition des échantillons recueillis en France.

Effets recherchés et régulation de la consommation

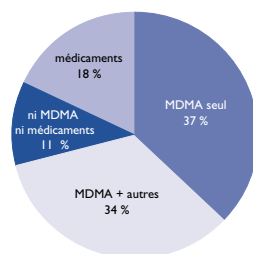
Une quarantaine d'associations différentes de substances psychoactives, s'inscrivant dans le cadre d'une régulation des consommations, ont été recensées par les observateurs du dispositif.

Les associations de produits peuvent être classées selon leur finalité respective et regroupées en quatre fonctions :

- la fonction de maximalisation des effets, qui consiste à tirer le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances. Il ne s'agit donc pas d'un simple cumul quantitatif mais d'une modification qualitative des effets ;
- la fonction d'équilibrage des effets, quand les effets se corrigent mutuellement de façon à permettre au consommateur d'adapter à tout moment les effets ressentis aux fluctuations des contextes ou à son désir d'expérimenter des états différents ;
- la fonction de maîtrise des effets « négatifs » d'une ou plusieurs substances psychoactives, dont l'objectif est de ne conserver que leurs effets « positifs ». Cette fonction concerne notamment la phase dite de « descente » durant laquelle les effets « positifs » de la substance disparaissent pour laisser la place à des effets négatifs (sensation de malaise, manque) ;
- la fonction de « recharge », qui répond soit à la nécessité de remplacer un produit, tout en en conservant l'effet, pour des raisons liées soit à la moindre disponibilité du produit remplacé ou d'une modification de sa perception.

Polyconsommation involontaire : le cas de l'ecstasy

Répartition des échantillons vendus comme ecstasy en fonction de leur composition, en 2000



N = 262
Source : SINTES 2000, OFDT ⑥

Fonctions et finalités de l'usage concomitant ou différé des substances psychoactives

Fonctions de régulation	Finalités	Usage concomitant ou différé de deux substances psychoactives
Maximalisation des effets	Accélérer et amplifier la montée	1) Gaz hilarant pour le LSD ; 2) Gaz hilarant pour l'ecstasy ; 3) Cannabis pour l'ecstasy
	Potentialiser les effets	1) Benzodiazépines pour les opiacés ; 2) GHB pour l'ecstasy ; 3) Cannabis pour les opiacés ; 4) Kétamine pour le LSD
	Prolonger les effets	1) Ecstasy pour la Kétamine ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy ; 3) Alcool/cannabis pour le LSD
	Relancer les effets	1) Speed pour le LSD ; 2) Speed pour l'ecstasy ; 3) Speed pour le LSD ; 4) GHB pour l'ecstasy ; 5) Gaz hilarant pour l'ecstasy
Équilibrage des effets	Ajouter une composante	1) Ecstasy pour le LSD (composante love) ; 2) Speed pour l'ecstasy (effet speed)
	Masquer une composante	1) LSD pour l'ecstasy ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy
	Contrebalancer les effets	1) Cocaïne pour la kétamine ; 2) Cocaïne pour l'alcool (et réciproquement) ; 3) Speed pour l'alcool (et réciproquement)
Contrôle des effets négatifs	Atténuer une forte montée	1) Opiacés pour les stimulants ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy ou le LSD ; 3) Cannabis pour les stimulants ; 4) Alcool pour le LSD ; 5) cannabis pour le LSD
	Adoucir la descente	1) Benzodiazépines pour les stimulants ; 2) <i>Rachacha</i> pour les hallucinogènes ; 3) Cocaïne pour le LSD ; 4) Cannabis pour le crack et le speed ; 5) GHB pour l'ecstasy ; 6) Alcool pour le LSD ; 7) Ecstasy pour le LSD ; 8) Cannabis pour le LSD ; 9) Opiacés pour les stimulants
	Annuler et neutraliser des effets	1) Cocaïne/speed pour le LSD (neutraliser l'effet « pensée dispersée ») ; 2) Cocaïne pour l'ecstasy
Recharge	Gérer la pénurie	1) Entre opiacés (Néocodion® pour l'héroïne)
	Substituer les effets	1) Cannabis avec le speed pour éviter de prendre du LSD ou de l'ecstasy

Source : TREND 2000, OFDT ⑥

La base SINTES permet de procéder à une analyse particulière sur le problème des substances vendues comme « ecstasy » et ne contenant pas toujours de la MDMA. Cette analyse est rendue possible grâce à la collecte d'éléments de contexte effectuée par les partenaires socio-sanitaires, notamment les appellations, les contenus supposés et les effets recherchés.

Au cours de l'année 2000, 442 échantillons considérés par les usagers comme étant de l'ecstasy ou de la MDMA ont été collectés. Après analyse, il apparaît que ces échantillons contenaient effectivement de la MDMA dans 78 % des cas,

alors que dans 15 % des cas il s'agissait de substances médicamenteuses, de MDA (dans 6 % des cas), de caféine (5 %), d'amphétamines (5 %), de MDEA (2 %) et enfin, 8 % des échantillons ne fermaient aucun principe actif.

Une analyse spécifique portant sur 262 échantillons collectés au cours du premier semestre 2000 et vendus comme de l'ecstasy a révélé que seulement un tiers de ces échantillons contenait de la MDMA comme seul principe actif. Dans les deux tiers des cas, d'autres principes actifs, notamment des médicaments, ont été retrouvés.

Conséquences sanitaires et sociales de la polyconsommation

La dépendance à plusieurs produits et leurs associations dans les consommations rendent les prises en charge plus complexes. Le sevrage, en particulier aux opiacés, est plus difficile lorsque plusieurs substances sont consommées de façon régulière par une même personne. Le phénomène de la polyconsommation, décrit par les professionnels de la prise en charge des usagers de drogues, est cependant difficile à mesurer dans les enquêtes. Si le terme est souvent employé, sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus. Aussi, les approches proposées ci-après doivent être considérées comme une contribution au débat.

Demandes de traitement

Compte tenu des données disponibles dans les enquêtes auprès des usagers fréquentant les structures de soins, la polyconsommation peut-être ici abordée de deux façons : à partir des produits à l'origine de la prise en charge, ou des produits consommés dans la période récente (mois ou semaine selon les enquêtes). Pour différencier ces

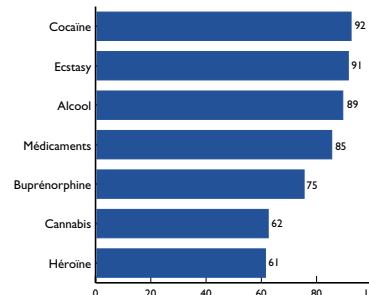
deux approches on parlera dans le premier cas de polydépendances, et dans le deuxième cas de polyconsommation. La polydépendance caractérise la situation des usagers ayant plus d'un produit à l'origine de la prise en charge et la polyconsommation celle des usagers ayant déclaré avoir consommé récemment plus d'un produit.

Polydépendance

D'après les résultats de l'enquête menée en novembre 1999 ^①, la polydépendance apparaît dans un peu plus d'un recours sur deux (56 %). Ce pourcentage a légèrement augmenté par rapport à l'enquête de novembre 1997 (54 %).

La part de la polydépendance est variable selon les substances. La cocaïne, l'ecstasy et l'alcool sont associés à un autre produit dans les prises en charge dans environ 90 % des cas. Pour le cannabis et les opiacés, ce pourcentage est de 60 %. Les médicaments, principalement les benzodiazépines et la buprénorphine hors prescription médicale, occupent une situation intermédiaire.

Fréquence de la polydépendance chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge



Lecture du graphique : lorsqu'elle apparaît comme produit à l'origine de la prise en charge (primaire ou secondaire), la cocaïne est associée à un autre produit dans 92 % des cas, l'ecstasy dans 91 % des cas, etc.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ^①

En ce qui concerne l'héroïne, ce produit est souvent cité comme étant à l'origine de la prise en charge pour des usagers sous traitement de substitution qui, pour une bonne part, ne sont pas en difficulté avec d'autres produits.

Compte tenu du poids global considérable des opiacés et en particulier de l'héroïne dans les produits à l'origine de la prise en charge, cette dernière substance est fortement associée à toutes les autres. Cette association est cependant très intense lorsque la cocaïne est mentionnée. Il faut également noter l'importance de la liaison entre le cannabis et l'alcool et entre les médicaments et l'alcool.

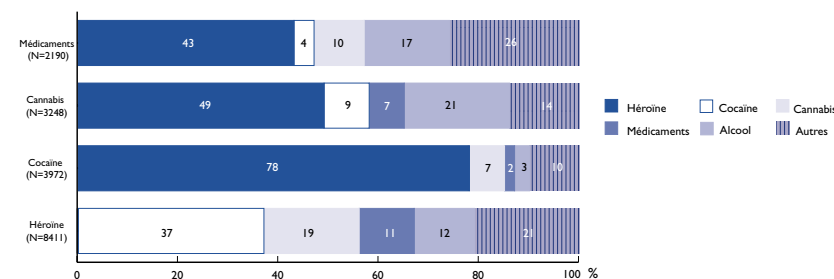
Dans l'enquête dont les résultats sont ici utilisés, seuls deux produits à l'origine de la prise en charge pouvaient être mentionnés, ce qui a sans doute pour effet de minimiser le poids de certaines associations. Par ailleurs, il apparaît également intéressant de connaître les substances effectivement consommées dans une période récente. L'approche par les polydépendances demande donc à être complétée par une approche en termes de produits consommés.

Polyconsommations

Sur l'ensemble des prises en charge dans les établissements spécialisés et les établissements

La proportion relativement faible de polydépendance pour le cannabis s'explique par la présence de jeunes usagers de ce produit et qui ont beaucoup moins souvent un problème avec un second produit que les usagers plus âgés.

Associations de substances psychoactives dans les polydépendances chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge



Lecture du graphique : comme produit 1 ou 2 à l'origine de la prise en charge, les médicaments sont associés à un autre produit dans 2 190 recours ; dans 43 % des cas il s'agit d'héroïne, dans 4 % de cocaïne, dans 10 % de cannabis, dans 17 % d'alcool, dans 26 % d'autres produits.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ^①

sanitaires, une consommation au cours des trente derniers jours est citée dans environ 60 % des cas¹. La mention de deux produits n'apparaît que dans 30 % des cas et de trois produits dans 12 % des cas. Parmi les personnes ayant consommé au moins une substance au cours des trente derniers jours, le nombre moyen de produits consommés s'établit à 1,7. Dans les polyconsommations (au moins deux produits consommés), les substances qui sont le plus souvent impliquées sont le cannabis (53 %), l'alcool (40 %), l'héroïne (33 %), les benzodiazépines (27 %) et la cocaïne (22 %). Ce classement se retrouve en grande partie dans la fréquence des associations entre produits dans lesquelles cannabis, alcool et héroïne sont le plus souvent cités (tableau ci-contre).

La fréquence des associations varie selon le produit considéré. Le cannabis, en raison de son poids global dans les consommations, apparaît largement lié à toutes les substances. Cette association est cependant particulièrement forte pour l'ecstasy : lorsque ce produit est cité, le cannabis est associé dans 51 % des cas. L'usage de cocaïne est, quant à lui, très fortement associé à celui d'héroïne (dans 44 % des cas) et celui d'alcool à celui de cannabis (40 % des cas).

Association de deux substances psychoactives dans les consommations au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999

	(en %)
Alcool et cannabis	21
Héroïne et cannabis	13
Héroïne et cocaïne	12
Benzodiazépines et alcool	10
Benzodiazépines et cannabis	10
Cocaïne et cannabis	7
Héroïne et alcool	7
Héroïne et benzodiazépines	5
Héroïne et buprénorphine	5

Lecture du tableau : sur 6 823 recours avec mention d'au moins deux produits consommés au cours des 30 derniers jours, l'association alcool et cannabis apparaît dans 21 % des cas, héroïne et cannabis dans 13 %, etc. Seules les associations les plus fréquentes sont mentionnées. Les pourcentages en colonne ne peuvent être additionnés.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

L'enquête OPPIDUM, menée à la même époque (octobre 1999) auprès d'un échantillon d'environ 2 000 usagers vus dans des structures de prises en charge, fournit des résultats proches sur la fré-

Associations de substances psychoactives consommées au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999

	Héroïne N = 3 273	Cocaïne N = 1 875	Benzodiazépines N = 2 404	Cannabis N = 6 718	Ecstasy N = 335	Alcool N = 3 688
Héroïne	-	44	15	13	21	13
Buprénorphine hors prescription	10	9	11	5	5	6
Cocaïne	25	-	8	7	24	7
Benzodiazépines	11	11	-	10	4	18
Cannabis	27	27	27	-	51	40
LSD et autres dysléptiques	1	2	1	1	11	1
Ecstasy	2	4	1	2	-	2
Amphétamines	1	2	1	1	4	1
Alcool	14	13	28	22	16	-

Lecture du tableau : sur les 3 723 recours avec mention d'une consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours, la buprénorphine hors prescription médicale est également consommée dans 10 % des cas, la cocaïne dans 25 % des cas, les benzodiazépines dans 11 % des cas, etc. Une substance pouvant être associée à deux autres, les chiffres en colonne ne peuvent être additionnés. Pour ne pas trop alourdir le tableau, celui-ci ne reprend pas l'ensemble des substances possibles.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

1. Des usagers sous traitement de substitution ou récemment sevrés peuvent n'avoir eu aucune consommation dans le mois passé.

Associations de substances psychoactives consommées au cours des sept derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999

	Cocaïne N = 239	Benzodiazépines N = 511	Héroïne N = 261	Cannabis N = 657
Benzodiazépines	28	-	17	25
Cocaïne	-	13	34	15
Héroïne	37	9	-	15
Alcool	26	27	21	25

Lecture du tableau : sur les 239 recours avec mention d'une consommation de cocaïne au cours des sept derniers jours, les benzodiazépines sont également consommées dans 28 % des cas, l'héroïne dans 37 % des cas, l'alcool dans 26 % des cas, etc. Une substance mentionnée en colonne peut-être associée simultanément à plusieurs substances ; la somme des pourcentages en colonnes peut donc être supérieure à 100 % ; par ailleurs, pour ne pas charger le tableau, seules les substances avec des effectifs importants sont mentionnées.

Source : d'après OPPIDUM 1999, CEIP

quence de l'association cocaïne et héroïne. Des écarts non négligeables apparaissent en revanche pour les associations avec les benzodiazépines, l'alcool et le cannabis. Il se peut que dans l'enquête menée au mois de novembre, l'attention portée au recueil des consommations licites ou banalisées soit moindre et que ce dernier porte davantage sur les consommations les plus visibles et les plus facilement détectables. Le poids des benzodiazépines et des médicaments y est probablement sous-estimé.

Morbidité et mortalité

Au cours de l'année 2000, sur les 120 décès par surdoses constatés par les services de police, 38 ont révélé la présence de plusieurs substances (un tiers d'entre eux environ) ². L'héroïne étant la plus fréquemment détectée comme à l'origine des surdoses, on la retrouve également dans 18 des 38 décès pour lesquels plusieurs produits ont pu être décelés. Les autres mélanges généralement repérés concernent des associations de médicaments souvent consommés par des héroïnomanes : méthadone, Subutex[®], Skenan[®], Tranxène[®], etc.

Les décès par surdose pour lesquels plusieurs produits sont détectés représentent une part de plus en plus importante des morts par surdose en France.

Pour en savoir plus

- ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome I*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CHOQUET (M.), HASSLER (C.), LEDOUX (S.), BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), « Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999 », *Tendances*, n° 6, 2000, p. 1-6.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.
- COSTES (J.-M.), « Tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs et la composition des substances de synthèse », *Tendances*, n° 7, 2000, p. 1-4.
- GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.
- PALLE (C.), TELLIER (S.), « Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997 », *DREES, Études et résultats*, n° 59, avril 2000, p. 1-8.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).

Cadre légal et dispositifs

Cadre légal et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues

271

Cadre légal	271
Drogues illicites	271
Alcool	272
Tabac	274
Médicaments psychotropes	276
Dopage en milieu sportif	277
Orientations récentes de la politique publique	279
Orientations du Plan triennal interministériel (1999-2001)	279
Évolutions récentes en matière de prévention	280
Évolutions récentes de la politique sanitaire	283
Évolutions récentes de la politique pénale	287

Dispositifs et moyens de lutte contre les drogues

291

Dispositifs d'observation, de recherche et de formation	291
Dispositif d'observation	291
Dispositif de recherche	292
Dispositif de formation	294
Dispositifs d'information	295
Lignes d'aide téléphonique	295
Dispositifs d'information et de documentation	297

Dispositifs de prévention	298
Synthèse générale sur la prévention	298
Dispositifs interministériels	300
Dispositifs « Éducation nationale »	301
Dispositifs « Santé et Affaires sociales »	303
Dispositifs « Jeunesse et Sports »	305
Dispositifs des services répressifs	306
Dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale	308
Dispositif sociosanitaire spécialisé et de réduction des risques	308
Dispositif de droit commun	315
Dispositifs d'application de la loi	318
Dispositif coordonné par la police nationale	318
Dispositif coordonné par la gendarmerie nationale	319
Dispositif coordonné par la Direction générale des douanes et des droits indirects	319
Dispositif de contrôle des produits précurseurs des drogues	319
Dispositif judiciaire relatif au trafic et à l'usage de stupéfiants	320
Crédits consacrés à la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances	321

Pour en savoir plus

324

Cadre légal et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues

Cadre légal

Consacrée à la description du cadre légal de lutte contre les drogues en France, cette partie abordera successivement les lois relatives aux drogues illicites, puis celles portant sur les drogues licites, en distinguant le cas de l'alcool, du tabac, des médicaments psychotropes et enfin des produits à l'origine des conduites dopantes en milieu sportif.

L'évolution du cadre légal ayant largement été décrite dans la précédente édition du rapport « Indicateurs et Tendances » (OFDT, 1999), il s'agit ici d'un simple rappel des grandes lignes des dispositions légales en vigueur¹.

Drogues illicites

Le cadre légal relatif aux drogues illicites est principalement fixé par la loi du 31 décembre 1970. De nombreux textes d'application sont ensuite venus compléter ce cadre initial.

Loi du 31 décembre 1970

La loi du **31 décembre 1970**⁽¹⁾ constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues depuis trente ans. Cette loi réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Depuis

1. Les références des principaux textes législatifs et réglementaires sont précisées sous forme de notes et figurent à la fin de ce chapitre.

1970, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises en augmentant les peines encourues ou en créant de nouveaux délits (offre et cession pour usage personnel, blanchiment). En revanche, les textes sur la répression de l'usage, objet de débats incessants, n'ont pas été modifiés durant toutes ces années.

Cette relative permanence sur le plan législatif ne doit pas masquer cependant des évolutions assez marquées dans la mise en œuvre de la loi, telle qu'elle s'exprime tout du moins dans les circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la justice et de la santé.

La **loi de 1970** a fait l'objet de nombreuses présentations et analyses. Schématiquement, ses objectifs sont les suivants :

- réprimer sévèrement le trafic ;
- sanctionner pénalement l'usage de stupéfiants – auparavant seul l'usage en société était réprimé – tout en proposant une alternative thérapeutique ;
- assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui demandent à se faire soigner.

La liste des produits stupéfiants visés par cette loi est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, en conformité avec la réglementation internationale.

En ce qui concerne le trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes, plus importantes que pour la plupart des délits. La procédure d'intervention des services de police est dérogoratoire au droit commun : la garde à vue peut durer 4 jours au lieu de 48 heures et des perquisitions sont possibles de nuit.

L'article L.3421-1 du code de la santé publique sanctionne l'usage illicite de stupéfiants d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement ou d'une amende. Par ailleurs, aux termes de l'article L.3411-1, l'usager est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Ces textes soulignent le double statut de l'usager considéré par le législateur à la fois comme délinquant et comme malade.

L'usager peut échapper aux poursuites s'il se soumet à l'**injonction thérapeutique** qui lui est proposée par le procureur.

Évolutions récentes de la législation

Pour l'usager, les circulaires des ministères de la Justice et de la Santé ont, suivant les époques, plus mis l'accent sur les alternatives thérapeutiques ou au contraire sur la répression lorsque l'usage était associé à un trafic. Les lois successives votées à partir de la fin des années 1980 portent essentiellement sur la répression du trafic et des faits liés au trafic de stupéfiants, soit en aggravant les peines prévues, soit en créant de nouvelles infractions.

Ainsi, avec la **loi du 16 décembre 1992**⁽²⁾, les peines peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 50 millions de francs pour certains trafics. Parallèlement, l'accent va être mis sur la répression du blanchiment ou la justification mensongère de l'origine des ressources des trafiquants (**loi du 31 décembre 1987**⁽³⁾ ; **loi du 23 décembre 1988**⁽⁴⁾ ; **loi du 12 juillet 1990**⁽⁵⁾ ; **loi du 13 mai 1996**⁽⁶⁾). Cette dernière loi réprime également le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants (« proxénétisme de la drogue »).

Par ailleurs, la fabrication et le commerce de produits « précurseurs » susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants sont contrôlés (**loi du 19 juin 1996**⁽⁷⁾).

Enfin, dans le cadre de mesures pour la sécurité routière, la loi du 18 juin 1999⁽⁸⁾ prévoit le dépistage systématique des conducteurs impliqués dans un accident mortel pour rechercher la présence et le dosage de stupéfiants. Sur la base de ces analyses, une étude devra permettre d'évaluer le rôle des stupéfiants dans la survenue de ce type d'accidents. Les conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2004.

Alcool

Pour des raisons fiscales et d'ordre public, le commerce et la distribution des boissons alcoolisées sont réglementés depuis plusieurs siècles, mais les préoccupations de santé publique, qui se heurtent parfois à des intérêts économiques et so-

ciaux (les viticulteurs, producteurs et distributeurs, constituent un groupe de pression), sont plus récentes : ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme⁽⁹⁾, loi Évin du 10 janvier 1991⁽¹⁰⁾ notamment.

Alcool et commerce

La fabrication et la vente des boissons sont réglementées par le code des débits de boissons et le code de la santé publique et sont interdites pour certaines boissons alcoolisées (par exemple, les boissons apéritives à base de vin de plus de 18 degrés, les spiritueux de plus de 45 degrés ainsi que les bitters et autres boissons de plus de 30 degrés).

Dans les débits de boissons (cafés, brasseries, restaurants, buvettes, etc.), la vente et la consommation sont aussi soumises à autorisation. Seuls les établissements titulaires de la licence IV sont autorisés à proposer l'ensemble des boissons. La réglementation, concernant en particulier ce type d'établissements, est très stricte : interdiction d'ouverture d'un nouvel établissement, seuls les mutations et les transferts étant autorisés, zones protégées et superprotégées dans lesquelles les débits ne peuvent être transférés ou doivent être supprimés. Ces dispositions sont sanctionnées pénalement.

Cependant, par un mouvement de balancier, le législateur a récemment adopté des mesures plus libérales : les modalités de calcul du périmètre des zones protégées ont été modifiées lorsque l'on a creusé le Forum des halles à Paris ; au nom de la sociabilité et de la politique de la ville, on est revenu sur les dispositions restrictives dans les agglomérations nouvelles ; les buvettes dans les stades, interdites par la loi Évin du 10 janvier 1991, ont été ensuite autorisées, dans des conditions qui ne sont plus guère restrictives (loi du 30 décembre 1998⁽¹¹⁾). Les impératifs d'ordre public et de santé cèdent devant le poids des intérêts économiques.

Alcool et publicité

Il en va de même pour la publicité en faveur des boissons alcoolisées qui est réglementée depuis 1941. La publicité, suivant le type de boissons,

pouvait être très strictement limitée ; une ordonnance de 1960 a interdit en outre la publicité sur les stades pour toutes les boissons alcoolisées. En 1980, la Cour de justice des communautés européennes a condamné une législation discriminatoire qui autorisait la publicité pour le rhum mais interdisait celle en faveur du whisky. Alors que les restrictions sont devenues caduques, il faudra attendre la loi Barzach du 30 juillet 1987⁽¹²⁾ pour qu'une nouvelle législation soit mise en œuvre avec notamment l'interdiction de toute publicité à la télévision et sur les terrains de sports, et une réglementation des messages publicitaires. Une circulaire en donne ensuite une interprétation très libérale.

La **loi Évin** du 10 janvier 1991 renverse le principe puisque la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcoolisées est interdite, sauf :

- dans la presse écrite, excepté dans les publications destinées à la jeunesse ;
- par radiodiffusion ;
- sous forme d'affiches et d'enseignes ;
- par envoi par les producteurs ;
- en faveur des fêtes et foires traditionnelles consacrées à des boissons locales, etc.

Toute opération de parrainage ayant pour effet une publicité en faveur de ces boissons est également interdite. Les opérations de mécénat ne peuvent donner lieu à publicité qu'à certaines conditions.

Le contenu des messages publicitaires est réglementé et il doit indiquer que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

À l'origine, l'affichage n'était autorisé que sur les lieux de production, mais faute de pouvoir définir ceux-ci réglementairement, l'affichage a été entièrement libéralisé, en tout lieu, même sur les stades où il était auparavant interdit. La seule restriction encore en vigueur concerne maintenant la publicité au cinéma, comme celle à la télévision déjà interdite précédemment.

La violation de ces interdictions est pénalement sanctionnée : 500 000 F d'amende et jusqu'à 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale. La cessation de la publicité peut être ordonnée.

Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile. Elles ont un rôle essentiel dans les poursuites qui sont diligentées, car, malgré le nombre d'infractions qui peuvent être constatées, les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites.

Alcool et ordre public

L'ivresse publique et manifeste, constatée dans un lieu public, est passible d'une contravention de 2^e classe (1 000 F d'amende). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Avant le nouveau code pénal de 1994, les peines prévues pouvaient aller jusqu'à un emprisonnement délictuel en cas de récidive.

L'ivresse dans une enceinte sportive constituée, depuis la loi du 6 décembre 1993⁽¹³⁾, un délit pouvant être puni de peines de prison notamment en cas de violences.

Alcool et sécurité routière

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est réprimée depuis 1965. La **loi du 9 juillet 1970**⁽¹⁴⁾ instaure, pour la première fois en France, un taux légal d'alcoolémie. Au-delà de 0,40 mg/l d'air expiré (contrôle par éthylomètre), ou de 0,8 g/l de sang (analyse de sang), il s'agit d'un délit passible de deux ans d'emprisonnement. De 0,25 à 0,5 (ou 0,4 à 0,8 en cas d'analyse sanguine), c'est une contravention de 4^e classe. Des peines complémentaires, notamment la suspension ou l'annulation du permis de conduire et la perte de points sont également prévues.

S'il y a eu un accident corporel les peines sont aggravées et peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Une nouvelle mesure répressive est introduite par la **loi du 12 juillet 1978**⁽¹⁵⁾ qui instaure les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence de telles infractions ou d'accidents.

Au début des années 1980, le renforcement du contrôle et des sanctions de la conduite sous l'empire de l'alcool apparaît indispensable aux yeux des pouvoirs publics. Ainsi, la **loi du 8 décembre 1983**⁽¹⁶⁾ fixe un seuil unique d'alcoolémie à 0,8 g/l de sang (ou, dans l'air expiré, un taux égal à 0,4 mg/l). Tout conducteur ayant atteint ce taux peut être sanctionné par une amende et/ou une peine de prison (portée à deux ans en 1987). Un nouveau pas est franchi avec la **loi du 17 janvier 1986**⁽¹⁷⁾ qui prévoit le retrait immédiat du permis de conduire pendant 72 heures en cas de présomption d'ivresse. Le permis peut être suspendu par le préfet pendant une durée de six mois. Dans les années 1990, la réglementation revient à la baisse le seuil de tolérance de l'alcool au volant en faisant passer l'alcoolémie tolérée à 0,5 g/l de sang. Un taux compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang est passible d'une amende de 900 F et le retrait de 3 points du permis de conduire. Au-delà de 0,8 g/l de sang, il s'agit d'un délit passible d'un retrait de 6 points, d'une amende, d'une peine de prison et du retrait du permis de conduire (décret du 29 août 1995⁽¹⁸⁾).

Alcool et obligation de soins

L'alcool est souvent un facteur déclenchant ou aggravant de comportements délictuels ou criminels (criminalité routière, violences, meurtres, abus sexuels, etc.). Pourtant, l'état alcoolique ou l'ivresse constitue dans peu de cas une infraction ou une circonstance aggravante. Néanmoins, l'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins, notamment en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve ou de libération conditionnelle.

Tabac

L'État, longtemps fabricant et distributeur, perçoit des taxes importantes sur la vente du tabac, et les intérêts économiques liés à la production et à la distribution sont conséquents. Aussi les impératifs de santé publique n'ont été pris en

considération que récemment, alors même que le tabac représente un risque pour la santé supérieure à celui des autres substances.

La **loi du 9 juillet 1976**⁽¹⁹⁾ (dite « loi Veil ») est la première loi française de lutte contre le tabagisme. Auparavant, les rares textes existants révélaient des préoccupations d'hygiène dans des lieux fermés (notamment dans les salles réservées aux activités sportives, dans les établissements publics, etc.). La loi de 1976 n'autorisait la publicité en faveur du tabac que dans la presse écrite. Le parrainage des manifestations sportives, sauf de certaines courses automobiles, est interdit. Les emballages devaient comporter un message sanitaire. Par ailleurs, des interdictions de fumer devaient être établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

Cependant, la loi a été rapidement contournée par des publicitaires inventifs. En 1988/1989, les dépenses de publicité en faveur du tabac s'élevaient à plus de 300 millions de francs et celles de parrainage du sport automobile à 350 millions.

À la fin des années 1980, les statistiques concernant l'évolution croissante du nombre de **décès prématurés** liés au tabac ne font qu'accroître la préoccupation des professionnels, de la communauté scientifique et médicale et des pouvoirs publics. En mars 1990, le gouvernement annonce le renforcement de son intervention dans le domaine de la santé publique, ce qui se traduit par le vote de la **loi du 10 janvier 1991**⁽²⁰⁾ (dite « loi Évin ») relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. La loi Évin renforce le caractère restrictif de la loi de 1976 en terme de santé publique, notamment en interdisant de fumer sauf là où cela est explicitement autorisé. La loi met l'accent sur la prévention et l'information du public ainsi que sur la protection des consommateurs en interdisant de prendre en compte le prix du tabac pour le calcul des indices de prix à la consommation. Les principales évolutions législatives sont les suivantes :

- interdiction de la publicité, comme du parrainage en faveur du tabac, sauf pour les enseignes des débits et des affichettes à l'intérieur des établissements. Cependant, des dérogations ont été ensuite introduites pour la retransmission télévisée

des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée, ainsi que pour des publications professionnelles. Les infractions sont punies de 500 000 F d'amende et jusqu'à 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée ;

- affichage d'un message sanitaire sur les emballages, avec la mention « nuit gravement à la santé ». Les infractions sont également sanctionnées de peines délictuelles ;

- interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Les infractions constituent des contraventions de 5^e classe (10 000 F d'amende) pour les exploitants et de 3^e classe (3 000 F) pour les fumeurs ;

- comme en matière d'alcoolisme les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile et sont souvent très actives dans la poursuite des infractions ;

- enfin, le tabac n'est plus pris en compte dans l'indice des prix, ce qui a permis une augmentation régulière de son prix et entraîné une réduction de la consommation².

Depuis, le texte de loi de 1991 a fait l'objet de deux modifications :

La première est relative à l'interdiction portant sur la publicité du tabac. Cette modification législative intervient avec le vote de la **loi du 27 janvier 1993**⁽²¹⁾. Elle détermine que, jusqu'à ce qu'intervienne une réglementation européenne, la retransmission des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée peut être assurée par les chaînes de télévision. D'autres assouplissements sont permis dans certaines publications (spécialisées ou éditées par des organisations de professionnels pour ses adhérents).

La deuxième modification est introduite par la **loi du 18 janvier 1994**⁽²²⁾ relative à la santé publique et à la protection sociale qui met l'accent sur la prévention du tabagisme. Elle étend l'obligation de porter le message spécifique à caractère sani-

2. Voir le chapitre relatif au tabac.

taire sur les emballages des produits du tabac. Cette obligation étant jusque-là limitée aux paquets de cigarettes.

La teneur maximale autorisée en goudron n'a cessé de diminuer depuis 1991 : de 15 mg par cigarette, elle est passée à 12 mg au premier janvier 1998 (selon des dispositions prévues par la loi Évin).

Il faut noter par ailleurs que des textes communautaires visent également à limiter ou à interdire la publicité en faveur du tabac et à imposer des messages sanitaires. Leur élaboration se heurte à d'importants lobbies.

Médicaments psychotropes

À la différence de la réglementation portant sur le tabagisme ou l'alcoolisme qui ne se rapporte qu'à un seul produit, celle réglementant l'abus ou la dépendance aux produits pharmaceutiques doit s'intéresser à une grande diversité de substances, des produits de substitution (buprénorphine, méthadone) aux fortifiants en vente libre en passant par les psychotropes des listes I (toxiques) et II (dangereux). Les différences entre ces produits sont considérables et conduisent à des régimes variables.

Trois niveaux d'intervention des pouvoirs publics peuvent être distingués (Caballero *et al.*, 2000, p. 340 sq.) :

- celui du droit commun des produits pharmaceutiques qui définit les règles de base de la consommation médicamenteuse ;
- celui de la réglementation de substances vénéneuses qui vise à prévenir les détournements et les abus de médicaments psychotropes et de certains stupéfiants ;
- celui de la législation antidopage qui interdit l'usage des produits dopants dans les compétitions sportives.

Règles de base de la consommation médicamenteuse

Les produits pharmaceutiques sont soumis à de nombreuses contraintes. Ils doivent disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'obtention de l'AMM relève d'une procédure lourde. L'administration a le pouvoir d'accorder ou non l'autorisation demandée par le fabricant. Une fois l'AMM obtenue, le produit est soumis au système national de pharmacovigilance et sa distribution relève du monopole des pharmaciens. La publicité de ces produits est soumise à autorisation ou réglementée. L'obtention d'un médicament par le patient passe, pour de nombreuses spécialités, par l'obtention d'une ordonnance signée d'un médecin.

Réglementation des substances vénéneuses

Le classement international des substances contrôlées repose sur des tableaux de classement définis par la Convention Unique de 1961 et la Convention de Vienne de 1971. La première prévoit quatre tableaux : les tableaux I et II des substances à usage médical ou pharmaceutique, le tableau III des exonérations et le tableau IV des substances dépourvues de tout intérêt thérapeutique. À l'origine, la plupart des substances classées étaient d'origine naturelle (morphine, codéine, cocaïne, etc.) mais une génération nouvelle de produits d'origine synthétique est apparue. C'est la raison pour laquelle a été adoptée la Convention internationale de Vienne qui exclut toutefois de son champ d'application les substances déjà soumises à un contrôle international. Les psychotropes sont ainsi répartis en quatre tableaux (voir tableau ci-contre).

Les **conditions de prescription et de délivrance** des médicaments distinguent quatre cas de figure, les médicaments accessibles sans ordonnance, les médicaments de la liste 2 (ordonnance renouvelable), les médicaments de la liste 1 (ordonnance le plus souvent non renouvelable), les médicaments stupéfiants requérant l'utilisation d'ordonnance sécurisée. Les médicaments stupéfiants et ceux des listes I et II appartiennent à la liste des substances vénéneuses. La liste des médicaments stupéfiants comprend, entre autres, les analgésiques morphiniques majeurs (par exemple : Skenan[®], Moscontin[®]). La liste I comprend, entre autres, des analgésiques mineurs (Di-Antalvic[®], Dicodin[®]), la buprénorphine (Subutex[®]), des anxiolytiques (comme le Valium[®] et le Tranxène[®]). La liste II comprend, entre autres, des anti-inflammatoires (par exemple : Ibuprofène[®], Apranax[®]).

Classement international des substances psychotropes défini par la Convention de Vienne de 1971

	Valeur thérapeutique	Risque pour la santé	Type de substances
Tableaux I	Très limitée ou inexistante	Particulièrement grave	Environ 25 substances de type hallucinogène dont le LSD, le MDMA, le MDA, la mescaline, la psilocybine, la cathinone
Tableaux II	De faible à moyenne	Sérieux	Environ 15 substances, pour l'essentiel des amphétamines
Tableaux III	De moyenne à grande	Sérieux	8 substances (5 barbituriques, 1 stimulant et 2 analgésiques dont la pentazocine et la buprénorphine)
Tableaux IV	De faible à grande	Faible mais non négligeable	Environ 60 substances (stimulants, hypnotiques, tranquillisants, anti-épileptiques, analgésiques)

Source : Convention de Vienne de 1971, (citée dans : Caballero *et al.*, 2000, p. 372)

lytiques (comme le Valium[®] et le Tranxène[®]). La liste II comprend, entre autres, des anti-inflammatoires (par exemple : Ibuprofène[®], Apranax[®]).

Les infractions aux règles de prescription et de délivrance peuvent être sanctionnées de deux manières. D'une part, les textes du code de la santé publique prévoient des sanctions pénales, d'autre part, les règles déontologiques des professions pharmaceutiques et médicales instituent des sanctions disciplinaires. Les deux types de sanctions sont indépendants et peuvent parfaitement se cumuler, la sanction pénale primant sur la sanction disciplinaire.

Dopage en milieu sportif

La France est l'un des premiers pays européens à avoir pris des dispositions législatives à l'encontre des conduites dopantes dans le milieu du sport de haut niveau. Elle est en outre l'un des seuls pays à disposer d'une législation spécifique aux conduites dopantes dans le domaine sportif, le ministère de la Jeunesse et des Sports étant chargé d'en coordonner les actions.

La législation sur le dopage vise à éviter une atteinte à l'éthique sportive et à l'intégrité physique et sportive des athlètes par l'utilisation de sub-

stances et de tous moyens destinés à augmenter artificiellement le rendement, en vue ou à l'occasion d'une compétition.

La liste des substances et des procédés interdits est actuellement fixée par l'arrêté ministériel du 2 février 2000 qui reprend la liste du Comité international olympique, à la suite de la convention de Strasbourg. Sont ainsi interdits :

- des substances : stimulants, narcotiques, agents anabolisants, etc. ;
- des procédés : dopage sanguin, manipulations pharmacologiques, chimique et physique ;
- alors que certaines substances, alcool, cannabinoïdes, anesthésiques locaux, corticostéroïdes et bêta-bloquants, sont soumises à des restrictions.

La loi Herzog du 1er juin 1965^[23] avait instauré des sanctions pénales, tant à l'encontre des usagers que de ceux qui facilitaient le dopage. Elle n'a pas été efficace.

La loi Bambuck du 28 juin 1989^[24] a dépénalisé l'usage, au profit de sanctions disciplinaires et mis en place un dispositif de prévention avec une commission nationale. Son application s'est également heurtée à des difficultés notamment en raison de la lourdeur des procédures.

Par ailleurs, une convention contre le dopage a été signée à Strasbourg le 16 novembre 1989 par les états membres du Conseil de l'Europe.

Les textes actuels résultent de la **loi du 23 mars 1999**⁽²⁵⁾ (dite « loi Buffet ») relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage.

Face à une généralisation du dopage, tant d'un dopage médicalement assisté des sportifs de haut niveau, que d'un dopage des jeunes et des sportifs amateurs, dans tous les sports, la loi affiche plusieurs objectifs :

- protéger la santé, l'intégrité physique des sportifs pour éviter des phénomènes de dépendance et des décès prématurés ;
- faire cesser la tricherie, alors que les intérêts financiers en jeu sont très importants ;
- restaurer l'éthique du sport, lutter contre une atteinte à des valeurs sociales fondamentales.

Dopage et prévention

Pour prévenir le dopage, la loi Buffet a créé une haute autorité, le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD), qui propose toute mesure utile pour prévenir et combattre le dopage. Il a également un pouvoir de sanction.

Des antennes médicales de lutte contre le dopage qui organisent des consultations anonymes et proposent un suivi médical sont mises en place.

D'autre part, la surveillance médicale du sportif est assurée par un examen médical, constatant l'absence de contre-indication à la pratique du sport, nécessaire pour la délivrance d'une licence comme pour la participation à une compétition et, en ce qui concerne les sportifs de haut niveau, par la création d'un livret individuel.

Les médecins qui décèlent des signes évoquant une pratique de dopage doivent en informer le médecin chargé de l'antenne médicale.

Dopage et répression

Des contrôles sont effectués sur décision ministérielle ou à la demande des fédérations, avec examens et prélèvements par des médecins agréés, droit d'accès dans les locaux, après information du procureur qui peut s'y opposer, et droit de saisie sur autorisation judiciaire.

En cas d'infractions, les sportifs font l'objet de sanctions disciplinaires, par les fédérations ou par le CPLD, qui peuvent aller jusqu'à l'interdiction définitive de compétition.

Les médecins qui ne transmettent pas d'informations sur les signes de dopage qu'ils constatent sont également passibles de sanctions disciplinaires.

Des sanctions pénales sont prévues, en cas d'obstacle au contrôle ou de violation des interdictions (6 mois d'emprisonnement/50 000 F d'amende) ainsi que pour prescription, cession ou administration de substance ou procédé interdit, de facilitation ou d'incitation à l'usage (5 ans/500 000 F et 7 ans/1 MF, lorsque les faits sont commis en bande organisée ou à l'égard d'un mineur). Des peines complémentaires de confiscation, publication de la décision, fermeture d'établissements sont également prévues.

Les fédérations comme le CPLD peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile.

Par ailleurs, certains produits dopants sont également classés comme stupéfiants ou substances vénéneuses et relèvent de ces réglementations ou encore du code des douanes.

Le dispositif de lutte contre le dopage ainsi réorganisé devrait être plus efficace. Toutefois, les spécialistes restent pessimistes face d'une part à un dopage sophistiqué de sportifs de haut niveau, difficile à mettre en évidence et, d'autre part, face à un dopage de masse auquel s'adonnent des amateurs qui veulent se dépasser ou des jeunes sportifs entraînés auxquels l'on demande des résultats et des performances. De ces derniers dépendent souvent le financement des clubs, subventions ou parrainage des équipementiers.

Orientations récentes de la politique publique

Cette partie présente les grandes lignes des orientations définies dans le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) dont la mise en œuvre est en cours.

Les évolutions marquantes de l'action publique de lutte contre les drogues licites et illicites depuis les années 1990 sont décrites dans un second temps. Les évolutions antérieures à la loi de 1970 ont été traitées dans le précédent rapport « Indicateurs et Tendances » (OFDT, 1999).

Orientations du Plan triennal interministériel (1999-2001)

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est chargée de veiller pour le compte du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie à la mise en œuvre des orientations de politique publique décidées par ce dernier. Sur la base des propositions d'orientations développées par la MILDT, un plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a été adopté par le gouvernement lors du Comité interministériel du 16 juin 1999 (MILDT, 2000).

Ce plan pose certains constats :

- Les modes de consommation de produits psychoactifs évoluent.
- Les usagers adoptent (de plus en plus) des comportements de **polyconsommation** (consommation de plusieurs substances, par exemple : ecstasy et alcool).
- Le dispositif de prise en charge est inégalement réparti sur le territoire national.
- Il n'existe pas, en matière de drogues et de toxicomanies, de culture commune aux différents acteurs.
- L'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge reste insuffisant.

Partant de ces constats, le plan définit de grandes orientations. Plusieurs axes prioritaires apparaissent et notamment :

- Le développement de l'observation des phénomènes de consommation de produits psychoactifs licites et illicites en mettant l'accent sur les travaux en sciences sociales (études et recherches) et l'organisation des connaissances pour éclairer les politiques publiques.
- La diffusion de données fiables, scientifiquement validées, auprès du grand public pour apporter les réponses nécessaires sur l'état du phénomène.
- L'élargissement de la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs (et non plus uniquement sur les produits).
- Le développement, chez tous les professionnels et les acteurs de la prévention, d'une culture de référence commune sur les produits psychoactifs afin que les politiques publiques et les orientations nouvelles adoptées soient comprises et partagées par tous ceux qui sont censés les mettre en œuvre.
- La diffusion de la politique de réduction des risques et des dommages à l'ensemble des comportements de consommation.
- La mise en place d'une prise en charge sanitaire et sociale précoce (avant que les consommateurs de substances psychoactives ne deviennent dépendants) pour un accompagnement adapté des consommateurs de produits psychoactifs.
- L'intégration d'une logique de santé publique dans la sécurité publique à partir d'une politique pénale adaptée, qu'il s'agisse des usagers interpellés ou de ceux placés en détention.
- Le renforcement de la lutte contre les trafics fondé sur la diversification de ses moyens d'action, qu'il s'agisse de la lutte contre le trafic local ou international, de celle contre le blanchiment ou de l'approche par les précurseurs chimiques.

■ Le développement d'une action internationale de la France autour d'une approche globale équilibrée entre réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des risques. Cela passe par une redéfinition des priorités géographiques.

Avec la nouvelle **circulaire du Premier ministre datant du 13 septembre 1999**⁽²⁶⁾ le principe et la nécessité d'une coordination locale sont réaffirmés tandis que les missions confiées aux chefs de projet « drogues et dépendances » se voient précisées et renforcées dans la mesure où un processus de déconcentration des crédits et des actions se met en place.

« *Choisi parmi les membres du corps préfectoral (directeur de cabinet du préfet, sous-préfet à la ville) ou les chefs des services déconcentrés de l'État, le chef de projet anime la politique locale dans le domaine de la lutte contre les drogues et les dépendances et coordonne les actions des différents services de l'État dans le département. Il reçoit du préfet une lettre de mission qui fonde sa légitimité auprès de ses collègues et des partenaires institutionnels. Le lieu principal d'animation de la politique est le comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Cette instance est présidée par le préfet assisté du chef de projet. Elle doit se rassembler chaque trimestre.*

Se réunissent ainsi régulièrement, pour coordonner leurs actions et déterminer les financements, les chefs de services déconcentrés concernés, les autorités judiciaires et les représentants des collectivités territoriales. (Site internet MILDT, www.drogues.gouv.fr)

L'ensemble de ces orientations récentes de politique publique a donné lieu à la mise en œuvre d'actions et de dispositifs publics assortis de moyens humains, administratifs ou financiers. Afin d'apprécier les réalisations et les résultats issus de ces orientations générales, des démarches de suivi et d'évaluation ont été mises en place tant au plan national qu'au plan local. Les principales informations que l'on peut en retirer seront développées dans le chapitre consacré aux dispositifs institutionnels et à leur mise en œuvre.

Évolutions récentes en matière de prévention

Durant les années 1990, le débat politique sur la prévention connaît une certaine formalisation : il se structure autour d'une approche en termes de comportements de consommation de substances psychoactives qui remplace progressivement celle plus instrumentale – car orientée sur les produits – menée depuis 1970. En cela, le discours politique a corroboré la pratique de nombreux professionnels qui étaient déjà amenés à ne pas focaliser leurs interventions sur un produit. La modification de la conception de la prévention (et par la suite de ses objectifs) est induite par certaines évolutions observées ces dix dernières années dans les pratiques d'usage et les représentations sociales sur les drogues :

- l'expansion de nouvelles substances, de nouveaux usages, notamment le développement des polyconsommations ;
- l'augmentation du nombre d'utilisateurs socialement bien intégrés ou qui ont apparemment un usage contrôlé ;
- l'acceptation sociale croissante de l'usage des drogues dans la mesure où il n'est pas préjudiciable à l'individu ou à son entourage ;
- le développement d'une conception de la santé fondée sur la responsabilité de l'individu, depuis l'apparition du Sida.

Le plan du 14 septembre 1995 pour la lutte contre la toxicomanie⁽²⁷⁾ annonce l'élaboration d'un texte de référence sur les objectifs et les modes d'action de la prévention contre l'usage de drogue : le rapport Parquet (Parquet, 1997). Cet ouvrage formule les bases d'un discours sur la prévention qui veut fédérer les logiques des divers acteurs de la prévention, publics et privés. C'est de là qu'il tire sa cohérence.

Discours sur la prévention : rapport Parquet (1997)

Le rapport Parquet souligne que les évolutions de la problématique des drogues – évoquées précédemment – imposent des solutions plus pragmatiques : on ne peut plus guère soutenir un message de prévention axé exclusivement autour de

l'abstinence, comme l'était le discours des deux dernières décennies. D'autre part, les progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes neurobiologiques liés à l'absorption de substances agissant sur le psychisme révèlent des métabolismes communs à divers produits licites ou illicites. La littérature scientifique souligne également des facteurs psychosociaux et environnementaux communs à ces diverses consommations.

Le rapport propose alors un message de prévention qui encourage la réflexion sur les comportements de consommation, mais aussi sur les similarités des mécanismes de dépendance. Il cible les substances psychoactives, terme générique qui recouvre les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes. L'approche par le comportement soutient une distinction de l'usage, de l'abus ou usage nocif et de la dépendance, qui était déjà présente dans les classifications internationales de référence (notamment dans la 10^e version de la classification internationale des maladies – CIM 10 – de 1992 ou la 4^e version du manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM IV – de 1994). Ces définitions, en effet, ont l'avantage d'intégrer une dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet.

Bien que l'objectif traditionnel – qui consiste à éviter l'initiation de la consommation de substances psychoactives – soit maintenu, la démarche doit aller au-delà en prévenant aussi le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance. La stratégie première de la prévention consiste à intervenir selon une logique de programme afin d'établir des objectifs diversifiés, adaptés aux besoins spécifiques des populations. L'énonciation explicite de ces objectifs permet d'éviter l'éclatement des actions. Dans ce schéma, l'évaluation facilite la complémentarité des efforts engagés et l'étude de l'adéquation de la réponse préventive à la réalité du phénomène « drogues ». Enfin, le développement d'une culture commune favorise la continuité et la cohésion des discours soutenus par les différents interlocuteurs qui interviennent dans le champ de la prévention : les services d'État, les professionnels, les médias, les groupes de consommateurs ou autres groupes communautaires.

La prévention dans le plan triennal 1999-2001 de la MILDT

La prévention est un axe majeur de l'actuel plan triennal, comme en témoigne son intitulé : « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances » (MILDT, 2000). La MILDT reprend dans ce texte programmatique la plupart des recommandations « déontologiques » et organisationnelles édictées par le rapport Parquet.

Les orientations interministérielles en matière de prévention se résument ainsi :

- contribuer à la professionnalisation des acteurs de la prévention. Si de nombreuses actions ont été réalisées dans le champ de la prévention, elles sont restées dépendantes de la bonne volonté et du dynamisme des acteurs locaux, aucune compétence particulière n'étant exigée. L'objectif premier est de fournir aux professionnels les outils nécessaires pour identifier les comportements à risques à un stade précoce ;
- développer les Comités d'éducation pour la santé et la citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires³. Cette expansion doit permettre aux jeunes de bénéficier d'au moins un programme de prévention pendant leur cursus scolaire ;
- améliorer l'accès aux structures d'écoute à l'égard des adolescents et de leurs parents ;
- réaffirmer les objectifs préventifs du traitement judiciaire des usagers de drogues (circulaire du 17 juin 1999⁽²⁸⁾) ;
- développer une approche préventive dans des cadres spécifiques, comme l'intervention des groupes de pairs dans les associations sportives et la mise en place d'une politique de réduction du risque lors de concerts, festivals ou *rave party*, qui vise également la consommation d'alcool.

En outre, ce plan soutient le besoin d'une coordination locale pour l'application de ces orientations.

3. Voir la section sur les dispositifs de prévention « Éducation nationale ».

Programmes départementaux de prévention

Le plan triennal annonce une organisation administrative de l'action publique locale en matière de prévention, qui donne un élan à la coordination des actions soutenues par les services déconcentrés de l'État et par les associations. Elle prend corps à travers les plans départementaux de prévention qui doivent décliner au niveau local les grands axes définis par le plan triennal. Leur élaboration (définition d'objectifs évaluables, identification d'acteurs compétents, etc.) est confiée au chef de projet « drogue et dépendances » de chaque département, qui s'appuie pour cela sur le comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (organe multipartite réunissant des représentants des services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, organismes sociaux, et autres professionnels). En particulier, il doit réaliser ce programme en collaboration étroite avec les représentants locaux du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Jeunesse et des Sports, afin d'assurer une continuité des mesures préventives dans tous les milieux de vie des jeunes, premiers destinataires de cette politique.

En 2001, 18 programmes départementaux sont mis en œuvre, 11 sont publiés et doivent prendre effet cette année, 34 sont en cours d'élaboration. Enfin, 5 départements n'ont pas encore entrepris la réalisation du programme. L'état d'avancement des 32 départements restants n'est pas connu à la date d'aujourd'hui.

Contrats de ville, CLS et CEL

Parallèlement aux programmes départementaux de prévention, il existe des cadres contractuels transversaux qui permettent de traiter la « question des drogues » à travers des approches plus larges d'éducation globale ou de développement solidaire.

Les contrats de ville ont comme objectif le « développement d'une ville équilibrée permettant l'intégration harmonieuse de toutes ses composantes »⁽²⁹⁾. Institués en 1993, depuis le XII^e plan à la Ville (2000-2006), les contrats de ville sont le cadre unique de concertation par lequel l'État, les

collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre des politiques territorialisées contre la dévalorisation de territoires et toutes les formes d'exclusion sociales et urbaines. Ils définissent le cadre politique local dans lequel les autres dispositifs de droit commun – qui concourent tout ou partie à leurs objectifs – doivent s'inscrire. Ainsi, les contrats locaux de sécurité (CLS) et les contrats éducatifs locaux (CEL) formalisent et établissent les bases opérationnelles des volets « prévention et sécurité » et « éducation » des contrats de ville.

Les CLS, élaborés par les Conseils communaux de prévention de la délinquance sont cosignés par le maire, le préfet et le procureur, auxquels peuvent se joindre le président du conseil général et le recteur⁽³⁰⁾. Les chefs de projet « drogues et dépendances » participent à la préparation et la mise en œuvre des CLS sur les questions afférentes à leur domaine.

Réunissant institutions (entre autres, les inspections académiques et les directions départementales de la jeunesse et des sports), parents, associations et élus concernés, les CEL⁽³¹⁾ définissent les responsabilités de chacun pour atteindre les objectifs du projet éducatif local. Ils doivent garantir la cohérence des mesures entreprises et un mode participatif impliquant les jeunes et associant les familles aux projets. Les approches stratégiques encouragées par les CEL correspondent, de façon générale, à la consolidation de facteurs de protection reconnus comme évitant l'usage ou l'usage nocif de substances psychoactives : par exemple, la connaissance et la maîtrise de son corps par diverses activités physiques et sportives et d'éducation à la santé ; l'amélioration des résultats scolaires ; l'apprentissage de la vie collective et de la citoyenneté.

En 2001, 71 % des contrats de ville comprennent un volet spécifique « Drogues et Dépendances », que l'on retrouve dans 54 % des CLS et 21 % des CEL. Ces contrats constituent souvent (dans une moindre mesure concernant les CEL) des cadres de partenariats pour la mise en œuvre de la politique départementale de prévention des dépendances.

Depuis 1998, les Comités régionaux des politiques de santé réunissent les partenaires financiers autour de ces projets et visent ainsi à assurer la cohé-

Intégration de la question « drogues et dépendances » dans les contrats de la politique de la Ville, en 2000

	Part des contrats pour lesquels les chefs de projet « drogues et dépendances » participent au comité de pilotage	Part des contrats constituant un financement complémentaire pour les actions de prévention « drogues et dépendances »
Contrats de ville	57 %	68 %
Contrats locaux de sécurité	47 %	25 %
Contrats éducatifs locaux	29 %	21 %

Source : OFDT-MILDT (OFDT, 2001)

rence des orientations, en particulier en matière de prévention. Les « ateliers santé ville », institués en décembre 1999 et expérimentés en Seine-Saint-Denis et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, constituent un autre espace de concertation entre l'État, les collectivités territoriales et les habitants, pour mettre en place des actions dans les quartiers identifiés comme prioritaires, dans le champ de la prévention primaire, de l'accès aux soins et de la prise en charge, ou de l'accompagnement vers la santé.

Programmes régionaux liés à la santé et à l'accès aux soins

De nombreux dispositifs de prise en charge et d'actions de prévention liés aux dépendances sont intégrés dans les mesures développées par les programmes régionaux de santé (PRS) ou les programmes d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS, un dans chaque région). Le PRAPS se différencie du PRS par le fait qu'il est imposé par la loi⁽³²⁾ pour une période de trois ans, alors que pour les PRS, non imposés, les thématiques sont définies annuellement à partir des besoins spécifiques identifiés dans la région. Sept PRAPS ont défini la prévention et la prise en charge des dépendances comme un objectif prioritaire. Pour au moins 11 des 26 PRAPS de première génération (2000 à 2002), l'alcool est un thème prioritaire, également désigné par le PRS. Ces deux types de programmes associent les niveaux départemental et régional des secteurs social et sanitaire (services de l'État, collectivités locales, agence régionale de l'hospitalisation,

organismes sociaux, mutuelles, etc.). Ils répondent à la même logique programmatique. Les pistes de travail proposées par les départements sont soumises aux comités régionaux des politiques de santé, qui fixent les priorités et veillent à la complémentarité des différents dispositifs : PRAPS, PRS, schémas régionaux d'organisation sanitaire, schéma accueil-hébergement-insertion, programmes départementaux d'insertion, etc.

Évolutions récentes de la politique sanitaire

Au cours des années 1990, les orientations sociosanitaires en matière de lutte contre la toxicomanie ont connu des changements importants qui se sont traduits notamment par l'adoption de la politique de réduction de risques et de substitution. Le virage est pour l'essentiel pris avec l'adoption du plan du 21 septembre 1993⁽³³⁾, même s'il est abordé alors avec une très grande prudence.

Il préconise notamment :

- l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues non seulement dans le dispositif spécialisé, mais aussi dans le dispositif général de soins (augmentation du nombre de places d'hébergement, amélioration de la prise en charge à l'hôpital et constitution de réseaux ville-hôpital-toxicomanie articulant les professionnels de ville et d'hôpital dans la prise en charge des toxicomanes) ;
- le développement du dispositif de réduction des risques ;
- la mise en place de traitements de substitution.

La plupart des préconisations énoncées en 1993 seront confirmées et développées par la suite. En effet, le plan du 14 septembre 1995 s'est inscrit dans la continuité des lignes directrices du plan précédent ainsi que celui de 1999-2001, (MILDT, 2000).

Amélioration de la prise en charge

Les orientations en matière de politique sanitaire, définies dans le plan triennal de 1999, mettent particulièrement l'accent sur une prise en charge sociosanitaire précoce centrée davantage sur l'usage nocif (avant que les consommateurs ne deviennent dépendants), diversifiée et adaptée aux besoins des personnes ayant des conduites addictives à un ou à plusieurs produits psychoactifs. Par ailleurs, il s'agit de pouvoir offrir des réponses basées non plus sur les produits mais sur les conduites de consommation. Comme cela est défini dans les nouvelles orientations en matière de prévention, l'approche sanitaire doit pouvoir apporter des réponses en fonction des notions d'usage, d'abus ou d'usage nocif et de dépendance, quels que soient les produits consommés (alcool, tabac, médicaments psychotropes et drogues illicites).

Avec ces nouvelles orientations, le plan met en évidence les progrès à faire dans une double direction :

- améliorer l'organisation du dispositif de prise en charge existant afin d'accroître les possibilités d'accueil, de suivi médico-psycho-social et de soins aux personnes ayant des conduites addictives et développer également la couverture nationale du dispositif,
- donner à l'offre de soins une meilleure cohérence afin que les actions de prévention, de soins et de réinsertion soient mieux articulées et coordonnées.

À cet égard, plusieurs mesures ont été prises : certaines portent sur l'organisation des soins sans que la toxicomanie soit visée spécifiquement ; d'autres s'attaquent aux dysfonctionnements repérés dans la prise en charge des patients toxicomanes, tout particulièrement au niveau du dispositif hospitalier (y compris les structures psychia-

triques et la médecine ambulatoire). Les textes d'application récemment adoptés, présentés ci-après, viennent dans leurs lignes générales renforcer les précédentes dispositions des pouvoirs publics en matière de traitement de la toxicomanie.

Avec la **circulaire du 15 juin 1999** relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes⁽³⁴⁾, les autorités sanitaires ont souhaité tout d'abord rappeler les principes d'accueil et de prise en charge dans les établissements publics de santé, déjà énoncés par la circulaire de 1996 relative à la prise en charge des toxicomanes⁽³⁵⁾ : l'hôpital doit à la fois pouvoir proposer aux patients toxicomanes une prise en charge globale répondant à leurs problèmes somatiques et psychiques, et développer une prise en charge spécialisée, en s'appuyant davantage sur les équipes de liaison et de soins en addictologie. Cette nouvelle circulaire porte une attention particulière aux cinq objectifs suivants : l'amélioration de la prise en charge aux urgences hospitalières ; le développement des possibilités d'hospitalisation pour sevrage, bilan et soins de la toxicomanie ; l'amorce ou la poursuite d'un suivi des problèmes liés à la dépendance en orientant le patient vers les structures adéquates et compétentes ; la formation du personnel hospitalier ; et enfin le développement des outils d'observation de l'activité hospitalière en matière de toxicomanie.

La **circulaire du 8 septembre 2000** relative à l'organisation des soins hospitaliers⁽³⁶⁾ s'appuie une fois encore sur les équipes de liaison et de soins en addictologie pour améliorer l'accueil et la prise en charge à l'hôpital des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives. Avec cette circulaire, la volonté des autorités sanitaires est de rapprocher, à terme, les équipes travaillant dans les domaines de l'alcoologie, de la toxicomanie et de la tabacologie au sein des établissements hospitaliers. Ce rapprochement devra permettre de centrer les réponses sur la personne et les comportements et non plus uniquement sur les produits. Il vise également à favoriser les coopérations, les échanges de savoir-faire et à mutualiser les moyens et les outils thérapeutiques. Par le rapprochement, les établissements de santé s'intégreront dans le dispositif

général de prise en charge de dépendances afin de répondre au mieux aux demandes qui leur sont faites et de favoriser un suivi médico-psycho-social.

Amélioration de la prise en charge en milieu carcéral

L'amélioration du dispositif sanitaire et social mis en place pour les personnes ayant des conduites addictives passe également par la réorganisation de leur prise en charge en milieu carcéral. Par conséquent, il est nécessaire de mentionner ici les dernières évolutions de textes d'application définies par les autorités de tutelle sanitaires, hospitalières et pénitentiaires conjointement avec la MILDT pour une nouvelle organisation des services intervenant en détention, qu'ils soient sanitaires, socio-éducatifs ou de surveillance. La lettre interministérielle de 2001⁽³⁷⁾ établit donc les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites (alcool notamment) ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle vise à une plus grande coordination des services appelés à intervenir, tant au sein de la prison qu'au dehors, et à une meilleure organisation des modalités d'intervention locale, associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable nommément désigné.

Les objectifs poursuivis par cette réorganisation sont les suivants :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif ;
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine ;
- préparer la sortie.

La démarche retenue repose sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les partenaires extérieurs. Au sein de chaque établissement, il est prévu qu'un groupe de projet sera

chargé d'élaborer et d'appliquer les nouveaux protocoles de prise en charge en milieu carcéral, dans le respect des objectifs fixés par le cahier des charges joint à la lettre interministérielle.

Pour assurer l'accompagnement de cette mesure et le succès du projet, les administrations concernées ont pris les dispositions nécessaires pour qu'une démarche d'évaluation soit engagée.

Renforcement de la politique de réduction des risques et des dommages

La politique de réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des comportements de consommation est un axe d'orientation clairement prioritaire du plan de 1999. Avec la circulaire du 13 mars 2000⁽³⁸⁾, l'objectif des pouvoirs publics est de soutenir les actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Elles ne sont pas suffisantes en nombre et ne semblent pas être bien réparties sur le territoire français. De nouveaux crédits ont été proposés par les autorités, soit pour contribuer au renforcement des programmes « bas seuil » existants (Programmes d'échanges de seringues, Boutiques, *Sleep'in*) soit pour promouvoir l'implantation de nouveaux programmes ou de nouvelles structures, notamment dans les zones urbaines non encore équipées ou encore, la mise en place de distributeurs de seringues dans les lieux publics.

Développement de la politique de substitution

Le plan interministériel de 1999 renouvelle son soutien au développement de la politique de substitution en ce qui concerne les personnes dépendantes aux opiacés. Les nouvelles dispositions, qui visent à réduire les disparités entre la méthadone et la buprénorphine en termes de durée et de modalités de prescription, de suivi et de délinquance, ont amené les autorités concernées à réexaminer les protocoles d'application respectifs pour définir des orientations plus adaptées. Ci-après sont présentées les évolutions réglementaires pour les deux traitements disponibles, méthadone et buprénorphine.

Depuis l'**arrêté du 20 septembre 1999**, relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine⁽³⁹⁾, la délivrance maximale de la buprénorphine a été fractionnée par périodes maximales de 7 jours avec la possibilité pour le médecin de demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maxi-

mum, et ceci pour des raisons particulières tenant à la situation du patient.

L'**arrêté du 8 février 2000**, relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base de méthadone⁽⁴⁰⁾, fixe l'extension de la durée de prescription de ce médicament de 7 à 14 jours, mais avec un fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours.

Cadre réglementaire des traitements de substitution en France, en 2000

Modalités	Buprénorphine	Méthadone
Date d'entrée en vigueur effective	Début 1996	1994
Critères d'inclusion	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien	Dépendance aux opiacés évaluée par le praticien + contrôle urinaire (recherche d'opiacés, hors méthadone)
Prescription	Initiation et suivi en médecine de ville ou en CSST Primo-prescription et poursuite du traitement en cours possibles en milieu carcéral	Initiation en CSST puis possibilité de suivi en médecine de ville Primo-prescription possible en milieu carcéral si CSST interne ou externe Poursuite du traitement en milieu carcéral Initiation du traitement en milieu hospitalier envisagée
Durée maximum de la prescription	28 jours	14 jours
Posologie	Recommandation maximum 16 mg/jour mais pas de contrainte	Recommandation maximum 100 mg/jour, mais pas de contrainte
Délivrance	Délivrance en pharmacie dans tous les cas Délivrance fractionnée par période maximale de 7 jours avec la possibilité pour le médecin de demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum	Administration supervisée en CSST ou remise du médicament jusqu'à 14 jours Fractionnement maximal de la délivrance en pharmacie à 7 jours
Contrôles urinaires	Non prévus	1 ou 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois puis 2 fois par mois. À l'appréciation du médecin si suivi en ville Toujours réalisés au CSST
Paiement des soins	Droit commun si suivi en ville	Gratuité puis droit commun si relais en ville

Source : DGS (informations fournies par France Lert)

Un projet en cours d'élaboration envisage l'extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour permettre la primo-prescription par les médecins exerçant en établissements de santé.

Dans le prolongement de l'approche globale, de nouvelles mesures de substitution liées au tabac ont été définies. Depuis janvier 2001, la mise en vente libre des substituts nicotiques est assurée sur l'ensemble du territoire français.

Évolutions récentes de la politique pénale

Pour une description détaillée de la politique judiciaire mise en œuvre en France depuis la loi de 1970, on se reportera à la précédente édition du rapport « Indicateurs et Tendances » (OFDT, 1999). Trois circulaires établies en 1999 ont conduit à une évolution significative dans le domaine de la lutte contre les trafics et dans celui des réponses judiciaires aux toxicomanes.

Dispositions récentes relatives au trafic

En juin 1999, le ministre de la Justice a adressé aux procureurs de la République de nouvelles directives concernant la lutte contre le trafic qui se concrétisent dans la **circulaire du 17 juin 1999**⁽⁴¹⁾. Cette circulaire se penche tout d'abord sur les conditions d'amélioration de la coordination de l'action publique rappelant le rôle central que doit jouer l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) et invitant les parquets à mettre en œuvre un dispositif de coordination des services répressifs au niveau local.

La circulaire aborde ensuite la question des mesures destinées à atteindre le patrimoine des trafiquants. Elle rappelle que la confiscation concerne l'ensemble du patrimoine pour les infractions de trafic les plus graves et non pas uniquement les produits de l'infraction. Elle rappelle également que le procureur a le pouvoir de prendre des mesures conservatoires en vue de permettre la confiscation du patrimoine d'une personne mise en examen. Elle constate que faute de pouvoir identifier le patrimoine des trafiquants et en l'absence de mesures

conservatoires préalables, la confiscation ne porte le plus souvent que sur les biens saisis lors de l'interpellation. La circulaire invite les parquets à utiliser la loi sur le « proxénétisme de la drogue »⁽⁴²⁾ qui incrimine le fait pour une personne qui est en relation habituelle avec des usagers ou un trafiquant de ne pouvoir justifier de l'origine de ses ressources ou de son train de vie.

Enfin, la **circulaire du 11 octobre 1999** du ministère de l'Intérieur, relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants⁽⁴³⁾ doit, d'une part, et concernant la lutte contre l'usage, développer la prévention en milieu scolaire et conduire une action répressive adaptée (interpellations, gardes à vue, procédures judiciaires, etc.) et, d'autre part, concernant le trafic local, favoriser la concertation entre les différentes autorités administratives et judiciaires et encourager l'utilisation des outils juridiques disponibles pour améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic local. Cette circulaire s'inscrit dans la perspective des orientations définies pour l'action répressive et judiciaire dans le plan triennal 1999-2001 (MILDT, 2000).

Dispositions récentes relatives à l'usage

En juin 1999, le ministre de la Justice a adressé aux procureurs une nouvelle directive concernant les réponses judiciaires aux toxicomanies.

La **circulaire du 17 juin 1999** repose sur l'idée principale de la nécessité d'individualisation des décisions de justice concernant l'usage de drogues, ce qui rend indispensable la diversification des réponses possibles et notamment des alternatives aux poursuites et à l'incarcération. Ce texte n'est pas limité aux usagers de drogues illicites, mais concerne également les personnes en difficulté avec l'alcool. Selon cette circulaire, l'emprisonnement ferme à l'égard d'un usager n'ayant commis aucun délit connexe ne doit plus être utilisé qu'en ultime recours. En se donnant pour objectif d'individualiser la décision judiciaire, le ministère de la Justice cherche aussi à mettre en place des méthodes permettant de mieux connaître la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues en assurant une orientation sanitaire et sociale

systématique des justiciables pour lesquels cela est nécessaire (enquête sociale rapide, dossier personnalisé plus étoffé, etc.).

En ce qui concerne les interpellations et les gardes à vue des usagers simples, la circulaire précise que celles-ci doivent être réservées aux personnes pouvant causer des dommages à autrui ou à eux-mêmes. La circulaire demande de proscrire les interpellations à proximité immédiate des structures à « bas seuils ». Il est également demandé que soit assurée la continuité des traitements de substitution au cours des gardes à vue.

La circulaire préconise de recentrer l'injonction thérapeutique sur sa mission initiale. Cette mesure doit s'adresser aux usagers d'héroïne et aux autres consommateurs faisant un usage massif ou répété de produits illicites, lorsque la dépendance au produit rend nécessaire une mesure sanitaire.

La phase présenticielle (entre l'engagement des poursuites et l'audience) doit permettre de sensibiliser et d'inciter les prévenus à entamer une démarche de soins.

Lors des phases sentencielle et postsentencielle, la circulaire recommande le développement des mesures d'ajournement de peine avec mise à l'épreuve. Cette mesure fixe un délai précis au prévenu, l'aide à se situer dans le temps et l'engage dans un processus de responsabilisation.

Le sursis avec mise à l'épreuve constitue la principale « sanction alternative » proposée par les juridictions. Cette mesure doit aussi prendre en compte l'ensemble des difficultés d'insertion rencontrées par le condamné et repose sur la mise en œuvre d'un suivi socio-éducatif par les services de probation.

La libération conditionnelle sous condition d'obligation de soins étant de moins en moins utilisée, elle a été relancée dans la mesure où elle présente l'avantage de mieux préparer la sortie des usagers incarcérés. La mesure de semi-liberté, elle aussi peu utilisée jusqu'à présent, est préconisée dans la circulaire pour préparer la sortie du détenu libéré.

En ce qui concerne les mineurs, la réponse judiciaire peut se faire dans le cadre d'une procédure pénale ou d'une procédure civile en assistance éducative.

La circulaire rappelle en particulier que de nombreuses réponses éducatives peuvent être apportées dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante⁽⁴⁴⁾ : liberté surveillée, mise sous protection judiciaire, placement en établissement éducatif ou sanitaire.

Les Conventions départementales d'objectifs Justice-Santé (CDO) constituent le principal instrument d'application de la circulaire du 17 juin 1999.

En effet, ces conventions définies par la circulaire interministérielle du 14 janvier 1993⁽⁴⁵⁾ permettent d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'action de prévention d'usage de substances psychoactives dans le cadre des mesures judiciaires.

En 1999, ce dispositif a évolué afin de l'étendre à tous les départements français et de l'inscrire dans le cadre renouvelé de la politique pénale à l'égard des usagers. Cette évolution résulte de la volonté d'un renforcement du partenariat entre les autorités judiciaires et ses services d'une part et les autorités sociosanitaires départementales d'autre part, afin de favoriser les mesures alternatives aux poursuites, de systématiser l'orientation sanitaire et sociale des consommateurs de produits psychoactifs et d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues à tous les stades de la procédure pénale quel que soit le statut juridique du produit consommé (stupéfiants, alcool, médicaments détournés de leur usage).

Ces conventions sont signées par les préfets de départements et par les procureurs de la République. Les chefs de projet « drogues et dépendances » sont chargés de la coordination et de l'animation du dispositif. Les procureurs doivent pour leur part agir en étroite liaison avec les services du ministère de la Justice. Les crédits interministériels auparavant délégués par la MILDT au ministère de la Justice ont ainsi progressivement été redéployés vers le dispositif des conventions départementales d'objectifs. Les crédits de vacation médico-sociale traditionnellement consacrés aux mesures d'**injonction thérapeutique** concernent désormais toute intervention sanitaire ou sociale conduite dans le cadre de ces conventions. Les autorités sanitaires ont en particulier été in-

vitées à consacrer ces crédits aux permanences d'orientation sanitaire et sociale installées dans les tribunaux ou à proximité.

Bilan de la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs

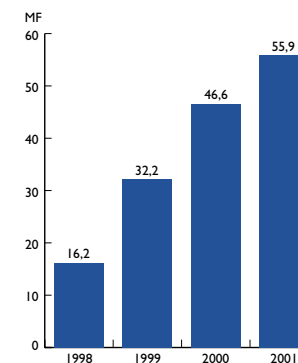
Jusqu'en 1998, les CDO étaient liées à la géographie prioritaire prévue par la politique de la ville, soit 30 départements. À partir de 1999, la couverture du programme s'étend progressivement pour atteindre 93 départements en 2001.

On note également une forte augmentation des crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs : ils ont plus que triplé depuis 1998 (passant de 16,6 MF à 59,7 MF).

En ce qui concerne les publics pris en charge, les personnes faisant l'objet de mesures présentes sont proportionnellement plus nombreuses en 1999 qu'en 1998 (respectivement 38 % contre 25 %). La prise en charge des mineurs est l'autre élément dominant dans le bilan réalisé pour 1999 puisqu'ils sont 3 000 cette année-là alors que l'on en comptait moins de 100 en 1998 (MILDT, 2001).

Ainsi, en 1999, les mineurs représentent 20 % des publics pris en charge à travers les CDO, les personnes détenues et les sortants de prison, 31 % et les personnes faisant l'objet de mesures présentes, 38 %. Parmi l'ensemble des mesures prononcées dans le cadre des CDO, il convient de noter que les injonctions thérapeutiques représentent une minorité des mesures (5,9 %) alors que les autres alternatives aux poursuites (rappel à la loi, classement avec orientation sociale, éducative ou sanitaire, etc.) sont largement majoritaires avec 26 % des mesures. Enfin, les alternatives à l'incarcération (travail d'intérêt général et sursis) correspondent à 12 % des mesures prononcées.

Crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs, de 1998 à 2001



Source : MILDT

Dispositifs et moyens de lutte contre les drogues

Dispositifs d'observation, de recherche et de formation

Dispositif d'observation

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'OFDT constitue le principal organisme d'observation au plan national. Depuis 1998, il a reçu pour mission de développer un réseau sentinelle afin d'observer les tendances récentes de consommation, de conduire des enquêtes épidémiologiques régulières en population générale et de mettre en place un cadre global d'évaluation des politiques publiques.

L'activité d'observation de l'OFDT est donc organisée en fonction de trois axes de travail :

- La veille et l'amélioration des indicateurs : à travers cet axe, l'OFDT analyse les indicateurs existants (relatifs à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites) et émet des propositions afin d'améliorer la qualité et la fiabilité des sources provenant des différents ministères et autres organismes. Il implique également la consolidation du dispositif d'observation en population générale existant en intégrant les questions intéressantes pour son domaine d'observation.
- La surveillance des tendances récentes : « L'objectif est de connaître en temps réel l'évolution des consommations, de leurs modalités et de leurs conséquences, ainsi que la nature des produits qui circulent » (Orientations de travail 1999-2001). Pour cela, un double dispositif a été mis en place : d'une part, un réseau de surveillance qui joue un rôle d'information sur l'évolution des contextes

d'usage, prenant en compte les dispositifs existants (TREND) ③. D'autre part, un dispositif de recueil et d'analyses des produits qui circulent (SINTES) ④.

■ L'évaluation des politiques publiques : il s'agit pour l'OFDT de définir un cadre global d'évaluation des politiques publiques ; de développer des méthodologies et des savoir-faire en s'inspirant, le cas échéant, des travaux étrangers ; de mettre en place et suivre jusqu'à leur terme des évaluations d'actions publiques et des études ponctuelles et rapides qui s'inscrivent dans ce plan général.

Autres dispositifs d'observation et de recherche

Les **Observatoires régionaux de santé** (ORS) participent au niveau local à l'observation du phénomène des drogues et des dépendances à partir des travaux spécifiques (observation, études et recherches) qu'ils réalisent. On peut notamment citer les travaux conduits par l'ORS Midi-Pyrénées, l'ORS Ile-de-France ou encore l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur sur les produits psychoactifs et sur la situation sociosanitaire des usagers.

L'**Institut national de veille sanitaire** (InVS) est un établissement public de l'État qui a été créé afin de renforcer le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France. Il succède au Réseau national de santé publique et il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé. La mission générale de l'InVS est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose plus spécifiquement sur des activités de surveillance épidémiologique, d'évaluation de risques, et d'observation de la santé. L'InVS dispose d'une base de données intitulée « Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution » (SIAMOIS) où sont répertoriées les informations qui concernent les ventes de seringues et de produits de substitution dans les 23 000 pharmacies françaises. Ce système permet de confronter annuellement ces données de vente à des indicateurs d'usage de drogues, de morbidité et de mortalité liés à cet usage.

SIAMOIS contribue ainsi à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineuses.

Coordonnés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), les six **Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance** (CEIP) sont chargés de recueillir et d'évaluer les données cliniques sur la pharmacodépendance ainsi que sur l'abus de substances psychoactives. Ils évaluent le risque pour la santé publique, conduisent des recherches, contribuent à l'information dans leurs domaines de compétence et ont aussi une mission d'expertise et de conseil. Ils réalisent les travaux et les enquêtes à la demande de l'AFSSAPS.

Outre ces dispositifs publics, certaines associations ou organismes financés par les industriels participent à la production et à la diffusion d'informations : l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB), l'Office français de prévention du tabagisme (OFT), etc.

Dispositif de recherche

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) fait de la progression et de la diffusion des connaissances disponibles dans ces domaines un objectif prioritaire. Au-delà du soutien apporté à des recherches thématiques, un des principaux objectifs est de contribuer à la structuration et à la mise en réseau de différentes équipes travaillant dans le champ des substances psychoactives.

Outre le dispositif de recherche présenté ci-après, il faut noter le rôle que jouent des organismes nationaux de recherche comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Institut national de recherche agronomique (INRA), l'Institut national de recherche et d'étude sur les transports et la sécurité (INRETS) ou encore le Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Enfin, l'université qui, par le financement des salaires des personnels et le budget récurrent des unités, permet la réalisation de recherches fondamentales et explicatives dans toutes les disciplines qui ont trait aux produits

psychoactifs, aux phénomènes de dépendances et aux conséquences sociales qui en résultent.

Structure et organisation du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche est provisoirement mis en œuvre et coordonné par la MILDT afin d'assurer la transition avec l'OFDT. Ce dernier devrait en effet assurer à terme ces missions selon des modalités en cours de définition. Le dispositif actuel est constitué d'un comité de pilotage comprenant les principales institutions concernées par ce champ : le ministère de la Recherche, la Direction générale de la santé, les principaux établissements publics scientifiques et techniques (CNRS, INSERM, INRA, INRETS, IHESI, GIP-Justice).

Un conseil scientifique composé de 22 membres a été désigné pour une durée de deux ans environ afin d'assurer l'animation et la programmation de la recherche pendant cette période. Ces avis sont ensuite entérinés par les autorités de tutelle du comité de pilotage.

La MILDT assure la programmation, la structuration et le financement de la recherche. Cette tâche se traduit par un ou plusieurs appel(s) d'offres annuel(s) soutenant des projets soumis par des laboratoires, des organismes de recherche et des chercheurs indépendants.

En 2001, un appel à projets MILDT/INSERM est lancé un visant à promouvoir des travaux scientifiques sur l'usage et/ou la dépendance aux substances psychoactives illicites et licites, incluant l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes ainsi que les produits psychoactifs dans un usage visant à améliorer les performances des individus (psychotropes, produits de synthèse, produits dopants). Au terme de la consultation, 22 projets ont été retenus.

L'appel d'offres s'est adressé à toutes les disciplines scientifiques et les projets proposant une approche interdisciplinaire ont été particulièrement encouragés. Celui de 2001 conjoint avec l'INSERM est actuellement en continuité du précédent (la sélection des projets intervient en fin 2001).

En 1999, un appel d'offres conjoint MILDT/INSERM/CNRS a été lancé et 28 projets de recherche

ont été retenus. Enfin, un appel d'offres MILDT/INSERM/NWO⁴ (France-Pays-Bas) s'est déroulé en 2000 et a permis de sélectionner cinq recherches émanant d'équipes franco-néerlandaises.

Par ailleurs, la MILDT en collaboration avec les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche soutient la recherche doctorale à travers le financement d'une dizaine d'allocations de recherche fléchées « drogues – comportements de dépendance ». Il s'agit de travaux de thèse portant sur l'usage ou la dépendance aux substances psychoactives licites ou illicites. La sélection des allocataires et le suivi des projets de recherche sont assurés par le Conseil scientifique de la MILDT en relation avec les directeurs de thèse.

Les financements sont aujourd'hui dispersés entre les différents départements ministériels mobilisés sur la question des drogues et des dépendances. Le niveau des dépenses consacrées à la recherche est donc encore difficile à identifier. Néanmoins, le budget de recherche de la MILDT s'élève à 5 millions de francs pour l'année 2000.

Expertises collectives

L'INSERM a mis en place une procédure qui lui permet de fournir une synthèse des dernières connaissances scientifiques afin de répondre aux questions posées par les responsables de l'action publique.

Ainsi, deux expertises collectives sont en cours. La première porte sur l'alcool et se déroule en deux temps : le premier volet en association avec le Comité français pour l'éducation à la santé porte sur les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool. Le second volet concerne de façon plus large l'ensemble des risques sociaux liés à la consommation d'alcool (démarrage en septembre 2001).

La seconde expertise collective concerne le cannabis : ses contextes d'usage, ses mécanismes d'action et ses effets sur la santé. Les résultats

4. NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek), Organisation néerlandaise scientifique.

seront publiés en septembre 2001. La prochaine expertise collective prévue portera sur le tabac et débutera en 2002.

L'INSERM a auparavant conduit une expertise collective sur l'ecstasy. Un groupe pluridisciplinaire *ad hoc* constitué de chercheurs et de cliniciens a été mis en place en 1997. Les conclusions de cette expertise ont été rendues publiques, en juin 1998, sous forme d'un rapport dont la première partie est une analyse de données scientifiques internationales, biologiques et cliniques de l'ecstasy (MDMA), et dont la seconde partie est consacrée, essentiellement, à l'analyse du contexte français de consommation de cette substance⁵.

Autres dispositifs de recherche

L'Agence nationale de la recherche sur le Sida (ANRS) a pour mission de stimuler, coordonner, évaluer et financer la recherche sur l'infection à VIH, ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 1999, les recherches clinique et thérapeutique dans le domaine de l'hépatite C. Sa particularité est de prendre en compte toutes les disciplines scientifiques. Les différents secteurs de recherche coordonnés par l'ANRS recouvrent l'ensemble des préoccupations actuelles : recherche biologique (virologie, biologie moléculaire, immunologie et biologie cellulaire), recherche vaccinale, recherche clinique à travers et en dehors des essais thérapeutiques, recherche épidémiologique et recherche en sciences de l'homme et de la société. Depuis l'an 2000, l'ANRS lance deux appels d'offres annuels, leur champ d'intervention recouvrant l'ensemble des recherches sur le VIH/Sida, les recherches sur d'autres rétrovirus pertinentes à la compréhension de la physiopathologie de l'infection par le VIH et, dans le domaine de l'hépatite C, la recherche clinique, la recherche en santé publique et les essais thérapeutiques.

Créé en 1993, le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) contribue à la recherche médicale dans le domaine de la santé publique et cherche à inciter les équipes hospitalo-universitaires à inscrire leurs activités de soins dans une perspective de recherche. En dotant ces équipes de moyens financiers propres, l'objectif était de leur

permettre de nouer les relations indispensables avec les partenaires de la recherche en amont, qu'il s'agisse des équipes industrielles ou académiques sous la tutelle financière du ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche, notamment certains laboratoires universitaires et ceux des établissements publics à vocation scientifique et technologique : le CNRS et surtout l'INSERM qui, à travers plus de 300 unités, est largement implanté dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU).

Plus récemment, une unité de recherche mixte a été créée (CNRS/Université) en sciences humaines et sociales, sur la question des drogues et des dépendances.

Dispositif de formation

En matière de drogues et de prévention des dépendances, les acteurs peuvent être issus d'organismes institutionnels divers : services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, etc. Ils peuvent être également issus du secteur associatif, éducatif, social ou spécialisé dans l'accueil des usagers de drogues, d'alcool ou de tabac.

Pour contribuer à créer, à partir de savoirs validés, une culture commune à tous ces acteurs, professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin et de la répression, des actions de formation sont organisées en fonction de trois axes principaux :

- Favoriser l'intégration par divers ministères de la problématique « toxicomanie » en formation initiale et continue :

Un diplôme d'études spécialisées complémentaires en addictologie a été créé en 1999 afin de permettre aux compétences acquises en toxicomanie et en alcoologie d'avoir une reconnaissance universitaire. Des stages de formation continue ont été organisés en 2000 par le ministère de

5. *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 1998, 345 p. (Coll. Expertise collective).

Alcool. Effets sur la santé, Paris, INSERM, 2001, 360 p. (Coll. Expertise collective).

Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ?, Paris, INSERM, 2001, (à paraître) (Coll. Expertise collective).

l'Agriculture pour les maîtres d'internat et pour les enseignants en formation initiale. Cinq réunions interacadémiques ont été initiées par le ministère de l'Éducation nationale en collaboration avec la MILDT pour accompagner notamment le développement des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

- Former les policiers, gendarmes, personnels pénitentiaires et douaniers, susceptibles de côtoyer les usagers de drogues :

Les ministères de l'Intérieur, de la Défense, de la Justice (Administration pénitentiaire) et de l'Économie et des Finances (Direction générale des douanes et droits indirects) ont donné leur accord sur les modalités d'intégration, dans les formations initiales ou continues, d'une formation minimale sur les enjeux de santé publique. Le contenu du module finalisé a été adressé aux ministères en février 2001. Une expérimentation est également en cours sur quatre sites du module afin de délivrer une formation spécifique aux professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse confrontés aux problèmes des jeunes consommateurs.

Le contenu de la formation initiale des Policiers formateurs antidrogue (PFAD) et des gendarmes Formateurs relais antidrogue (FRAD) a été refondu en 2000 (voir ci-après). Par ailleurs, des douaniers correspondants « drogues et toxicomanie » dans chaque direction régionale ont été désignés.

- Assurer une formation commune à tous les acteurs de prévention :

Un inventaire des principales formations initiales et continues des personnels de l'État a été réalisé et a notamment permis d'élaborer un socle commun de connaissances à destination des personnels de l'État. Une expérimentation de ce socle a été menée lors d'une session de formation interministérielle. Avec la circulaire adressée aux chefs de projet départementaux en décembre 2000, l'organisation de formations à caractère interministériel au niveau des régions ou des départements dispose désormais d'un cadre commun.

Le plan de lutte contre le tabagisme prévoit des mesures destinées à renforcer l'implication des professionnels de la santé et de l'enseignement. Pour cela, un programme de formation et de sensibilisation est inscrit dans le plan. Pour les médecins généralistes, des formations à l'évaluation de la dépendance tabagique ainsi qu'à l'arrêt du tabagisme sont prévues. L'objectif cité dans le plan est de former 3 000 médecins chaque année. Les pharmaciens peuvent également suivre une formation dispensée par les organismes professionnels en liaison avec les industriels. Enfin, pour les membres de la communauté éducative des collèges et des lycées, des formations du ministère de l'Éducation nationale sont dispensées pour les sensibiliser à la prévention des conduites à risques.

Dispositifs d'information

Lignes d'aide téléphonique

Drogues alcool tabac info service, ligne nationale d'aide téléphonique

Le service national de téléphonie sociale, Drogues alcool tabac info service ou DATIS (anciennement Drogues info service) existe en France depuis 1990. Il est maintenant accessible grâce à un numéro court : le 113. Placé sous la tutelle de la

MILDT, le service est constitué en groupement d'intérêt public. DATIS est ouvert au grand public et aux professionnels, accessible 24 h/24, gratuit, anonyme et confidentiel. Le rôle du service est de faciliter la demande d'aide, l'accès à l'information et aux soins en garantissant :

- L'écoute, le soutien et le conseil pour les problèmes liés à l'usage ;
- L'information sur les produits, les effets, les risques liés à l'usage, la loi, le dispositif de soins ;

■ L'orientation vers les organismes compétents dans le domaine de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Depuis décembre 1999, DATIS anime deux rubriques sur le site internet de référence sur les drogues et les dépendances (www.drogues.gouv.fr) : « Vos Questions/Nos Réponses », espace de dialogue, et « Adresses utiles » pour une consultation du répertoire national des structures spécialisées. Le service est réparti sur six sites : un pôle national à Paris (24h/24) et cinq pôles régionaux (Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille et Toulouse).

En 2000, le service a reçu près de 60 000 demandes d'aide et d'information. Une forte proportion des appels (40 %) sont des demandes d'informations, le plus souvent relatives aux produits (DIS, 1999). Le service répond aussi à des demandes de soutien (20 %) et de conseil (18 %). Près de 15 % des appels donnent lieu à une orientation vers des services de prise en charge. Parmi les appelants, 32 % sont des usagers et 38 % motivent leur appel par la consommation, réelle ou supposée, de quelqu'un de leur entourage proche. Un quart des appels est une demande d'informations du grand public, 5 % des demandes de professionnels. Les moins de 25 ans représentent les deux tiers des appelants (64 %). Les femmes sont un peu plus nombreuses à s'adresser à ce service que les hommes.

Les cinq produits les plus souvent évoqués par les appelants sont : le cannabis (57 %), l'héroïne (20 %), l'alcool (12 %), la cocaïne (7 %) et les médicaments (8 %) (DIS, 1999). Principale évolution en 2000, la cocaïne devance les médicaments dans l'ordre des préoccupations des appelants. Le plus souvent, l'alcool et le tabac sont dits être combinés à d'autres produits.

Autres lignes d'aide téléphonique

DATIS coexiste avec d'autres services d'aide téléphonique qui s'étaient investis dans le champ des substances psychoactives licites avant l'élargissement du champ de compétence de DATIS (tels que Écoute dopage et Tabac infos service). Il s'agit aussi de services qui intègrent la problématique des « substances psychoactives » dans leur champ

d'action (tels Fil santé jeunes, 0 800 235 236 ou Sida info service, 0 800 840 800). On note également des initiatives locales, par exemple de services déconcentrés ou d'associations comme les Narcotiques anonymes.

En novembre 1998, le ministère de la Jeunesse et des Sports a mis en service **Écoute dopage** une ligne verte (gratuite) confidentielle : 0 800 15 2000. L'accueil est assuré par des psychologues du sport qui informent sur les conduites à risques – addictives ou non – et orientent les appelants qui le souhaitent vers une prise en charge adaptée, reposant sur un réseau de médecins et de spécialistes exerçant en centres de soins. L'approche globale de ce service est de situer le dopage comme une conduite à risques parmi d'autres en relayant toutefois les appels non spécifiques vers les structures adéquates tels DATIS ou Fil santé jeunes.

Depuis novembre 1998, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a mis en place une ligne d'aide téléphonique **Tabac info service** (0 803 309 310) en collaboration avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). Une adresse internet www.tabac-info.net est également disponible. Cette ligne, destinée au grand public, vient en soutien à la campagne antitabac de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les appelants peuvent y obtenir des informations générales sur le tabac mais aussi sur les diverses aides et méthodes de sevrage disponibles. Ils se voient également proposer un guide sur le sevrage tabagique.

En 2000, Tabac Info Service a pris en charge près de 30 000 appels (de 50 à 100 par jour). Le contenu des appels passés entre octobre et décembre 2000 est plutôt orienté sur l'arrêt et les méthodes de sevrage :

- produits et méthodes pour arrêter de fumer : 39 % ;
- questions générales sur le tabac : 31 % ;
- conséquences de l'arrêt du tabac : 5 % ;
- risques liés à la consommation de tabac : 6 % ;
- **tabagisme passif** : moins de 1 % ;
- droit des fumeurs et des non-fumeurs : 1 à 2 %.

La majorité des appels provient de fumeurs qui appellent pour eux-mêmes (76 %). Viennent ensuite les appels d'ex-fumeurs (11 %) et de non-fumeurs (6 %). Parmi les 55 % d'appelants qui communiquent leur âge, la majorité a entre 30 et 49 ans et 2 à 3 % ont moins de 20 ans. Hommes et femmes sont répartis de manière homogène (respectivement 51 % et 49 %).

Dispositifs d'information et de documentation

Toxibase, réseau national de documentation sur les drogues

Toxibase (association « loi 1901 », financée essentiellement par l'État) est un réseau national animé par des professionnels de terrain qui travaillent dans le secteur de la toxicomanie et ont constitué, pour certains depuis 1986, des fonds documentaires sur le sujet.

Les neuf centres de documentation Toxibase sont ouverts à un public large : décideurs, professionnels et particuliers. Leur activité au niveau local ou régional en fait des lieux-ressources d'information sur les conduites addictives. Leur domaine de compétence s'étend à l'ensemble des addictions – liées aux substances psychoactives et autres (jeu, Internet, etc.) – et à la **polyconsommation**.

La base de données bibliographiques de Toxibase recense aujourd'hui quelque 25 000 références d'ouvrages, articles, rapports, thèses, actes de congrès ou brochures, en français et en anglais. Toxibase édite une revue documentaire trimestrielle – entièrement refondue en 2001 – comprenant notamment des dossiers thématiques rédigés par des spécialistes et des rubriques documentaires. Le réseau tient également une base de données d'articles (avec références bibliographiques) traitant du domaine dans la presse quotidienne et hebdomadaire, nationale et régionale. De plus, afin de répondre aux demandes les plus courantes, Toxibase publie une série de fiches pratiques.

Enfin, depuis plusieurs années, Toxibase recense les outils de prévention spécialisés liés aux substances psychoactives et à la prévention primaire.

La base de données décrit environ 300 outils francophones, en fournissant une indexation et un résumé signalétique.

Centres d'information sur les drogues et les dépendances

En 1999, les sept premiers centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD) sont créés dans le cadre du Plan triennal. En 2001, on en compte 39 (l'objectif du Plan triennal étant la mise en place de 40 CIRDD repartis sur le territoire), dont 11 créés la dernière année qui ne fonctionnent pas tous encore de façon effective. Une dizaine de CIRDD sont d'envergure régionale ou interdépartementale. Créés le plus souvent à partir de ressources déjà existantes, la plupart des CIRDD est portée par des Comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé ; quatre sont des centres Toxibase. En 2000, 31 départements ont bénéficié du soutien d'un CIRDD.

Leur vocation est de fournir un appui technique aux acteurs institutionnels et aux professionnels dans les départements pour la mise en œuvre d'actions locales notamment de prévention, de formation ou de soins. À l'heure actuelle, les CIRDD s'investissent avant tout dans leur mission de documentation et d'information et dans le soutien aux chefs de projet « drogues et dépendances », en particulier pour l'élaboration du programme départemental de prévention. Quelques CIRDD assurent d'ores et déjà une fonction d'observation des dispositifs et des actions mis en œuvre localement ou une fonction de conseil pour l'élaboration de projet.

Site internet www.drogues.gouv.fr

L'ensemble des productions et services des dispositifs d'information présentés précédemment est accessible via le site internet de service public d'information sur les drogues www.drogues.gouv.fr, lancé en décembre 1999. Le site est piloté par la MILDT en partenariat avec le CFES, DATIS, l'OFDT et Toxibase. Chacun a la responsabilité éditoriale des informations qu'il produit dans les diverses rubriques.

Le site fait partie de la stratégie de mise à niveau des connaissances poursuivie par la MILDT. Il rend ainsi accessible les connaissances scientifiques validées et régulièrement actualisées sur l'ensemble des substances psychoactives licites ou illicites, à la fois pour les chercheurs, les décideurs,

les professionnels spécialisés ou non et le grand public. La fréquentation du site s'accroît notamment au rythme des campagnes de communication de la MILDT. Une nouvelle version du site est en cours d'élaboration en 2001.

Dispositifs de prévention

Le caractère plurisectoriel de la problématique des drogues est en soi un facteur explicatif de la multiplicité des organismes qui interviennent dans le champ de la prévention. Le fait qu'aucune loi – pas même celle de 1970 – n'aborde directement la question de la prévention, a laissé les ministères libres d'organiser l'action publique à travers de nombreux textes d'application et a probablement participé à la part large des initiatives privées dans ce domaine.

Si la volonté politique d'une prévention globale⁶ n'a été affichée que récemment, dans la pratique, les professionnels intervenant en matière de prévention sont depuis longtemps amenés à mettre en perspective les différentes consommations. Pour autant, la définition de la prévention globale et en outre son articulation avec la prévention spécifique⁷ – entre approche comportementaliste globalisante et mise en cohérence d'actions sur des thèmes spécifiques pour un effet d'ensemble – ne se fait pas aisément. Par ailleurs, l'origine multifactorielle des comportements de consommation renvoie directement à une réflexion plus large sur des phénomènes sociaux inscrits au tableau des préoccupations politiques : les comportements à risques, l'exclusion et la délinquance. Ainsi, toute une partie de la prévention des dépendances se trouve fondue dans des programmes généralistes de dispositifs transversaux (contrats de Ville et leurs déclinaisons, PRAPS et PRS). Cette intégration diminue la visibilité des dispositifs de prévention globale et complique toute tentative de bilan à ce sujet.

Ce chapitre n'explore donc que les dispositifs clairement identifiés comme liés au domaine des drogues et des toxicomanies. Il traite exclusivement de la prévention des usages de substances psychoactives, cependant, par commodité, le simple terme de « prévention » est utilisé par la suite. Il fournit d'abord un portrait général de la prévention aujourd'hui. Les principaux organes de coordination et d'intervention soutenus par les ministères concernés par ce domaine sont décrits dans un deuxième temps.

Synthèse générale sur la prévention

Des difficultés subsistent pour dresser un tableau de la prévention des dépendances en France, car, outre le programme expérimental APPRE (lancé en 2000) dont la couverture n'est pas exhaustive (cf. Repères méthodologiques), il n'y a pas de source d'information centralisée sur la question.

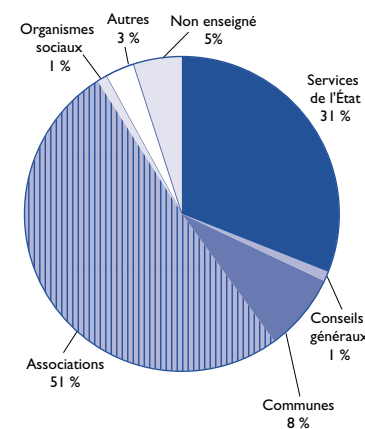
Porteurs d'actions

D'après les rapports d'activités des chefs de projet « drogues et dépendances », la grande majorité des actions de prévention se déroule en milieu

scolaire. Très loin derrière, le milieu associatif culturel et le milieu professionnel ressortent. Bien que le plan triennal mette l'accent sur le besoin de développer des mesures de réduction des risques en milieu festif, fort peu d'actions couvrent ce domaine à l'heure actuelle.

En 1999, la moitié des actions de prévention est lancée par le secteur associatif, le deuxième grand promoteur étant l'État avec environ un tiers des actions réalisées [Ⓢ]. Près de six fois sur dix, il s'agit de l'Éducation nationale, du fait de la concentration des actions de prévention en milieu scolaire. En 2000, environ 497 400 élèves de collèges ou de lycées publics (près d'un quart des collégiens et lycéens français) ont bénéficié d'une action de prévention liée directement ou indirectement aux substances psychoactives (OFDT, 2001).

Répartition des structures à l'initiative d'actions de prévention, en 1999



Source : APPRE 1999, OFDT [Ⓢ]

Approches

On estime qu'un peu plus des trois quarts des actions de prévention mises en œuvre en 1999 visent l'ensemble des substances psychoactives [Ⓢ]. Environ une sur cinq suit un principe de réflexion

sur les comportements et les aptitudes des personnes sans qu'aucune substance ne soit traitée en particulier. Les actions axées sur des thématiques de « produit » spécifiques abordent en grande majorité le thème de l'alcool (environ 80 %), puis du tabac (20 %) et du cannabis (10 %).

La stratégie de prévention s'appuie sur un travail autour des facteurs de vulnérabilité pour une action sur dix, des facteurs de protection pour un quart d'entre elles et de ces deux aspects pour les deux tiers.

Répartition des actions de prévention spécifiques à un produit en fonction des substances visées, en 1999

	(en %)
Alcool	82
Tabac	20
Cannabis	11
Médicaments	6
Cocaïne et dérivés	5
Drogues de synthèse	4
Héroïne et dérivés	2
Produits dopants	1

Source : 1999, OFDT

Partenariats

On constate une forte densité partenariale autour de la prévention. En effet, les deux tiers des actions rassemblent au moins deux partenaires (1 sur 5 en réunissent au moins 5), avec au premier rang l'État et ses services, que ce soit pour le financement (61 % des actions), la mise en œuvre des actions (25 %) ou à titre d'expertise (32 %).

Les associations interviennent aussi souvent que les services de l'État (25 % des actions) dans la mise en œuvre des actions. En effet, les « spécialistes en prévention » et les « intervenants en toxicomanie » – appartenant majoritairement au milieu associatif – sont désignés comme les principaux corps professionnels intervenant dans les actions de prévention (dans 30 à 40 % des actions) [Ⓢ]. Les médecins généralistes et les infirmières (personnels

6. Prévention des comportements de consommation et dépendance liés à l'ensemble de substances psychoactives.

7. Prévention relative spécifiquement à une ou quelques substances psychoactives.

scolaires majoritairement), les psychologues, les enseignants et les éducateurs et enfin les gendarmes interviennent dans les actions de prévention dans des proportions similaires (20 % des actions) ②.

Les organismes sociaux constituent le quatrième acteur clef. Bien qu'ils interviennent relativement peu souvent dans le financement des actions (5 % des cas), ils sont plus souvent cités comme participant à leur mise en place (12 %).

Financements

Dans le champ de la prévention, les services de l'État sont les premiers financeurs tant en termes de volume budgétaire alloué (environ 60 %) qu'en nombre de financements accordés (approximativement 45 % des différents financements ou cofinancements) ②. Viennent ensuite les collectivités territoriales (principalement les conseils généraux, puis les communes) qui fournissent environ 20 % des fonds consacrés à la prévention et représentent un peu moins d'un tiers des sources budgétaires ②. La MILDT délègue annuellement une enveloppe budgétaire aux chefs de projet « drogues et dépendances » – dans le cadre de leurs programmes départementaux de prévention – et aux ministères concernés par la question, sur la base des propositions qu'ils présentent. En 2000, les crédits interministériels alloués aux chefs de projet « drogues et dépendances » au titre de la prévention s'élèvent à 47 millions de francs. Le total des crédits décon-

trés consacrés à ce champ n'a pas pu être calculé. Cependant, l'analyse réalisée sur les rapports d'activités de 84 départements suggère une répartition des sources financières de l'ordre de 60 % et 40 %, respectivement entre les crédits interministériels et les crédits déconcentrés alloués à la prévention.

Les subventions qui étaient jusque-là dispersées ont dorénavant vocation à s'intégrer dans le plan départemental.

Dispositifs interministériels

Parallèlement à son rôle important dans le financement de la prévention, la MILDT intervient plus directement dans ce champ à travers sa stratégie de communication et de soutien technique aux acteurs de prévention.

Campagne médiatique « *Savoir plus, risquer moins* » de la MILDT

En effet, dans son plan triennal, la MILDT annonce une politique volontariste de mise à niveau des connaissances de l'ensemble de la population (grand public et professionnels) concernant l'usage, l'usage nocif et la dépendance liés à toutes les substances psychoactives. Elle prévoit donc de développer la diffusion de messages clairs et crédibles sur ces thèmes, à partir de connaissances scientifiquement validées.

Le plan de communication de la MILDT, mis en œuvre en partenariat avec le Comité français pour l'éducation à la santé (CFES), a été établi pour une durée de trois ans, dès 1999. Il est également coordonné avec les actions engagées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les questions de l'alcool et du tabac. Concrètement, cette stratégie s'est traduite par :

- La création et la mise en ligne, fin 1999, d'un site internet d'information « *drogues.gouv.fr* », en partenariat avec le CFES, DATIS, l'OFDT et Toxibase ;

- Les « *Premières rencontres interministérielles* », colloque du 10 décembre 1999, regroupant des institutionnels et des professionnels, notamment sur le thème des préalables nécessaires à la transmission des connaissances ;

- Le lancement d'une collection de quatre livrets de connaissances « *Drogues : Savoir plus* », diffusés à 70 000 exemplaires, à l'adresse des professionnels ;

- La diffusion, en début 2000, du livre d'information grand public « *Drogues : savoir plus, risquer moins* », vendu par les marchands de journaux (un million d'exemplaires) et distribué gratuitement (trois millions d'exemplaires) dans les pharmacies, certains cabinets médicaux, différentes associations et services d'État (par exemple, 360 000 exemplaires diffusés aux personnels pédagogique, d'encadrement et de santé, des lycées et des collèges et dans les centres de documentation et les bibliothèques). La diffusion nationale a été appuyée par une campagne publicitaire télévisée sur l'ensemble des chaînes nationales (avril-mai et octobre-novembre 2000). Le livre est aujourd'hui vendu en librairie. Au total, jusqu'au premier semestre 2001, quelque 4 millions d'exemplaires ont été distribués ou vendus ;

- Le lancement, fin 2000, de cinq séries de brochures (*flyers*) sur l'alcool, le cannabis, l'ecstasy, le tabac et la cocaïne, à destination des jeunes et créés en partenariat avec des associations d'usagers de réduction des risques. Deux autres documents sont en cours de rédaction : un sur les drogues et la conduite automobile et l'autre, relatifs aux amphétamines.

Pour 1999 et 2000, le budget de cette action s'élève à 26 millions de francs. Le travail engagé en 2001 va dans le sens d'une consolidation de cette approche de mise à niveau des connaissances de tous les publics. Il s'agira aussi pour la MILDT d'initier des stratégies de communication plus ciblées. Deux campagnes publicitaires doivent être développées en ce sens : l'une réaffirmant le rôle éducatif des adultes, l'autre portant sur les comportements à risques, en particulier en milieu festif.

Commission de validation des outils de prévention

La prévention des usages et des dépendances liés aux substances psychoactives est caractérisée par une diversité d'approches et la disparité des supports utilisés. De ce fait, la MILDT a proposé une procédure d'accompagnement pour un sou-

tien technique aux concepteurs d'outils de prévention des dépendances et faire partager par tous les acteurs les pratiques de prévention qui paraissent les meilleures dans un contexte donné. À la fin de l'année 1999, elle a donc coordonné la mise en place d'un organe consultatif sur la qualité de tels outils. La procédure de validation mise en œuvre s'articule autour d'un secrétariat permanent assuré par la MILDT et d'une commission de validation rassemblant quinze membres (représentants institutionnels, professionnels et experts). Le secrétariat permanent a une fonction de conseil. En aval, la commission se réunit environ cinq fois par an et délivre un avis sur les outils qui lui sont présentés : outils qui accompagnent une action de prévention ou en sont la résultante, supports à la formation des acteurs de prévention, etc. Cet avis conditionne aussi l'attribution du label de la MILDT.

L'instruction des dossiers relève d'une démarche volontaire de la part des promoteurs d'outils ou de demandes de services de l'État ou chefs de projet « drogues et dépendances » appelés à financer un support de prévention. En effet, l'ensemble des outils subventionnés est voué à passer par cette procédure. Depuis sa création, onze outils ont été validés soit environ un tiers du nombre soumis à l'examen de la commission⁸.

Dispositifs « Éducation nationale »

Dans les établissements scolaires, la prévention est organisée selon les initiatives locales des équipes administratives et pédagogiques, en fonction des priorités définies aux niveaux académique, départemental et de l'établissement. Outre le dispositif organisationnel, représenté par les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, il n'existe pas de modèle de dispositifs de prévention qui s'impose à l'ensemble des établissements. Cependant, les programmes de l'Éducation nationale doivent désormais s'intégrer dans les programmes départementaux de prévention.

Répartition des ressources financières destinées aux actions de prévention, en 1999

	(en %)
État : MILDT et autres sources étatiques	61
Conseils généraux	13
Communes	8
Conseils régionaux	1
Autres	6
Associations	4
Fonds privés, sponsors	4
Commission européenne	2

Source : APPRE 1999, OFDT ②

8. Leur liste est fournie sur www.drogues.gouv.fr.

Pilotage national et déconcentré de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves

La question de la prévention des dépendances s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves définie par le ministère de l'Éducation nationale et coordonnée et évaluée par la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO). Cette dernière anime le réseau de conseillers techniques (médecins et infirmières) des recteurs et des inspecteurs académiques, en les sensibilisant aux grandes orientations de la politique ministérielle. Elle définit également le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

Les conseillers techniques, académiques ou départementaux sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositifs régionaux ou départementaux afférant à la santé et à la prévention des populations scolarisées : programme d'accès à la prévention et aux soins⁽⁴⁶⁾, programme de prévention des dépendances, etc.

Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), initiés en 1990 en tant que Comités d'environnement social, ont pour objet d'assurer la coordination de la prévention et de l'éducation pour la vie en collectivité, au sein d'établissements publics primaires et secondaires,

d'enseignement général ou professionnel. Depuis 1995, ces structures sont cofinancées par la MILDT et l'Éducation nationale. Leur texte constitutif⁽⁴⁷⁾ entérine l'adoption d'une approche globalisante de la prise en charge des difficultés rencontrées par les jeunes, impliquant la prévention de toute forme de dépendance. Cette approche s'accordera d'ailleurs avec le principe d'approche globale de la prévention porté par le plan triennal de la MILDT. Cette circulaire pose également les principes de la généralisation des CESC sur le territoire national. Les comités rassemblent autour du chef d'établissement la communauté éducative et les acteurs de la vie sociale et du quartier (associations, acteurs institutionnels, etc.) afin de créer un lien entre l'école et son environnement. Concrètement, les CESC doivent déterminer pour les projets d'établissement des objectifs opérationnels, repérables en temps et en lieu, adaptés à la réalité locale identifiée des problématiques de santé. La transition entre l'école primaire et le collège est préparée par des enseignants des deux cycles. Dans ce cadre, des rencontres ponctuelles sont organisées pour définir des protocoles de prévention des problèmes de violence et de toxicomanies auprès des pré-adolescents (élèves de la fin du cycle primaire). Un bilan des différentes actions engagées est retourné aux rectorats respectifs.

Sur l'année scolaire 1999-2000, le nombre de CESC en établissements secondaires publics a augmenté de 35 % par rapport à l'année précédente. En juin 2000, on en décompte 4 530 répartis dans 65 % des lycées, 60 % des lycées professionnels et

55 % des collèges. Grâce aux 543 CESC qui fonctionnent en réseau cette même année, six établissements publics sur dix (soit 4 687) ont pu bénéficier d'un tel dispositif (contre cinq sur dix l'année précédente). Parmi eux, 843 sont implantés en zone d'éducation prioritaire (contre 549 en 1999) et 135 sont classés « établissements sensibles », soit respectivement une couverture de 84 % et 77 % des établissements concernés. Par ailleurs, en 2000, 510 écoles primaires, 23 établissements privés (du primaire et du secondaire) et 34 établissements régionaux d'enseignement agricole ont un CESC.

Collection « Repères » de l'Éducation nationale

En novembre 1999, la Direction des lycées et collèges (ministère de l'Éducation nationale) en collaboration avec la MILDT a édité une nouvelle collection les « Repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires » et les « Repères pour la prévention des conduites à risques à l'école élémentaire ». Au total, 800 000 exemplaires ont été diffusés en 2000.

« Élèves, acteurs de prévention », programme de prévention par les pairs

De 1997 à 1999, le ministère de l'Éducation nationale a engagé une action expérimentale dans le champ de la prévention des conduites à risques intitulée : « Élèves, acteurs de prévention ». Cette phase expérimentale a abouti à la publication d'une plaquette d'information et de préconisations en direction des équipes qui souhaiteraient s'engager dans cette démarche. Le but de ce programme est d'engager des élèves-relais dans la cogestion des actions de prévention et de les former en conséquence. Ces élèves sont formés à un rôle d'animateurs et de messagers de prévention pouvant se positionner en « pair-entraînant » et établir une relation d'écoute et de relais. Ils interviennent sous la tutelle d'adultes référents qui veillent à ce qu'ils ne se substituent pas aux professionnels compétents, en prenant en charge les problèmes lourds de leurs camarades.

Selon les conclusions de l'évaluation réalisée en 1999 (Ballion, 2000), ce programme devrait plutôt se décliner dans des établissements investis dans une politique globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté et engager dans une démarche d'implantation des élèves dans la vie de l'établissement.

Dispositifs « Santé et Affaires sociales »

Points écoute, dispositifs d'accueil et d'écoute dans les quartiers

Le Plan triennal 1999-2001 préconise l'extension des Points écoute, lieux d'accueil, d'écoute et de paroles, en améliorant surtout leur accessibilité, c'est-à-dire leur diffusion géographique et leurs modes de fonctionnement (élargissement des heures d'ouverture, par exemple).

Les Points écoute sont financés par le Bureau des pratiques addictives de la Direction générale de la santé (SD6B). Cependant, de nombreux Points accueil et Points écoute sont financés dans d'autres cadres, notamment celui de la politique de la Ville. Ils fondent leur action sur un principe de prévention globale de la toxicomanie et de la marginalisation, où les problèmes de drogues sont appréhendés dans une logique de développement social urbain⁽⁴⁸⁾. Localement, les équipes des Points écoute travaillent en partenariat étroit avec les communes afin de négocier l'implantation de leurs structures au plus près des besoins et de mobiliser les acteurs-relais au niveau des quartiers.

Les Points écoute jeunes ont comme objectif particulier de capter des publics jeunes, de 18 à 25 ans, éloignés des institutions, plus particulièrement ceux démunis sur le plan social et familial, et risquant de basculer dans la marginalité et la délinquance. Ils visent à fournir une réponse aux situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales, et d'aider l'accession des jeunes à un service social. Les Points écoute parents accueillent des familles et animent des entretiens afin de prévenir ou arrêter la détérioration de la relation parents-enfants et éventuellement de prendre contact avec le système de soins.

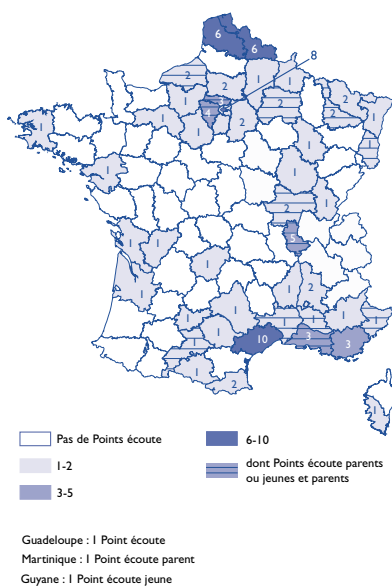
Répartition des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), en 1999/2000

	Nombre de CESC	Taux de couverture *	Évolution depuis l'année scolaire 1998/1999
Collèges	2 868	55 %	+ 29 %
Lycées	983	65 %	+ 52 %
Lycées prof.	679	60 %	+ 40 %
Total	4 530	58 %	+ 50 %

Recensement effectué en juin 2000 * par rapport au nombre d'établissements

Source : DESCO - Ministère de l'Éducation nationale

Nombre de Points écoute (jeunes, jeunes et parents, parents) en 2000, par département



Source : DGS

Dans le cadre de la loi et des textes d'application de 1998 et 1999 sur l'exclusion sociale⁽⁴⁹⁾, 12,5 MF supplémentaires ont été ajoutés aux crédits initiaux – soit un total de 43,8 MF – pour la création ou le renforcement de ces structures. Vingt-six Points écoute jeunes ont été dénombrés en 1995, 62 fin 1997 et 75 fin 1999. En 2000, on compte 100 Points écoute dans 53 départements, équivalant à un montant global de 42,6 MF. Parmi ces 100 structures, 26 sont identifiées comme Points écoute « jeunes et parents » ou « parents » (contre 16 Points écoute « parents » en 1999). La souplesse du texte constitutif a engendré des approches et des modalités d'action diversifiées. Une évaluation, achevée en octobre 1999, met en évidence quatre grands types de stratégies d'action au sein des 40 Points écoute ayant participé à l'étude : une approche à tendance « communau-

taire » (associant le public dans l'identification des besoins et renforçant les solidarités locales) ; une à tendance « psychoclinique » (approche individuelle autour de la « problématique du sujet ») ; une « sociale et éducative » (accompagnement, accès aux droits, travail sur les compétences des personnes) ; une à tendance « médiation » (Jacob *et al.*, 2000).

Des Points accueil jeunes, créés à la même époque que les Points écoute, travaillent sur la problématique de l'urgence sociale (errance et exclusion) parmi les jeunes et sont aussi amenés à traiter des problèmes de dépendances. La Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale travaillent actuellement sur les possibilités de créer un type de structure unique à partir de ces Points accueil et Points écoute « jeunes ».

Comité français d'éducation pour la santé et ses délégations départementales

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) est une association loi 1901, placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Depuis sa création en 1972, il consacre une part importante de ses ressources à la réalisation de campagnes nationales de communication (quatre à six par an). La question des substances psychoactives est traitée parmi d'autres sujets de santé publique : Sida, sommeil, maltraitance, etc. Une centaine de CODES et de CRES – délégations départementales et régionales du CFES – relaie cette action d'information et de communication au niveau local par des actions de proximité, sous la forme de formations, d'organisation de conférences, de documentation, d'édition et de diffusion d'ouvrages méthodologiques et de brochures. Ces structures sont aussi impliquées dans l'expertise des projets élaborés.

De par la nature de ses missions, le CFES est amené à travailler en partenariat avec de nombreuses institutions et de nombreux ministères. Il est un centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le tabac et l'alcool. Le CFES a également développé une importante fonction de recherche à travers différentes enquêtes en population générale, tel le Baromètre santé.

Association nationale de prévention de l'alcoolisme et ses délégations départementales

L'Association nationale pour la prévention de l'alcoolisme (ANPA), créée en 1872, est une association « loi 1901 » dont les principaux financeurs sont les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (38 % des subventions) et la Direction générale de la santé (32 %). Elle rassemble la plupart des associations engagées dans la prévention et le soin liés aux usages problématiques d'alcool. Depuis le début des années 1980, l'ANPA a intégré le « risque alcool » dans une approche de prévention globale en abordant le sujet non seulement dans sa spécificité mais en le replaçant aussi comme facteur aggravant d'autres comportements à risques.

Dans chaque département, un Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA) prolonge les activités de l'ANPA. Leur intervention s'articule autour du triptyque « prévention, traitement, accompagnement social ». À côté des interventions mêmes de prévention, en milieu scolaire ou extrascolaire, la formation d'agents relais de statuts divers (professeurs, travailleurs sociaux, etc.) est l'axe de travail de l'ANPA et de ses déclinaisons locales. Enfin, le réseau est également engagé sur la réduction des risques d'inadaptation sociale inhérents aux phénomènes d'alcoolisation et la facilitation de l'accès aux soins.

Dispositifs « Jeunesse et Sports »

Pilotage national et déconcentré

Les actions de prévention des dépendances menées par le ministère de la Jeunesse et des Sports sont coordonnées par la direction de la Jeunesse et de l'éducation populaire. Elles ont comme relais institutionnels opérationnels :

- Les directions régionales et départementales de la Jeunesse et des Sports où une personne-ressource est en charge des questions de prévention des dépendances ;
- Les conseils départementaux de la jeunesse (19 en 1999, 27 en 2000), instances où les jeunes

peuvent faire valoir leurs propositions vis-à-vis des pouvoirs publics quant aux actions à mettre en œuvre dans l'ensemble des domaines qui les concernent (formation, emploi, santé, etc.) ;

- Les établissements nationaux de formation ;
- Les antennes du réseau information jeunesse (1 500 structures d'accueil du public pour information dans tous les domaines de la vie quotidienne).

Le budget délégué par la MILDT est déconcentré à 80 % aux directions départementales qui sont étroitement associées à l'élaboration des programmes départementaux de prévention et insistent leur action dans ce cadre. En 1997, les services déconcentrés de ce ministère ont soutenu environ 600 actions locales (information-sensibilisation, activités culturelles ou sportives à vocation préventive, réalisation d'outils pédagogiques, formation) organisées le plus souvent par des acteurs associatifs. Ces dernières années, les services déconcentrés soutiennent particulièrement les actions de prévention au sein des centres de vacances et des centres de loisirs sans hébergement.

Vingt pour cent des crédits interministériels (MILDT) servent à la mise en place d'actions de dimension nationale. Notamment, depuis 2000, la Direction de la jeunesse et de l'éducation populaire et le Centre régional d'information et de prévention du Sida d'Ile-de-France ont conçu un programme de formation (8 stages) qui a permis d'accueillir plus d'une centaine de cadres des services déconcentrés, établissements et antennes du réseau information jeunesse. Ces formations interdisciplinaires étaient ouvertes aux professionnels travaillant en contact avec les jeunes, aux médecins du sport, aux médecins chargés de la lutte contre le dopage, aux infirmières scolaires, aux documentalistes du réseau « information jeunesse », etc. Des stages spécifiques – adaptés aux contextes et aux besoins locaux – sont organisés en Martinique et en Guadeloupe, destinés prioritairement aux intervenants de proximité.

« Prévention à la carte »

Le ministère de la Jeunesse et des Sports a également soutenu le développement du dispositif « prévention à la carte » conçu et géré par l'asso-

ciation AREMEDIA. Celui-ci s'articule autour d'un programme interactif (diffusé par une borne télématique) qui permet de s'interroger sur ses propres prises de risques. Il fournit des éléments de diagnostic et des informations pratiques. Anonyme, ce système permet de recueillir des données quantitatives et qualitatives susceptibles d'être utilisées pour des analyses épidémiologiques ou des stratégies de prévention adaptées. Dans le cadre d'un projet pilote, ce dispositif est implanté dans une quinzaine d'antennes du réseau information jeunesse, depuis le début 2001.

Suivi biologique des sportifs de haut niveau

Dans le cadre de sa politique de protection de la santé des sportifs et de prévention du dopage, en 2000, le ministère de la Jeunesse et des Sports a mis en place un dispositif destiné à faciliter les conditions de suivi médical des sportifs. Ainsi, les laboratoires habilités à réaliser les examens biologiques spécialisés à la base de ce système sont répartis sur le territoire de façon à prendre en compte la dispersion géographique des sportifs. Par ailleurs, pour pallier les difficultés de remboursement des examens, le ministère prend totalement en charge ce suivi biologique préventif.

Ce dispositif de prévention du dopage permet de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique du sport de compétition et que les charges d'entraînement et de compétition sont bien tolérées par le sportif. Il consiste en trois à quatre prises de sang annuelles réalisées par des laboratoires dont la liste a été établie par la Direction générale de la santé. Il ne s'agit pas d'une procédure de contrôle antidopage – aucune sanction disciplinaire ne peut s'ensuivre – et ce suivi se fait avec le consentement éclairé du sportif.

Testé en 1999, auprès des athlètes présélectionnés pour les jeux Olympiques de Sydney de 2000 et auprès d'équipes de cyclisme dans le cadre d'une étude pilote, le suivi biologique s'adresse aujourd'hui à tout sportif figurant sur les listes de la Commission nationale des sportifs de haut niveau.

Dispositifs des services répressifs

La Mission de lutte antidrogue (MILAD), chargée de coordonner la politique des directions et des services de la police nationale en matière de lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants, organise et anime également le dispositif national de prévention. Les actions qu'elle mène ont pour objectif d'initier une dynamique locale de prévention dans laquelle peuvent s'inscrire les policiers locaux. Elle est aussi chargée d'unifier le discours du ministère de l'Intérieur, en conformité avec le Plan triennal.

Campagne itinérante de la MILAD

La MILAD gère directement une campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies, qui concerne plus spécialement la communauté scolaire. Elle utilise pour cela un ensemble routier à forte visibilité (plusieurs véhicules dont un camion 38 tonnes), aménagé pour l'accueil du public (30 à 40 personnes) et animé par des officiers de la MILAD, assistés des policiers formateurs antidrogue locaux. En 2000, 34 000 élèves ont ainsi été rencontrés à l'intérieur des établissements. Des entretiens avec les équipes pédagogiques ont été menés au préalable.

Depuis 1995, pendant la période estivale, l'ensemble routier de la MILAD se rend sur des sites touristiques. Les policiers y rencontrent surtout des jeunes mais aussi leurs parents, qui expriment généralement une forte demande d'information. Pour ces campagnes, la MILAD associe différents partenaires : en 1999, le ministère de la Jeunesse et des Sports, sur le thème du dopage, en 2000, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA). Au cours de cette dernière campagne, les animateurs ont rencontré environ 20 000 personnes durant les mois de juillet et août. Afin de répondre aux demandes, émanant notamment de l'Éducation nationale, un second ensemble routier sera mis en service fin 2001.

Policiers formateurs antidrogue

La Direction centrale de la sécurité publique (463 commissariats de police) gère le plus grand nombre de policiers spécialisés dits « policiers formateurs antidrogue » (270 PFAD). Les PFAD avaient initialement pour mission d'assurer la formation continue de leurs collègues mais, depuis 1998, la MILAD a réorienté leur action en privilégiant les établissements scolaires, notamment dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté. Dans une perspective d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ils informent sur les produits licites et illicites, les comportements de consommation liés à ces produits, leurs conséquences individuelles et sociales, les dispositions de la loi dans le domaine du trafic et dans celui de l'usage ainsi que sur les divers dispositifs de prise en charge. En 2000, les PFAD ont réalisé environ 5 000 actions de prévention et rencontré près de 177 000 élèves.

Formateurs relais antidrogues de la gendarmerie nationale

Les Formateurs relais antidrogues (FRAD), créés en 1990, sont des gradés officiers de police judiciaire qui assurent une mission de prévention parallèlement à leur service normal. L'approche est orientée vers la responsabilisation des publics et la volonté de démythifier le phénomène de la drogue en dénonçant les incidences sociales du trafic et le rôle des trafiquants et des dealers. Leur action vise prioritairement les jeunes des collèges et des lycées, mais aussi leurs parents, ainsi que les responsables sociaux et les militaires. Outre les drogues illicites, les FRAD sont amenés à aborder le sujet des substances psychoactives licites, principalement l'alcool et les médicaments. En 2000, 450 FRAD sont recensés, en général quatre à cinq par département. Ils ont réalisé quelque 20 000 interventions qui ont concerné près de 480 000 personnes dont 310 000 jeunes scolarisés (du collège à l'université). Les FRAD sont associés aux comités de pilotage de nombreux CESC (environ la moitié).

Cependant, la fonction première des FRAD est de former les enquêteurs de gendarmerie en matière de prévention et de répression, plus particulièrement sur des méthodes de communication, sur le cheminement de l'usage au trafic et les techniques d'usage afin de mieux les déceler. L'organisation d'un réseau et le fonctionnement des filières sont également étudiés.

Correspondants « Drogues et prévention » des douanes

Jusqu'en 2001, l'action de la douane en matière de prévention des dépendances s'est limitée à la réalisation de manifestations locales ponctuelles. Bien que cet axe ne constitue pas une priorité, la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) a cependant souhaité structurer davantage le cadre de ces actions.

À cet effet, un correspondant « drogues et prévention » a été clairement identifié dans chacune des 40 directions régionales des douanes et une session de formation a été organisée en juin 2001 à l'attention de ces agents, avec le soutien de la MILDT. L'objectif consiste à ce que les agents des douanes puissent participer à des actions, coordonnées au niveau départemental par le chef de projet « drogues et dépendance », impliquant différents acteurs de prévention.

Dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale

Cette section décrit dans ses grandes lignes les dispositifs d'accueil et de prise en charge des problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues illicites ainsi que les structures de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

D'abord sont décrites les structures spécialisées : dans un premier temps les centres spécialisés de prise en charge des usagers des drogues illicites (CSST) et les dispositifs de réduction des risques et, dans un second temps, le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (CCAA) chargé également des consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

Par la suite sont présentés les dispositifs de droit commun mis en place par les établissements publics de santé pour mener à bien les missions d'accueil et de prise en charge des addictologies dont les hôpitaux sont investis (toxicomanies, alcool et tabac). La section est clôturée avec une brève description de l'organisation du dispositif socio-sanitaire de prise en charge pour les personnes détenues présentant des conduites addictives aux drogues licites et/ou illicites.

Les informations disponibles concernent essentiellement le nombre de structures existantes, mais aussi les moyens humains mobilisés au sein de chacune d'entre elles.

Dispositif sociosanitaire spécialisé et de réduction des risques

Ce dispositif comprend les structures financées par la Direction générale de la santé (DGS) au titre de la lutte contre l'usage de drogues. Comme il a été exposé précédemment dans la section consacrée aux évolutions récentes de la politique sanitaire, les autorités concernées dans l'objectif final d'améliorer la prise en charge souhaitent rapprocher à terme les structures et les équipes travaillant dans les domaines de la toxicomanie, de l'alcoolologie et de la tabacologie.

Centres spécialisés de soins aux usagers de drogues illicites : CSST

Depuis le décret du 29 juin 1992⁽⁵⁰⁾, toutes les structures spécialisées de soins aux usagers de drogues illicites financées par l'État sont désignées par le nom générique de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) avec ou sans hébergement.

Leur mission est d'assurer conjointement, depuis le décret de 1992, une prise en charge médico-sociale et une prise en charge sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Plus particulièrement, ces centres doivent garantir :

- L'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leur famille ;
- Le sevrage ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;
- Le soutien à l'environnement familial.

Pour mener à bien ces missions, les centres de soins doivent élaborer un projet thérapeutique pour une durée de cinq ans qui fixe les objectifs thérapeutiques et socio-éducatifs et établir les modalités de réalisation et d'évaluation de ces objectifs.

La Note d'orientation du 5 novembre 1998⁽⁵¹⁾ de la Direction générale de la santé prévoit les évolutions à prendre en compte pour réviser les projets des CSST. Cette orientation devant mener à :

- Tisser des relations de partenariat avec les professionnels sanitaires et sociaux du dispositif de droit commun, en particulier avec les médecins généralistes ;
- Décloisonner le dispositif spécialisé et le secteur psychiatrique pour mieux prendre en compte les comorbidités psychiatriques ;
- Prendre en compte les **polyconsommations** et les nouveaux modes d'usage (consommations associées d'alcool, consommation d'ecstasy).

Les CSST peuvent être gérés par des associations ou par des établissements publics de santé.

En 2001, le nombre de CSST s'élève à 263, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif. Ils sont implantés dans 90 départements français.

On peut faire une distinction entre trois grands types de structures :

- Les centres de soins en ambulatoire, au nombre de 201 ;
- Les centres de soins avec hébergement collectif, au nombre de 46 ;
- Les centres de soins en milieu pénitentiaire, au nombre de 16.

Les **centres de soins en ambulatoire** assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, les soins infirmiers, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils peuvent proposer un soutien à l'environnement familial et à l'entourage des personnes concernées par l'usage des drogues. Ils prennent en charge également le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution.

Nombre et type de structures spécialisées en toxicomanie, en 2001

Centres spécialisés de soins en ambulatoire	201
au sein desquels : permanences d'accueil	85
Centres spécialisés de soins avec hébergement collectif (ex-post-cures)	46
(569 places financées)	
Centres spécialisés en milieu pénitentiaire	16
Les CSST en ambulatoire ou avec hébergement peuvent gérer :	
Des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais	86
(422 places environ)	
Des structures d'hébergements de transition ou d'urgence (collectif ou individuel)	18
(134 places environ)	
Des réseaux de familles d'accueil	20
(116 places environ)	

Source : DGS/SD6B

Les centres en ambulatoire sont invités à s'investir tout particulièrement dans les domaines suivants :

- La promotion de la réduction des risques et l'accès aux soins ;
- L'amélioration de leur fonction sociale ;
- Le renforcement de la prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral.

Les deux tiers des centres de soins en ambulatoire sont gérés par des associations ; les autres sont en gestion hospitalière. Leur nombre a augmenté en passant de 183 centres en 1998 à 201 en 2001. Ces centres gèrent des permanences d'accueil en ambulatoire : il s'agit de structures gérées par les centres spécialisés mais situées dans un lieu géographique différent. Leur nombre est passé de 56 permanences en 1998 à 85 en 2001.

Cette extension a été possible grâce à un travail de réorganisation de l'offre réalisé par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales avec l'appui de la Direction générale de la santé. Ainsi, la révision des projets thérapeutiques, dont certains n'ont pas été reconventionnés en l'état, a permis des redéploiements départementaux, régionaux et nationaux.

Dans les **centres avec hébergement collectif** (appelés aussi centres thérapeutiques résidentiels), les usagers de drogues sont pris en charge sous l'angle médico-psychologique et socio-éducatif par une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux). L'objectif de la prise en charge est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents. Dans leur quasi-totalité, les centres avec hébergement sont gérés par des associations.

En 2001, on dénombre 46 centres. Quatre centres ont été déconventionnés entre 1999 et 2000. La capacité d'accueil de ces centres a donc été réduite de 19 % en passant de 679 places en 1998 à 569 en 2001. Parallèlement, l'offre d'hébergement a été diversifiée.

Ces centres organisent également des activités collectives à l'extérieur du centre et d'accompagnement pour des démarches extérieures. La prise en charge sociale comporte aussi une implication forte de la famille ou de l'entourage des résidents.

Le passage par ces centres thérapeutiques constituait originellement une étape située en aval du sevrage au cours de laquelle le patient s'engageait à ne plus consommer aucun produit, y compris les médicaments. Cette approche s'est trouvée modifiée par l'introduction des traitements de substitution et l'intensification des problèmes d'ordre sociaux. Les centres thérapeutiques ont été incités, conformément au décret de juin 1992⁽⁵²⁾ et à la note d'orientation de novembre 1998⁽⁵³⁾, à revoir leur projet thérapeutique et à recadrer leur activité : assouplissement de leurs conditions d'accueil et de séjour, collaboration avec l'équipe médicale locale pour la prise en charge des patients, meilleure prise en compte des besoins sociaux et professionnels des patients.

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

Les **réseaux d'appartements thérapeutiques** au nombre de 86 en 2001 visent à permettre aux usagers de drogues de retrouver leur autonomie. Ils doivent être aujourd'hui réservés aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale. Ces structures doivent également contribuer à renforcer les capacités d'hébergement d'urgence et de transition, mode de prise en charge permettant à l'utilisateur de faire une « pause », de stabiliser un sevrage ou un traitement de substitution, d'attendre un hébergement stable. Ce type d'hébergement accueille aussi les usagers de drogues sortant de prison ou bénéficiant d'une mesure d'alternative à l'incarcération. Les réseaux d'appartements thérapeutiques disposent d'environ 422 places d'hébergement.

Les **structures d'hébergements de transition ou d'urgence** proposent des séjours courts d'une à quatre semaines modulables en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Un accompagnement socio-éducatif et/ou sanitaire est également prévu. Ce type d'hébergement est spécialement réservé aux personnes souffrant d'une importante désocialisation ainsi qu'à celles sortant de prison ou dans le cadre d'une mesure d'alternative à l'incarcération. En 2001, 147 places sont proposées par les 18 structures existantes.

Les **réseaux de familles d'accueil** ont été institués à la fin des années 1970. Le séjour en famille d'accueil répond à des situations diverses et intervient à différents moments du parcours de la personne toxicomane. En 2001, on recense 20 réseaux de familles d'accueil. En 1999, ils représentent une ressource de 215 familles et 348 usagers ont été ainsi accueillis. Le type de bénéficiaires (seul, avec enfant, sevré, sous substitution, sous main de justice, etc.) et les durées de séjour (du week-end à 9 mois) sont variés. L'accueil en famille est orienté vers le regain d'autonomie et il peut constituer une étape vers la réinsertion professionnelle des toxicomanes. Il leur permet de renouer avec un rythme de vie « normal » en confrontant les personnes accueillies à des tâches, à des horaires et à des prises de position dans un cadre non institutionnel. Parallèlement, le suivi thérapeutique de la personne toxicomane est assuré par le CSST de rattachement de la famille d'accueil.

Au total, selon les chiffres de la Direction générale de la santé, la capacité du dispositif spécialisé d'hébergement collectif est d'environ 1 250 places en 2001.

Les **centres de soins en milieu pénitentiaire**, ex-« antennes toxicomanie », interviennent en milieu carcéral et sont au nombre de 16. Les CSST en prison sont directement concernés par les nouvelles orientations prévues par la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Direction de l'administration pénitentiaire et la MILDT dans le cadre de la note interministérielle de 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⁽⁵⁴⁾. Cette lettre prévoit la mise en place de nouveaux protocoles de prise en charge des personnes dépendantes au sein de chaque établissement pénitentiaire. La démarche retenue repose sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les CSST⁹.

9. Pour en savoir plus, se reporter à la section sur les évolutions récentes de la politique sanitaire.

Par ailleurs, un certain nombre de CSST extérieurs à l'établissement sont signataires d'une convention de prestation dans le cadre du programme des conventions départementales d'objectifs. Ce programme organise sur le plan sanitaire la prise en charge des usagers incarcérés, la préparation de leur sortie et leur suivi après la libération.

Dispositif de réduction des risques

Le dispositif de réduction des risques, qui se développe en complémentarité avec les CSST, repose sur un petit nombre d'actions de prévention visant à faciliter l'accès au matériel d'injection et à la diffusion de messages préventifs parmi une population à haut risque. Depuis 1987, les seringues sont vendues en pharmacie sans prescription. L'offre en officine est complétée par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques. Les trousseaux de prévention complètent l'accès aux seringues à l'unité.

Les actions de réduction des risques sont en grande partie développées par un tissu associatif extérieur au dispositif spécialisé, bénéficiant souvent du soutien financier de l'État ou des collectivités locales. L'ensemble de ce dispositif est financé majoritairement par l'État, mais également par l'assurance maladie sur le fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire dans le cadre des déclinaisons locales des thématiques nationales.

Le dispositif est bâti sur les actions complémentaires suivantes :

- La vente libre de seringues en officine ;
- Les automates délivrant des trousseaux de prévention ;
- Les programmes associatifs d'échanges de seringues ;
- Les lieux de contacts pour usagers de drogues ou boutiques.

Le Kit +[®] et le Kap[®] sont des trousseaux de prévention associatives destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Ces **trousseaux « modèle de rue »** sont distribués gratuitement par des associations soutenues par des crédits publics dans le cadre de leur action de prévention du Sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues.

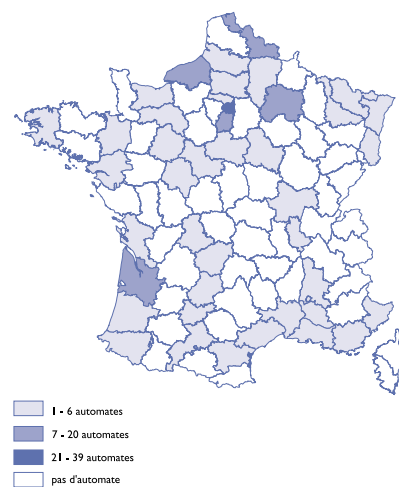
Elles contiennent deux seringues, deux tampons alcoolisés, deux doses d'eau stérile pour l'injection, un préservatif, deux récipients de chauffe et de dilution, deux tampons secs et deux filtres stériles, un message officiel rappelant la légalité de la vente des seringues dans le contexte de la prévention, les numéros verts de Sida info service et de Drogues info service, des conseils d'utilisation et une plaquette d'information sur les relais locaux d'aide au quotidien.

Le **Stéribox2[®] pharmaceutique**, au contenu identique au Kit +[®] est vendu dans le réseau officiel depuis octobre 1999. Sa distribution est favorisée par une subvention de l'État (2 F par trousse) qui permet sa mise à disposition au prix conseillé de 7 F. Le Stéribox2[®] est également destiné aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette trousse, qui remplace le Stéribox[®] (déjà en vente depuis 1994) contient deux cupules et deux cotons stériles en plus de l'ancien modèle. Le Stéribox2[®] permet non seulement d'éviter le risque lié au partage de matériel d'injection de contamination par les virus du Sida et des hépatites mais aussi les abcès. En 1999, le taux annuel de Stéribox[®] vendus par 1 000 habitants de 20 à 39 ans en France est de 168, soit une augmentation de 6 % par rapport à 1998. De 1996 à 1999, les ventes de Stéribox[®] ont régulièrement augmenté jusqu'à atteindre les 2,8 millions de ventes en 1999.

Les trousseaux de prévention sont également mis à disposition grâce à des **automates** sur la voie publique. Au nombre de 277 en 2001 installés sur le territoire français et accessibles 24 h/24, ils comprennent :

- Les distributeurs automatiques de trousseaux de prévention (Kit +[®] ou Kap[®] en boîte carton) ;
- Les récupérateurs électroniques ou mécaniques (contre une seringue, un jeton) ;
- Les récupérateurs simples (poubelles à seringues) et les distributeurs mécaniques (contre une seringue, un jeton) ;
- Les échangeurs électroniques (contre une seringue, un Kit +[®] ou un Kap[®]) ;
- Les bornes de prévention ou Totem[®] (mobilier urbain modulable pouvant contenir un récupérateur mécanique, un distributeur mécanique de Kit, un distributeur de préservatifs, un panneau d'information).

Nombre d'automates en juin 2001, par département



Source : DGS/SD6A

L'implantation des automates sur la voie publique, encouragée par les pouvoirs publics, est une décision qui relève de la compétence des maires. Les dépenses d'investissement nécessaires à ces implantations peuvent être prises en charge à 100 % par l'État, les dépenses de fonctionnement restant à la charge des communes.

Nombre et type de dispositifs de réduction des risques, en 2001

Nombre de programmes d'échange de seringues fonctionnant :	
dans des pharmacies	15
dans des structures mobiles	40
dans des structures spécialisées fixes	41
Nombre de « lieux de contact » ou boutiques	42
Nombre de « <i>sleep'in</i> »	2
Nombre de bus méthadone	2
Nombre d'équipes de proximité	4

Source : DGS/SD6A

Les **programmes d'échange de seringues** distribuent des seringues à l'unité ou des trousse de prévention (Kit +[®] ou Kap[®]). L'échange de seringues a commencé à être pratiqué dès la fin des années 1980 sur l'initiative des associations humanitaires comme Médecins du Monde. Depuis, son nombre n'a cessé d'augmenter : il existait moins d'une dizaine de programmes d'échange de seringues en 1993, 16 programmes ont été financés en 1994, 61 en 1996 et 86 à la fin 1997 jusqu'à atteindre presque la centaine en 2001. Ces programmes peuvent fonctionner dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). En 2001, on compte 15 programmes fonctionnant dans des pharmacies, 40 dans des structures mobiles et 41 dans des structures spécialisées fixes (dans des boutiques, par exemple). La distribution du matériel d'injection et des préservatifs sert de support à la création de liens, favorise la diminution des comportements à risques et offre la possibilité d'orientation vers des services sociaux ou des soins.

Les « lieux de contact » ou **boutiques**, créés à la fin de l'année 1993, sont des lieux de premier accueil pour les usagers de drogues en situation très précaire. Ces services offrent, outre les services de programmes d'échange de seringues, une assistance matérielle (douche, aide alimentaire, machine à laver, etc.), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. Les formes que peut prendre cette activité sont variées : mise à disposition de seringues, distribution de jetons ou de bons à échanger en pharmacie. Deux « boutiques », du nom du premier lieu d'accueil, ont été créées en 1993. Leur nombre va rapidement augmenter, atteignant 34 à la fin 1999 et 42 en 2001. Elles sont animées par des équipes pluridisciplinaires de quatre à cinq personnes, financées par l'État, en général dans des villes de plus de 100 000 habitants.

Les « **sleep'in** » offrent un hébergement de nuit en urgence aux usagers de drogues dépendants en situation de grande précarité. Lors de leur passage dans ces structures, les usagers peuvent avoir accès à des consultations sanitaires et sociales. Le premier « *sleep'in* » a ouvert officiellement ses portes en 1995. En 2001, on compte deux *sleep'in*

de 30 places (Paris et Marseille). Deux autres sont en cours d'installation à Paris et à Lille.

Le **bus méthadone** est un dispositif de « seuil à exigence adaptée » servant à faciliter l'accès à la méthadone dans le cadre d'une démarche de substitution et la prise en compte de problèmes sociaux. C'est une structure mobile et itinérante qui vise à susciter la demande (aller au devant de l'usager), afin de faciliter l'accès aux circuits thérapeutiques et sociaux d'un public fortement marginalisé n'ayant que peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge. Le bus doit également assurer le relais vers les structures sociosanitaires de droit commun. À ce jour, deux bus méthadone ont été mis en fonctionnement : la première expérience entreprise à Paris date de 1998. Les patients restent en moyenne trois mois dans le bus. En 2000, approximativement entre 100 et 120 usagers de drogues y ont eu recours chaque jour. Cette même année, une nouvelle structure a été mise en place à Marseille.

Toujours en 2000, le dispositif de réduction des risques – bâti sur la participation des usagers (connaissance des besoins, contacts avec les usagers, éducation par les pairs) – a été renforcé par l'ouverture de six nouvelles boutiques, quatre programmes d'échange de seringues et un bus méthadone. Le soutien à des associations et le rôle actif des usagers ou ex-usagers au sein des équipes de première ligne sont primordiaux. Ces acteurs de terrain sont en mesure de créer un lien avec les usagers de drogues actifs les plus réfractaires aux institutions. Ce sont des agents d'accueil ou de prévention, des personnes-relais qui connaissent particulièrement bien leur ville ou leur quartier et ses habitants. Ils connaissent aussi le fonctionnement du marché, les lieux et les modes de consommation ainsi que les habitudes de vie, les codes de communication, les liens de sociabilité et les rapports de force entre usagers de drogues. Ils apportent un savoir-faire à l'équipe de professionnels sociosanitaires (éducateurs spécialisés, assistants sociaux, médecins ou infirmiers) travaillant dans les structures.

Le pharmacien d'officine joue également un rôle majeur dans le domaine de la réduction des risques auprès des usagers de drogues, car il est le princi-

pal dispensateur de seringues et de préservatifs : sur 19 millions de seringues distribuées en 1999, les pharmaciens d'officine en ont vendus 90 % soit à l'unité soit par l'intermédiaire des trousse de prévention (2,8 millions de Stéribox[®] vendus en 1999) et plus de 50 millions de préservatifs dans l'année. De nombreuses pharmacies ont accepté l'installation, sur leur devanture, de Distribox[®] (distributeurs de Stéribox[®]). Par ailleurs, plusieurs réseaux de pharmaciens ont mis en place des programmes d'échange de seringues et d'échange de kits en pharmacie avec des associations de terrain, grâce à un financement public.

Le rôle des élus locaux est essentiel, au travers de leurs missions de médiation et d'insertion, pour implanter des programmes de prévention qui s'intègrent au cœur même de la vie de la cité.

L'implantation de nouvelles structures de réduction des risques est souvent mal acceptée par les riverains fréquemment réticents au regroupement en un seul lieu de toxicomanes en difficulté et marginalisés. Les **équipes de proximité** sont des dispositifs pilotes de médiation à l'écoute des habitants, commerçants, pharmaciens... du quartier. En outre, ces équipes se sont données pour objectif d'améliorer la prise en charge des usagers. Elles jouent un rôle de médiateur entre les riverains, la mairie, les services de police, de justice et de santé. Le travail de rue est essentiellement développé par des éducateurs spécialisés présents sur plusieurs quartiers de l'arrondissement. Ils sont chargés d'aller à la rencontre des usagers de drogues afin de les informer et de favoriser le lien avec le dispositif sanitaire et social. Des coordinateurs organisent le travail de rue de « première ligne » en fonction des problèmes qui leur sont signalés. Au total, quatre équipes de proximité ont été créées dans les villes de Paris (dans les 10^e, 13^e et 18^e arrondissements) et de Montpellier (une seule équipe). Une expérience similaire financée par la ville a été lancée également à Marseille.

Le dispositif de réduction des risques en milieu carcéral repose principalement sur des actions d'information et de prévention destinées à l'ensemble des détenus :

- Diffusion d'une brochure d'information et de prévention à chaque entrant ;

- Facilitation de l'accès aux préservatifs, notamment dans les services médicaux ;
- Distribution régulière de l'eau de Javel à 12°chl. par l'administration pénitentiaire.

Dispositif spécialisé de prise en charge dans le domaine de l'alcoologie : CCAA

Le dispositif spécialisé de prise en charge dans le domaine de l'alcoologie est constitué principalement par les « Centres de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA) appelés avant le 1^{er} janvier 1999 « Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie » (CHAA). Ces centres sont chargés du soin et de l'accompagnement social de tout public présentant une consommation à risques ou une dépendance à l'alcool ; cette action devant s'effectuer en liaison avec les autres intervenants sanitaires et sociaux situés en amont et en aval. Depuis le 1^{er} janvier 1999, ce dispositif est financé par les régimes d'assurance maladie alors qu'auparavant il l'était principalement par le budget de l'État pour la prévention et le soin. Depuis l'amendement de la loi du 29 juillet 1998⁽⁵⁵⁾ les centres d'alcoologie bénéficient ainsi d'une définition précise de leurs missions, d'une reconnaissance juridique et d'un financement stable.

En outre, le dispositif de lutte contre l'alcoolisme est complété par des structures chargées de la prévention¹⁰.

Les centres d'alcoologie sont gérés soit par le secteur privé soit par le secteur public. Diverses formes de relations peuvent exister entre ces structures et, par exemple, une même entité juridique gérant un ou plusieurs CCAA ou une structure de prévention de l'alcoolisme gérant un ou plusieurs centres d'alcoologie.

Nombre et type d'entités juridiques spécialisées en alcoologie, par domaine d'activité

	1996	1997	1998
Soins et social (CCAA)	41	45	36
Prévention, soins, social (structures de prévention et/ou CCAA)	112	125	116

Source : DGS (exploitation des rapports d'activité des CCAA)

L'activité des structures du dispositif spécialisé s'exerce souvent de façon décentralisée, dans différents lieux plus facilement accessibles aux usagers, ouverts pour certains de façon permanente ou pour un temps limité. Ces lieux d'activités recouvrent diverses formes d'organisation, allant de structures permanentes importantes à des vacations.

Le nombre de centres d'alcoologie reste stable à environ 250 depuis 1994. Les lieux ouverts moins de 20 heures par semaine peuvent être considérés plutôt comme des permanences ou des consultations. Le temps global d'ouverture par semaine est estimé à environ 12 000 heures.

Des « antennes en alcoologie » sont implantées dans trois établissements pénitentiaires pour renforcer l'action des services de psychiatrie.

En 1998, on comptabilise dans les CCAA 375 332 actes de soins, 239 492 interventions sociales qui ont touché 89 733 consultants. La file active en 1998 peut être estimée à plus de 100 000 consultants. Ces chiffres montrent une progression claire depuis 1994 (352 564 actes de soins, 190 442 interventions de soins et 86 500 consultants). 47 % sont venus pour la première fois en 1998, soit une proportion inférieure au ratio de 1997 et de 1996, ce qui peut être interprété comme une tendance à un moins bon recrutement ou à une meilleure « fidélisation ».

Le nombre de professionnels salariés dans le dispositif spécialisé peut être estimé à 1 700 personnes (1 687 en 1997). La plupart exerçant leur activité dans ce secteur à temps partiel, le nombre de salariés en équivalent temps plein serait de 900 en 1998 (925 en 1997), dont environ 36,6 % de personnel du secteur sanitaire et 16,3 % du secteur social. La part du personnel sanitaire a tendance à augmenter.

Dispositif spécialisé en tabacologie

Pour les personnes en situation de précarité qui souhaitent arrêter de fumer mais qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour s'engager dans cette démarche, il est possible de bénéficier d'une

prise en charge médicale incluant la mise à disposition gratuite des médicaments de substitution de la nicotine. Ceci leur est proposé dans le cadre des consultations assurées par les centres d'examen de santé de la Caisse nationale d'assurance maladie et de travailleurs salariés, puis progressivement les CCAA.

Dispositif de droit commun

Le système sociosanitaire de droit commun participe également à la prise en charge des addictions, en complémentarité avec le dispositif spécialisé : d'une part l'hôpital pour ce qui concerne les urgences et les consultations (problèmes somatiques, sevrage, etc.), et d'autre part les médecins libéraux suivant des patients présentant des conduites addictives.

Le dispositif actuel s'oriente davantage vers un fonctionnement de réseau afin de fournir une prise en charge plus adaptée aux besoins des patients et d'assurer une plus grande coordination des interventions. Il est donc intéressant d'avoir un aperçu des réseaux d'addictologie qui ont pu être recensés.

Prise en charge des tabacodépendants

Il existe à l'heure actuelle une cinquantaine de centres d'aide au sevrage tabagique qui prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une pathologie liée au tabac. Le plan de lutte contre le tabagisme de 1999 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité prévoyait la création de 150 nouveaux centres en 2000 et une extension en 2001-2002. Les centres en fonctionnement ont été mandatés pour répondre à un référentiel de qualité et pour offrir au moins trois journées de vacation médicale par semaine, ainsi qu'une permanence assurée par un personnel infirmier incluant une réponse téléphonique d'urgence.

Le plan du 1999 a mis en place un dispositif particulier pour les femmes enceintes. Parmi d'autres mesures concernant la formation de professionnels et la prévention, le plan prévoit la passation

d'un entretien individuel d'une quarantaine de minutes, réalisé en début de grossesse et servant à rappeler les dangers du tabac ainsi qu'à encourager les femmes enceintes à arrêter de fumer.

Le dispositif d'aide au sevrage dans les établissements de santé a été renforcé par la création ou le développement de consultations hospitalières et des unités de coordination de tabacologie⁽⁵⁶⁾ (UCT). Les unités de coordination ont été créées pour développer un travail de liaison « lutte contre la dépendance tabagique » ainsi que pour mettre en place, au sein de l'hôpital, des lieux de formation des professionnels de santé, des actions de formation, d'information et de prévention du tabagisme. Ces unités sont intégrées aux équipes de liaison en toxicomanie et en alcoologie lorsqu'elles existent.

Les consultations ambulatoires sont ouvertes à tous, pour les personnes hospitalisées ou externes en veillant à ce que la prise en charge soit essentiellement tournée vers les personnes les plus dépendantes ou les plus difficiles à assister du fait de leur dépendance et de leurs problèmes psychologiques, socioprofessionnels ou familiaux. En 2001, 261 consultations de tabacologie hospitalière sont dénombrées contre 214 en 2000.

Prise en charge de l'alcooldépendance et des consommations excessives d'alcool

Parallèlement au dispositif spécifique, d'autres structures et d'autres professionnels interviennent dans la prise en charge de l'alcoolisme : l'hôpital, les centres de soins de suite de réadaptation d'alcoologie, ainsi que les médecins libéraux et les associations d'anciens malades qui fournissent un soutien personnel, familial et social.

Avant la publication de la circulaire du 10 septembre 1996⁽⁵⁷⁾ incitant au développement des équipes d'alcoologie de liaison dans les hôpitaux, le rapport Reynaud-Parquet (Reynaud et al., 1999) faisait état d'une cinquantaine d'unités d'alcoologie de 10 à 40 lits en moyenne. Ces équipes étaient situées essentiellement dans des ex-centres hospitaliers régionaux. Au total, elles regroupaient un peu plus d'un millier de lits accueillant 20 000 malades par an. Le rapport avait

10. Pour en savoir plus, se reporter à la section précédente consacrée aux dispositifs de prévention.

souligné l'absence de planification de leur répartition et la fragilité de ces structures qui n'avaient aucune inscription administrative. Il avait mis en évidence également les faiblesses de la prise en charge des patients alcooliques dans les hôpitaux. Selon ces auteurs, le diagnostic d'alcoolisation excessive n'était fait que dans la moitié des cas. Les complications consécutives à l'alcoolisme étaient traitées sans que soit le plus souvent mis en place le traitement de la dépendance. L'orientation vers les structures spécialisées (CCAA) était proportionnellement très faible. Le rôle que devait jouer la psychiatrie dans les soins aux personnes en difficulté avec l'alcool n'était pas clairement défini. Dans la plupart des hôpitaux, la prise en charge des malades alcooliques n'était pas organisée de façon cohérente. Afin d'améliorer la prise en charge à l'hôpital des personnes ayant un usage nocif ou une dépendance à une ou plusieurs substances (y compris l'alcool), la circulaire du 8 septembre 2000 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la Direction générale de la santé relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives⁽⁵⁸⁾ prévoit une enveloppe financière de 38 millions de francs pour la création ou le renforcement d'équipes hospitalières de liaison en addictologie.

Le recensement des équipes d'alcoologie de liaison, réalisé récemment par la Direction des hôpitaux et l'organisation de soins, donne un éclairage sur l'évolution du dispositif hospitalier de prise en charge de l'alcoolisme et de son adaptation aux besoins des patients. En 1999, 96 équipes d'alcoologie de liaison sont recensées, dont 46 ont été créées depuis 1996. Les médecins praticiens hospitaliers, infirmiers, psychologues, secrétaires, assistantes sociales, aides soignantes, diététiciennes, etc., sont les principales catégories de personnels affectés à ces équipes. Le temps médical est très variable d'une équipe à l'autre, les extrêmes allant de 0.10 équivalent en temps plein à 1, voire exceptionnellement 2 selon l'importance des équipes. La même variabilité est retrouvée pour les personnels infirmiers.

En ce qui concerne les **centres de soins de suite et de réadaptation d'alcoologie** (encore dénommé centres de postcure), le rapport

Reynaud-Parquet répertorie 25 centres, à gestion essentiellement associative, comprenant 373 lits d'hommes, 160 lits de femmes et 274 lits mixtes, soit au total 807 lits. Ces structures auraient la capacité d'accueillir 8 000 malades par an.

Prise en charge des toxicomanies

Les services hospitaliers au sein des établissements de santé sont chargés de la prise en charge des personnes dépendantes. Cette priorité a récemment été rappelée par la circulaire du 8 septembre 2000, relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives mentionnées précédemment. Les hôpitaux sont appelés également à développer les possibilités d'hospitalisation pour bilan, soin et sevrage, jugées actuellement insuffisantes.

La prise en charge de la toxicomanie au sein des établissements de santé repose sur la mise en place d'un travail de liaison et de partenariat :

- création ou renforcement du travail de coordination des équipes de liaison et de soins en addictologie ;
- recherche d'un partenariat avec le dispositif spécialisé, les structures psychiatriques et la médecine ambulatoire ;
- création ou renforcement des réseaux ville-hôpital.

Les **équipes de liaison en toxicomanie** ont été créées à la suite de la circulaire du 3 avril 1996⁽⁵⁹⁾ qui destinait une enveloppe de 47 millions de francs pour les nouveaux projets hospitaliers. À la fin de l'année 1997, 46 équipes de liaison ont été financées, 63 en 1998 et 69 en 1999. Pour l'année 2000, une enveloppe nationale de 38 millions de francs a été destinée à la création et/ou au renforcement d'équipes hospitalières de liaison en addictologie.

Plusieurs modalités d'organisation au sein des services hospitaliers sont possibles : création d'une unité en addictologie, d'une fédération d'activités ou d'une équipe de liaison rattachée à un service. Les établissements de santé n'ayant pas la capacité de mettre en place une équipe de liaison peuvent développer un autre mode d'organisation adapté (par exemple, la signature de conventions entre établissements).

Le personnel, pluridisciplinaire, a reçu une formation spécifique : un praticien hospitalier à temps partiel, de deux à trois équivalents temps plein de personnel non médical (infirmière, psychologue, travailleur social, diététicienne, par exemple) et d'un temps de secrétariat médical. La composition de l'équipe est adaptée en fonction des besoins.

La création de **réseaux ville-hôpital-toxicomanie** était également prévue par la circulaire d'avril 1996. En 1998, 67 réseaux ville-hôpital ont été recensés, répartis sur l'ensemble du territoire national. Ils sont financés conjointement sur des crédits assurance-maladie et des crédits État.

En ce qui concerne la prise en charge en médecine de ville, il s'avère que les médecins « hors réseau » rencontrent en moyenne peu de patients, davantage cependant depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Certaines interventions sont le fait de médecins militants ou engagés dans la lutte contre l'exclusion¹¹.

Prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral

La prise en charge des conduites addictives des personnes détenues (y compris celles liées à la consommation d'alcool) repose sur l'équipe de secteur psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire, en liaison étroite avec l'équipe de soins somatiques et les CSST.

Les établissements pénitentiaires confient les soins somatiques et psychiatriques des détenus à une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire et rattachée à l'hôpital de proximité, plus connue comme Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Plus particulièrement, les missions relatives à la prévention, l'organisation de soins ainsi que la continuité de soins à la sortie de la détention relèvent de ces unités. Il est nécessaire d'indiquer que depuis la loi du 18 janvier 1994⁽⁶⁰⁾ les soins dans tous les établissements pénitentiaires sont assurés par des équipes hospitalières relevant du dispositif de droit commun. Dans ce cadre, chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité. Un protocole complémentaire est passé lorsque les soins psychiatriques sont assurés par un autre établissement de santé.

Depuis l'arrêt du 14 mars 1986⁽⁶¹⁾, il existe également les Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers (SMPR) couvrant l'ensemble de la population carcérale. Les 26 SMPR existants relèvent des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Comme il a été précédemment indiqué, 16 SMPR sont dotés d'une ex-« antenne toxicomanie », structure créée en 1987 par le cahier des charges du 3 novembre de 1987⁽⁶²⁾. Depuis le décret du 29 juin 1992⁽⁶³⁾, les antennes toxicomanies ont eu le statut de CSST intervenant en milieu pénitentiaire. Les médecins responsables des SMPR ont, outre la charge du fonctionnement direct de leur propre service, celle d'assumer un rôle de conseil et de coordination auprès de tous les services de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire. Une nouvelle réorganisation de la prise en charge de personnes dépendantes en milieu carcéral est prévue dans le cadre de la lettre interministérielle de 2001, relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive¹².

Selon les données de la dernière enquête disponible sur la population carcérale (Mouquet *et al.*, 1999), environ 60 % des entrants présentent un problème lié à une consommation d'alcool ou/et de drogues et nécessitent une prise en charge adaptée. D'après une enquête de la Direction des hôpitaux et de l'organisation de soins et de la Direction de la santé¹³, le recours aux traitements de substitution en milieu carcéral demeure peu répandu et traduit des résistances manifestes de certaines équipes médicales. Les interruptions de la substitution restent importantes : 19 % en 1999 contre 21 % en 1998. La situation est plus favorable pour les patients bénéficiant de traitement à la méthadone à l'entrée dont les arrêts s'élèvent à 10 % contre 21 % pour la buprénorphine. Dix éta-

11. Se reporter à la partie consacrée aux conséquences sanitaires et sociales du chapitre « Opiacées ».

12. Pour en savoir plus, se reporter à la section sur les évolutions récentes de la politique sanitaire ainsi qu'à la référence législative n° 54.

13. DGS-SD6B / DHOS-O2, Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, nov. 1999 (non publiée).

blissements prescrivent à eux seuls 50 % des traitements de substitution, les prescriptions de substitution se font le plus souvent dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur et 21 % d'établissements n'ont aucun détenu sous traitement de substitution. La buprénorphine est plus largement utilisée que la méthadone et concerne 84 % de ces traitements. Les détenus sous substitution représentent environ 3,3 % de la population carcérale (2,8 % sous buprénorphine et 0,5 % sous méthadone). Le pourcentage de personnes détenues qui bénéficient d'un traitement de substitution peut aller jusqu'à 16,5 % selon l'établissement pénitentiaire.

Depuis 1997, ce dispositif est complété par les Unités pour sortants (UPS), dispositif de préparation à la sortie destiné aux personnes incarcérées libérables présentant un problème de dépendance.

Initiée en 1992 à travers le « quartier intermédiaire sortants » de la maison d'arrêt de Fresnes, sept autres UPS ont été créées depuis dans des centres pénitentiaires à Lille, Lyon, Strasbourg, Marseille, Metz, Nice et à la maison d'arrêt pour femmes de Fresnes. Concrètement, les UPS sont des unités particulières en détention où sont affectés, en général un mois avant leur sortie, des détenus présentant des problèmes de dépendances. Ils bénéficient des activités de groupe (sports, théâtre, autres), des stages d'aide à l'emploi et des démarches administratives (hébergement, autres). Ces unités s'appuient sur la dynamique de groupe pour faire travailler « les stagiaires » sur l'estime de soi, le rapport au corps et à autrui. La direction et l'animation des UPS sont assurées par un CSST en milieu pénitentiaire.

Dispositifs d'application de la loi

Afin de faire respecter la loi, les politiques publiques s'appuient sur divers dispositifs de lutte contre l'offre et l'usage de drogues. La plupart d'entre eux sont regroupés dans l'un des trois ministères suivants : ministère de l'Intérieur, ministère de la Défense et ministère de l'Économie et des Finances.

L'autorité judiciaire assure non seulement le développement de l'injonction thérapeutique, par l'intermédiaire de ses parquets en relation avec les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, mais également la répression des trafics des stupéfiants et du blanchiment de l'argent de la drogue par les tribunaux correctionnels et les cours d'assises.

Dispositif coordonné par la police nationale

Au sein de la police nationale, la lutte contre le trafic de stupéfiants est le fruit de l'activité de services spécialisés :

L'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRITIS), service de la Direction centrale de la police judiciaire, a pour rôle de centraliser l'ensemble des renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite des stupéfiants et de coordonner toutes les opérations tendant à la répression de ce trafic.

Il existe également des services régionaux de police judiciaire dont le rôle est de lutter contre le trafic dans le ressort de leur compétence territoriale. Dès lors qu'il s'agit d'affaires de trafic national ou international, celles-ci sont traitées par l'OCRITIS.

La Direction centrale de la sécurité publique a également pour mission de lutter contre le trafic local et l'usage. Cette mission est assurée par l'intermédiaire des services des brigades de stupéfiants qui ont été créés au niveau local.

Enfin, l'Office central pour la répression de la grande délinquance financière (OCRGDF) a pour mission de lutter contre les infractions à caractère économique et financier de grande dimension et

notamment contre le blanchiment. Les dossiers qui lui sont confiés sont transmis par le service du traitement du renseignement et action contre les circuits financiers (TRACFIN), du ministère de l'Économie et des Finances. Cet organisme est chargé de recueillir les déclarations de soupçons sur les transactions suspectes opérées par des institutions financières.

En termes de moyens, le nombre de fonctionnaires de police consacrant la totalité de leur activité à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants était estimé à 2 000 personnes en 1995 (Kopp et al., 1998). D'autres policiers y consacrent une part non négligeable de leur temps mais celle-ci est plus difficile à apprécier. D'après cette étude, le nombre total de fonctionnaires de police en équivalent temps plein atteint près de 6 500 personnes.

Dispositif coordonné par la gendarmerie nationale

Les problèmes liés à la lutte contre la drogue et l'usage de stupéfiants sont suivis au niveau central par un officier supérieur du bureau de la police judiciaire de la Direction générale de gendarmerie nationale. La coordination sur le terrain est effectuée par le Bureau animation coordination, qui dépend directement de l'administration centrale.

Contrairement à la police nationale, il n'existe pas au plan local de structures spécialisées. Trente sections de recherches ont une compétence sur le ressort de la Cour d'appel et 302 brigades de recherches, situées au niveau départemental ou de l'arrondissement, participent à la lutte contre le trafic de drogues, soit sur leur propre initiative, soit en renfort des 3 600 brigades territoriales de métropole.

La gendarmerie nationale est également active dans le domaine de la prévention du trafic et de l'usage à travers les 25 brigades de prévention de la délinquance juvénile qui comptent environ 450 sous-officiers formateurs relais antidrogues.

Les effectifs de la gendarmerie nationale qui se consacrent à ces missions sont difficiles à évaluer en l'absence de services spécialisés.

L'étude de P. Kopp et C. Palle (1998) les estimaient néanmoins à 2 000 personnes en équivalent temps plein.

Dispositif coordonné par la Direction générale des douanes et des droits indirects

L'administration des douanes intervient, en amont des autres services répressifs, dans le cadre de ses missions générales de dédouanement et de surveillance des flux de marchandises, de personnes et de capitaux, notamment à l'occasion du contrôle des moyens de transport. Son action en matière de lutte contre la fraude s'oriente en premier lieu contre les réseaux de trafiquants internationaux et peut dépasser le cadre des zones frontalières.

En matière de lutte contre la fraude et depuis le 1^{er} janvier 1993, le dispositif douanier a été réorganisé autour de deux axes principaux : le renforcement des contrôles aux frontières extérieures à l'Union européenne et la mise en place d'unités mobiles, chargées de surveiller et de contrôler les mouvements de voyageurs et de marchandises en tout point du territoire.

Les personnels des douanes qui participent directement ou indirectement à la lutte contre les stupéfiants représentent un effectif en équivalent temps plein de 2 000 personnes, sur un effectif total de 20 000 agents.

Dispositif de contrôle des produits précurseurs des drogues

La Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC), qui dépend du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, a pour fonction d'animer et de coordonner la coopération entre les acteurs administratifs et industriels.

Dans cette perspective, la MNCPC a notamment proposé que soit créé un document d'accompagnement des précurseurs les plus sensibles lors de leur transport au sein de l'Union européenne.

Enfin, la MNCPC mène des actions de sensibilisation individuelle auprès des entreprises et des actions collectives sous la forme de colloques pour rappeler aux acteurs industriels leurs obligations réglementaires et leur devoir de vigilance. Pour cela la MNCPC peut s'appuyer sur une liste de vingt-deux substances chimiques figurant parmi les plus sensibles dans la classification établie au niveau international par la convention des Nations unies de 1988 consacrée à la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Dispositif judiciaire relatif au trafic et à l'usage de stupéfiants

Les magistrats du parquet (procureurs et substituts) décident de la suite à donner aux infractions constatées par la police et la gendarmerie dont ils dirigent l'action de police judiciaire. Les faits les plus graves donnent lieu à l'ouverture d'une information, l'enquête étant alors dirigée par un juge d'instruction avant que le tribunal, ou parfois la cour d'assises pour les trafics en bande organisée, ne soit appelé à se prononcer sur la culpabilité et les sanctions. Les peines sont exécutées par l'administration pénitentiaire, en milieu fermé ou ouvert (sursis avec mise à l'épreuve notamment) ; les mineurs sont suivis par des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse.

Au ministère de la Justice, le bureau de la lutte contre la criminalité organisée, le trafic de stupéfiants et le blanchiment assure l'animation et la coordination de l'action publique.

Depuis quelques années, des magistrats de liaison sont en poste dans des ambassades de France dans des pays européens et aux États-Unis. Avec leurs collègues étrangers affectés à Paris, ils facilitent la coopération judiciaire internationale, notamment dans le domaine de la lutte contre les stupéfiants.

Dans le cadre des procédures impliquant des usagers de stupéfiants, les magistrats du parquet sont en rapports étroits avec les autorités sanitaires ou sociales adaptées, notamment par la

mise en œuvre d'injonctions thérapeutiques, en alternative aux poursuites. Lorsque des poursuites sont engagées, les peines prononcées par le tribunal visent le plus souvent à permettre une prise en charge sanitaire lorsque cela s'avère nécessaire, à assurer la réinsertion sociale et à diminuer les risques de récidive. L'exécution des peines est suivie et aménagée par les juges d'application des peines en relation avec les services d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire.

Lorsque l'usager interpellé est un mineur, c'est le juge des enfants qui décide des mesures d'assistance éducative ou pénale qui sont appliquées. Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse prennent en charge ces mesures éducatives à l'égard des mineurs consommateurs de produits psychoactifs.

À l'exception de quelques substituts, il n'existe pas de structures spécialisées dans la lutte contre les infractions à la législation des stupéfiants parmi les services de la justice. En équivalent temps plein, le nombre de magistrats qui consacrent leur activité à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants a été estimé à 200 en 1995, auxquels s'ajoutent 400 fonctionnaires de justice. Ils seraient 3 400 fonctionnaires et personnels socio-éducatif de l'administration pénitentiaire à consacrer leur temps à cette même activité.

Les Conventions départementales d'objectifs Santé-Justice définissent localement les priorités de la politique judiciaire à l'égard des usagers de drogues illicites.

Crédits consacrés à la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

L'OFDT a publié récemment une étude de P. Kopp et de P. Fenoglio (2000) sur le coût social des drogues licites et illicites. Celle-ci présente et analyse notamment les dépenses des administrations publiques, qu'il s'agisse de dépenses directes ou indirectes. Une partie de ces données, celles relatives au coût de la morbidité et la mortalité liées aux drogues, sont présentées dans le chapitre « Approche transversale », section « Conséquences sanitaires et sociales ». Pour ces raisons, sont évoquées ici seulement les évolutions des dépenses des différents budgets des administrations consacrés directement à la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances.

Les principales dépenses en termes de lutte contre la drogue sont réalisées sur des crédits du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Aux crédits spécifiques, il faut ajouter ceux liés à la prévention du Sida chez les usagers de drogues

correspondant partiellement au dispositif de réduction des risques (chapitre 47-18 : « Programmes et dispositifs de lutte contre le Sida »).

Concernant les crédits spécifiques, le budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité comprend deux chapitres relatifs à la lutte contre la drogue :

- Le chapitre 47-15 (« Programmes et dispositifs de lutte contre les pratiques addictives ») rattaché à la Politique de la Santé.

- Le chapitre 47-16 (« Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie »). Une partie des crédits « interministériels » est transférée aux partenaires interministériels, une autre partie correspond à des crédits déconcentrés (actions locales, CDO, CIRDD). Le reste des crédits sert à financer les autres activités de la MILDT (financement des associations, GIP, autres).

Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue, votés en loi de finance initiale, de 1990 à 2000 (en millions de francs)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Crédits « interministériels »	250	250	247	247	237	216	231	231	295	237	278	298
Crédits « santé »	353	439	440	461	485	619	690	751	780	816	867	1 223
Total	603	689	687	708	722	835	921	982	1 074	1 052	1 145	1 521

Source : MILDT (données de 1990 à 1998 publiées dans : Cour des comptes, 1998)

Crédits « santé »

Les crédits « santé » (voir le tableau page 321) ont augmenté de 34 % entre 1992 et 1996. Cette augmentation est beaucoup plus rapide que celle de l'ensemble des dépenses de l'État qui progressait d'un peu moins de 10 % (hors service de la dette) pendant cette période.

Crédits « interministériels »

Plutôt stables entre 1992 et 1997, les crédits « interministériels » ont connu des augmentations importantes en 1998 et en 2000. En 1999, ils ont diminué compte tenu de l'importance des reports de l'année précédente (voir le tableau page 321).

Utilisation des crédits « santé » consacrés à la lutte contre les pratiques addictives, de 1998 à 2000

(en millions de francs)

Dispositif mis en œuvre	1998	1999	2000
Dotation globale de fonctionnement des CSST	641,3	646,8	659
Remboursement de la méthadone	19,9	19,9	18,8
Partie « ville » des 51 réseaux toxicomanie - ville - hôpital	6,5	7	7
Points jeunes et parents	33,9	42,3	43,8
Ateliers d'aide à l'insertion	11,6	11,9	12
Unités pour sortants	5	5	5,17
Structures dites « bas seuil »	15,5	19,8	20,7
Équipes mobiles de proximité	–	1,5	2,95
Hébergement d'urgence pour usagers de drogues en situation de grande précarité	–	–	20,7
Intervention sanitaire sur les lieux festifs	3	3	3,5
Formation	4,7	3,4	3
Total	741,4	760,6	775,9

Chapitres 47-15, articles 40 et 60.

Source : MILDT

Crédits interministériels transférés, de 1992 à 2000

(en millions de francs)

	1992	1994	1996	1998	1999	2000
Santé, affaires sociales	59,5	45,9	68,1	65,5	66,2	21,9
Éducation nationale et Recherche	11,9	12,9	12	19,5	22,5	19,5
Jeunesse et Sport	10,1	9,2	17,2	13,7	16,9	14,9
Délégation interministérielle à la Ville	2,8	9,2	10,5	13,2	–	–
Justice	22,8	18,4	18,4	18,5	20,2	4,7
Intérieur (police)	23,8	27,6	19	18,5	16,5	8,6
Défense (gendarmerie)	9,8	11,5	8,8	10,7	9,6	7,2
Économie et Finance (douanes)	24,1	22,5	16	15,4	15,3	6,7
Affaires étrangères	10,8	9,2	6	7,4	12,2	9,5
Coopération	2,5	2,7	2	1,6	–	–
Autres	0,8	0,9	–	0,6	1,6	1,8
Activités propres de la MILDT	55,1	48	52,5	77,7	110,6	183,3
Total	234	218	230,5	249,1	293,7	278,2

Les différences qui apparaissent entre les tableaux pour le montant d'un même poste s'expliquent par des reports des crédits votés en loi de finance initiale (notamment pour une partie des crédits interministériels de 1998 reportés en 1999).

Source : MILDT

L'augmentation des crédits destinés aux Conventions départementales d'objectifs, à l'action des chefs de projet départementaux « drogue et dépendances » (actions locales) et aux Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances sont en forte augmentation depuis 1998. La généralisation de ces dispositifs dans la plupart des départements est à l'origine de cette montée en puissance.

Crédits interministériels déconcentrés de la MILDT, de 1998 à 2000

(en millions de francs)

Dispositif	1998	1999	2000
CDO	16,2	32,2	45
Actions locales	3	24,6	41,3
CIRDD	–	1,25	11
Total crédits déconcentrés MILDT	19,2	57,9	97,3
Total activités propres* MILDT	77,7	120,4	183,4

* crédits déconcentrés + transférés

Source : MILDT

Crédits « Sida »

Aux crédits précédents, s'ajoutent ceux liés à la prévention du Sida chez les usagers de drogues correspondant à peu de chose près au dispositif de réduction des risques. Ces dépenses sont évaluées à 100 millions de francs en 2000, soit une augmentation de 60 millions de francs par rapport à 1995.

Pour en savoir plus

- ANGEL (P.), RICHARD (D.), VALLEUR (M.) (dir.), *Toxicomanies*, Paris, Masson, 2000, 276 p.
- BALLION (R.) *Les élèves acteurs de prévention*, Paris, Centre d'analyse et d'intervention sociologiques, 2000, 80 p., lien valide le 19 oct. 2001, (www.eduscol.education.fr/D0058/accueil.htm).
- BERGERON (H.), *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, 370 p. (Coll. Sociologies).
- CABALLERO (F.), BISIQU (Y.), *Droit de la drogue*. 2^e édition, Paris, Dalloz, 2000, 827 p.
- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.
- Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie : rapport au président de la République suivi des réponses des administrations, collectivités et organismes intéressés*, Paris, Journal Officiel, 1998, 248 p. (coll. rapport public particulier, n° 4367).
- CESONI (M.-L.), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans sept législations européennes*, 2000, 144 p. (Documents du GDR Psychotropes, Politique et Société, n° 4).
- DIS (Drogues Info Service), *Rapport d'observations 1998/1999*, Paris, DIS, 1999, 106 p.
- JACOB (E.), JOUBERT (M.), TOUZE (S.), *Évaluation des Points écoute jeunes et/ou parents*, Paris, OFDT/RESSCOM, 2000, 262 p.
- KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.
- KOPP (P.), PALLE (C.), *Vers l'analyse du coût des drogues illégales*, Paris, OFDT/ARMI, 1998, 80 p.
- LAURE (P.), *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000, 447 p.
- MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Paris, Documentation française, 2000, 226 p.
- MILDT), *Conventions départementales d'objectifs. Bilan national pour 1999/2000*, 2001, 5 p. (note interne).
- MOUQUET (M.-C.), DUMONT (M.), BONNEVIE (M.-C.), « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », *DREES Enquête et Résultats*, n° 4, janvier 1999, p. 1-10.
- OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.
- OFDT, *Rapports d'activités des chefs de projet « drogues et dépendances » : synthèse. Année 2000*, Paris, OFDT, 2001, 65 p. (rapport interne).
- PARQUET (P.-J.), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.
- POLOMÉNI (P.), *Rapport « Réseaux d'addiction »*, Paris, MILDT/DGS/DHOS, 2001 (à paraître).
- REYNAUD (M.), PARQUET (P.-J.), *Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport de mission 1998*, Vanves, CFES, 1999, 293 p.
- SIMMAT-DURAND (L.), *La lutte contre la toxicomanie : de la législation à la réglementation*, Paris, L'Harmattan, 2001, 248 p. (Coll. Logiques sociales).

Références législatives

1. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.
2. Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 portant entrée en vigueur du nouveau code pénal, JO du 27 décembre 1992 (NOR : JUSX92400040L).
3. Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR : JUSX8700015L).
4. Loi de finances pour 1989 n° 88-1149 du 23 décembre 1988, article 84, JO du 28 décembre 1988, p.16320 sq. (NOR : ECOX880121L).
5. Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990, p. 8329-8332 (NOR : ECOX9000077L).
6. 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, JO du 14 mai 1996, p. 7208 sq. (NOR : JUSX9400059L) et circulaire CRIM n°96-11G du 10 juin portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUS D 96 30084C).
7. Loi n° 96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de substances, JO du 20 juin 1996, p. 9207 sq. (NOR : INDX9500023L).
8. 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, JO du 19 juin 1999, p. 9015 sq. (NOR : EQUX9800010L).
9. Ordonnance 60-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le code des débits et des mesures de lutte contre l'alcoolisme.
10. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991, p. 4148 (NOR : SPSX9000097L).
11. Loi de finances rectificative pour 1998 n° 98-1267 du 30 décembre 1998, article 21 modifiant l'article L. 49-1-2 du code de débit de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.
12. Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 31 juillet 1987.
13. Loi n° 93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives (NOR : MJSX9300141L).
14. Loi n° 70-597 du 9 juillet 1970 instaurant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, JO du 10 juillet 1970.
15. Loi n° 78-732 du 12 juillet 1978 relative à la prévention de la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique, JO du 13 juillet 1978, p. 2785.
16. Loi n° 83-1045 du 8 décembre 1983 relative au contrôle de l'état alcoolique, JO du 9 décembre 1983, p. 3550.
17. Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986, p. 888.
18. Décret 95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R 233-5, R 256 et R 266 du code de la route.
19. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme, JO du 10 juillet 1976, p. 4148.
20. Cf. référence législative n° 10.
21. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 30 janvier 1993, p. 1576 (NOR : SPSX9200178L).
22. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (NOR : SPSX9300136L).
23. Loi n° 65-412 du 1^{er} juin 1965 tendant à la répression de l'usage des stimulants à l'occasion des compétitions sportives, JO du 2 juin 1965, p. 4531.
24. Loi n° 89-432 du 28 juin 1989 relative à la répression du dopage des animaux participant à des manifestations et à des compétitions sportives (NOR : SPOX8800141L).
25. Loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage (NOR : MJSX9800040L). Codifiée dans le code de la santé publique article L3611-1 sq.
26. Circulaire Premier ministre n° 4.692/SG du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, JO du 17 septembre 1999, BO de la santé n° 99-37 du 2 octobre 1999 (NOR : PRMX9903743C).
27. DGLDT (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), Programme gouvernemental du 14 septembre 1995, 1995 (rapport interne).
28. Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).
29. Circulaire Premier ministre n° 14-153 du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006, JO du 15 janvier 1999 (NOR : PRMX9903379C).
30. Circulaire du 28 octobre 1997 relative à la mise en œuvre des contrats locaux de sécurité, JO du 30 octobre 1997 (NOR : INTK9700174C).
31. Circulaire SCOB9801882C, RLR : 514-3 ; 524-0, MEN (DESCO)-MCC-MJS n° 98-144 du 9 juillet 1998 relative à l'aménagement des temps et des activités de l'enfant : mise en place du contrat éducatif local et des rythmes périscolaires, BOEN du 16 juillet 1998, n°29, p.1602.
32. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 71, JO du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L).
33. DGLDT (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993, 1993 (rapport interne).
34. Circulaire DGS-SP3/DH-EO2 n° 346-99 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes, BO santé n° 99-33 du 4 septembre 1999 (NOR : MESH9930358C).
35. Circulaire DGS/DH/MTAS n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes en 1996, BO n°96-16 du 25 mai 1996 (NOR TASP9630145C).
36. 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 (NOR : MESH0030387C).
37. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT 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.
38. Circulaire DGS-SD6A n° 2000-158 du 13 mars 2000 relative aux orientations de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues pour 2000.
39. Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 20 septembre 1999 relatif à l'application de la réglementation des stupéfiants à certains médicaments à base de buprénorphine, JO du 24 septembre 1999 (NOR : MESP9922898A).
40. Arrêté du Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 8 février 2000 relatif au fractionnement de la délivrance des médicaments à base méthadone, JO du 16 février 2000, BO santé n° 2000/7 du 4 mars 2000 (NOR : MESP0020467A).
41. Circulaire DACG n°CRIM-99-7/G1 170699 du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants (NOR : JUSD9930090C).
42. 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, article 222-39-1 du code pénal (NOR : JUSX9400059L).
43. Circulaire du 11 octobre 1999 relative au renforcement de la lutte contre l'usage et le trafic local de stupéfiants (NOR : INTX9900206C).
44. Ordonnance 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
45. Lettre interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre de conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie (voir également : Circulaire du 22 janvier 1993 pour la mise en œuvre de conventions d'objectifs et de prestations).
46. Circulaire DGS-SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des de programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (NOR : MESP9930076C).
47. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, BOEN du 9 juillet 1998 (NOR : SCOE9801172 C).
48. Circulaire DAS-DSF1 n° 97-280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place des Points écoute pour les jeunes et/ou parents financés par le chapitre 47-15, BO Travail n° 97/17.
49. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JO du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L).
50. Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 portant sur les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, JO du 2 juillet 1992, p. 8752 sq. (NOR : SANP9201106D).
51. Note d'orientation DGS-SP3 n°98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, BOMES n°47 du 5 novembre 1998 (NOR : MESP9830471N).
52. Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 portant sur les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, JO du 2 juillet 1992, p. 8752 sq. (NOR : SANP9201106D).
53. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JO du 31 juillet 1998 (NOR : MESX9800027L).
54. Cf. référence législative n° 37.
55. Cf. référence législative n° 53.
56. Circulaire DH-EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.
57. Circulaire DH-EO4 n° 557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoolologie hospitalière de liaison.
58. Circulaire DHOS-O2/DGS-SD6B n° 460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation de soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
59. Circulaire DGS/DH n° 239, du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes en 1996 (NOR : TASP9630145C).
60. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, titre premier relatif à la santé publique, chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus, 19/01/1994 p. 960-977 (NOR : SPSX9300136L).
61. Arrêté du conseil départemental de santé mentale n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la sectorisation psychiatrique en milieu pénitentiaire, (art. 3 à 7), BO 1988, n° 23 bis.
62. Cahier des charges DGS/1354/2D du 3 novembre 1987 relatif aux antennes toxicomanes, BO 1988, n° 23 bis.
63. Décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, JO du 02/07/1992, p. 8752 sq.

Annexes



Bibliographie générale	330
Repères méthodologiques	332
Tables des illustrations	347
Lexique	355
Liste des sigles	359
Index	364

Bibliographie générale

- *Alcool. Effets sur la santé*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, 360 p. (Coll. Expertise collective).
- *Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ?*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, (Coll. Expertise collective), (à paraître).
- *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 1998, 345 p. (Coll. Expertise collective).
- ANGEL (P.), RICHARD (D.), VALLEUR (M.) (dir.), *Toxicomanies*, Paris, Masson, 2000, 276 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris, OFDT, 2001 (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- BERGERON (H.), *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, 370 p. (Coll. Sociologies).
- CABALLERO (F.), BISIQU (Y.), *Droit de la drogue*, 2^e édition, Paris, Dalloz, 2000, 827 p.
- CFES (Comité français d'éducation pour la santé), *Prévention du tabagisme 2000-2003*, Vanves, CFES, 2000, 67 p. (Dossiers techniques).
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome I*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.
- DUPREZ (D.), KOKOREFF (M.), *Les mondes de la drogue : usages et trafics dans les quartiers*, Paris, Odile Jacob, 2000, 393 p.
- EHRENBURG (A.) (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières*, Paris, Esprit, 1998, 264 p. (Coll. Société).
- FAUGERON (C.) (dir.), *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*, Genève, Georg, 1999, 279 p.
- GIBIER (L.), *Prises en charge des usages de drogues*, Paris, Doin, 1999, 341 p.
- GOT (C.), WEILL (J.) (dir.), *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan, 1997, 350 p.
- Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants (Groupe Pompidou) (dir.), *Circulation routière et drogues*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2000, 384 p.
- GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.
- LAURE (P.), *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000, 447 p.
- MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Paris, Documentation française, 2000, 226 p.
- MILDT, *Savoir plus. Risquer moins. Drogues et dépendances, le livre d'information*, Paris, MILDT, 2000, 146 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p..
- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000, 50 p.
- OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.
- OGD (Observatoire géopolitique des drogues), *La géopolitique mondiale des drogues 1998/1999*, Paris, OGD, 2000, 262 p. (www.ogd.org).
- PARQUET (P.-J.), *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.
- REYNAUD (M.), PARQUET (P.-J.), LAGRUE (G.), *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la Santé*, Paris, Odile Jacob, 2000, 273 p.
- RICHARD (D.), SENON (J.-L.), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 1999, 433 p.
- ROQUES (B.), *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/Documentation française, 1999, 318 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).
- ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob, 1996, 282 p.

Repères méthodologiques

Les principales sources exploitées dans ce rapport font l'objet d'une rapide description. Lorsque c'est possible, il est fait mention d'une publication donnant de plus amples informations sur les données utilisées. On pourra également se reporter au répertoire des sources statistiques consultable sur le site : www.drogues.gouv.fr.

Enquêtes en population générale

334

① Baromètre Santé adultes 93/94	334
② Baromètre Santé adultes 95/96	334
③ Baromètre Santé 2000	334
④ Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages 2000	334
⑤ Enquête santé des adolescents 1993	334
⑥ Baromètre Santé jeunes 97/98	335
⑦ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 1999 (ESPAD)	335
⑧ Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD)	335
⑨ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes 1999 (EROPP)	335

Données de ventes

336

⑩ Ventes de médicaments des industriels aux grossistes	336
⑪ Ventes de médicaments des pharmacies	336
⑫ Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS)	337

Registres

337

⑬ Registre national des causes de décès	337
⑭ Système de surveillance du Sida en France	338

Statistiques et enquêtes sanitaires et sociales

338

⑮ Consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)	338
⑯ Exploitation du rapport d'activité type des structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	338
⑰ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social	339
⑱ Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)	340
⑲ Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES)	340
⑳ Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes	341
㉑ Baromètre Santé médecins généralistes	341
㉒ Enquête auprès des consultations de tabacologie hospitalières	342
㉓ Enquête auprès des consultations de tabacologie non-hospitalières	342
㉔ Enquête auprès des consultations d'aide à l'arrêt du tabac en 1999	342
㉕ État des lieux du sevrage tabagique 98	343
㉖ Enquête CANAM sur la consommation de psychotropes en ambulatoire	343
㉗ Actions et programmes de prévention – recensement (APPRE)	343

Statistiques pénales

343

㉘ Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAILS)	343
㉙ Décès par surdoses constatés par les services de police	344
㉚ Casier judiciaire national (CJN)	344
㉛ Fichier national des détenus (FND) et Statistique trimestrielle de la population incarcérée	345

Dispositifs spécifiques d'observation

345

㉜ Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES)	345
㉝ Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)	345

Enquêtes en population générale

① Baromètre Santé adultes 93/94, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Le Baromètre Santé adultes 93/94 est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon aléatoire, menée en novembre et en décembre 1993 auprès de 1 950 personnes âgées de 18 à 75 ans. Cet échantillon a été redressé afin d'être représentatif au niveau national pour cette tranche d'âge. Le Baromètre Santé adultes interroge les enquêtés sur leurs comportements, leurs connaissances et leurs attitudes relatives à la santé.

Pour en savoir plus : BAUDIER (F.), DRESSEN (C.), GRIZEAU (D.), JANVRIN (M.-P.), WARSZAWSKI (J.), *Baromètre santé 93/94. Résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1995, 168 p.

② Baromètre Santé adultes 95/96, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Le Baromètre Santé adultes 95/96 est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon aléatoire, menée en novembre et décembre 1995 auprès de 1 993 personnes âgées de 18 à 75 ans. Cet échantillon a été redressé afin d'être représentatif au niveau national pour cette tranche d'âge. Le Baromètre Santé adultes interroge les enquêtés sur leurs comportements, leurs connaissances et leurs attitudes relatives à la santé.

Pour en savoir plus : BAUDIER (F.), ARÈNES (J.) (dir.), *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.

③ Baromètre Santé 2000, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Le Baromètre Santé 2000 est une enquête téléphonique en population générale reposant sur un échantillon aléatoire, réalisée entre octobre et décembre 1999 et coordonnée par le Comité français d'éducation pour la santé, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la Fédération nationale de la

mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

Cette enquête multithématique porte sur les comportements et les opinions des Français en matière de santé. L'échantillon, incluant 13 685 individus de 12 à 75 ans, est représentatif au niveau national.

Pour en savoir plus : GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).

④ Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages 2000, INSEE

Cette enquête quadrimestrielle de la division Conditions de vie des ménages de l'INSEE pose une question relative à la consommation de tabac au cours d'un des trois exercices annuels, à l'occasion d'un module spécifique à la santé. Menée en face-à-face par les enquêteurs de l'INSEE, elle repose sur un échantillon de 8 000 logements. La question relative à l'usage quotidien de tabac et à la quantité consommée est posée à environ 11 000 individus âgés de 15 ans et plus. Les données ont été collectées en mai 2000.

Pour en savoir plus : ALIAGA (C.), « Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation », *INSEE première*, n°808, 2001, 4 p.

⑤ Enquête santé des adolescents 1993, INSERM-U169

L'enquête santé des adolescents a été menée en 1993 sur un échantillon représentatif sur le plan national des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire public (collèges et lycées) âgés de 11 à 19 ans (n = 12 391). Les réponses sont recueillies dans un questionnaire rempli par l'élève (auto-questionnaire).

Le taux de non-réponse se situe entre 1 et 3 % pour les questions relatives à la consommation de drogues. Il s'agit de la consommation durant la vie de sept classes de produits : haschich, cocaïne, héroïne, amphétamines, produits à inhaler, hallucinogènes, médicaments pour se droguer.

Pour en savoir plus : CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.

⑥ Baromètre Santé jeunes 97/98, Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Le Baromètre Santé jeunes 97/98 est une enquête téléphonique réalisée en novembre et en décembre 1997 auprès d'un échantillon aléatoire de 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans. Cet échantillon a été redressé afin que sa structure par âge, par sexe, par région de résidence et par type d'habitat soit représentative au niveau national pour la tranche d'âge visée.

Le Baromètre Santé jeunes donne des informations relatives aux comportements, aux connaissances et aux attitudes des adolescents en matière de santé. Les questions relatives à la consommation de drogues illicites n'ont été posées qu'aux adolescents âgés de 15 à 19 ans (soit 2 675 individus).

Pour en savoir plus : BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARÈNES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998, 328 p.

⑦ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 1999 (ESPAD), INSERM/OFDT/MENRT

Sous l'égide du Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues et du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou), cette enquête, réalisée en milieu scolaire par questionnaire autoadministré, s'est déroulée en 1999 dans une trentaine de pays européens (avec un tronc commun de questions et des modules optionnels).

Le volet français de cette enquête a été mené par l'INSERM (sous la direction scientifique de Sylvie Ledoux et Marie Choquet, U472) en partenariat avec l'OFDT et le ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie. Le terrain a eu lieu de mars à mai 1999. L'échantillon français atteint 11 870 élèves tirés au sort par classe (2 classes dans chacun des 300 établissements sélectionnés, de la quatrième à la terminale) parmi tous les types d'établissements des enseignements public et privé. En classe, en présence d'un professionnel de santé, les jeunes ont répondu individuellement à un auto-questionnaire (durée : 1 heure).

Pour en savoir plus : CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de*

lycée : ESPAD 1999 France, tome I, rapport OFDT, (à paraître fin 2001).

BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée* : ESPAD 1999 France, tome II, rapport OFDT, (à paraître fin 2001).

⑧ Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense 2000 (ESCAPAD), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'OFDT a mis en place une enquête annuelle qui se déroule lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD) sur l'ensemble du territoire métropolitain. Une fois par an, un mercredi et un samedi d'une semaine donnée, tous les jeunes Français présents à ces journées (dans les 250 centres répartis sur tout le territoire) répondent une vingtaine de minutes durant à un questionnaire autoadministré portant sur la santé, le mode de vie et les consommations de substances psychoactives.

Lors du premier exercice de cette enquête, en mai 2000, sur les 14 553 présents, seuls 92 ont rendu un questionnaire vierge, et après contrôle de l'âge, du sexe, et de la cohérence des réponses aux principales questions de consommations de substances psychoactives, 13 952 questionnaires ont été exploités. La JAPD est centrée sur les jeunes de 17 ans avec possibilité de rattrapage pour les plus âgés (essentiellement des 18-19 ans). La JAPD ayant démarré plus tardivement pour les filles que pour les garçons, l'échantillon 2000 comprend des filles de 17 ans et des garçons de 17 à 19 ans. Pour l'exercice 2001, cette enquête a été étendue aux Dom.

Pour en savoir plus : BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2001, 220 p.

⑨ Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes 1999 (EROPP), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Il s'agit d'une enquête téléphonique élaborée par l'OFDT. Les données ont été recueillies du 30 mars au 10 avril 1999 par l'institut de sondage

BVA, auprès d'environ 2 000 personnes âgées de 15 à 75 ans. Cet échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession du chef de ménage, la région de résidence et la taille de l'agglomération) est représentatif de la population française. Les enquêtés ont été interrogés sur leurs connaissances relatives aux substances psychoactives, sur leur perception de la dangerosité de ces produits, sur leurs propres expériences de consommation, sur la présence d'usagers parmi leurs proches, mais aussi sur leurs opinions à l'égard des usagers d'héroïne et des politiques publiques effectivement menées ou envisageables. Cette enquête sera reconduite en 2002.

Pour en savoir plus : BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, Paris, OFDT, 2000, 203 p.

Données de ventes

10 Ventes de médicaments des industriels aux grossistes, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Tous les ans, les professionnels de chaque firme de l'industrie pharmaceutique sont tenus de déclarer leur chiffre d'affaires et leurs ventes à l'AFSSAPS. Il s'agit d'une statistique des sorties des industriels vers les grossistes répartiteurs, en métropole uniquement.

Les ventes sont exprimées en « unités de vente » (nombre de boîtes de médicaments vendues) ce qui pose le problème des variations de conditionnement d'un produit à l'autre et d'une année à l'autre. Les ventes et le chiffre d'affaires des médicaments destinés au milieu hospitalier sont distinguées de celles destinées aux officines de ville du fait notamment de modes de conditionnement des produits très différents.

La principale différence avec le volume des ventes des officines (données d'IMS Health) provient des stocks constitués par celles-ci, apparemment faibles. Seuls les chiffres de l'AFSSAPS renseignent sur les ventes aux hôpitaux.

Les données disponibles en 2001 sont : les ventes et le chiffre d'affaires en ville ou à l'hôpital pour toutes les classes de médicaments (suivant la classification du répertoire international ATC¹) de 1988 à 1999. Ne sont retenus ici que quatre grandes classes thérapeutiques (voir la définition de « médicament psychotrope » dans le lexique).

Pour en savoir plus : CAVALIE (P.), RAUSS (A.), *Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1988-1999*, Saint-Denis, AFSSAPS, Direction des études médico-économiques et de l'information scientifique, 2001, 86 p.

11 Ventes de médicaments des pharmacies, IMS Health (Information médicale et statistique sur la santé)

IMS Health est une société privée qui vend des données à l'industrie pharmaceutique. Celles utilisées ici correspondent à l'enregistrement des ventes de 8 500 pharmacies en France (taux de couverture d'environ 40 %), informatisées (c'est-à-dire celles appliquant le tiers payant) et reliées à un système géré par IMS qui enregistre toutes les ventes réalisées dans ces officines. Ces données sont ensuite extrapolées au niveau de chaque département (les officines participant au recueil de données sont sélectionnées de façon à obtenir une représentativité départementale).

Les données de vente sont présentées par « unité de vente » (nombre de boîtes vendues). Le problème du conditionnement, variable suivant le type de produit, se pose également ici. En revanche, il semblerait que pour un même produit, le conditionnement évolue peu.

Les données sont codées suivant la classification du répertoire international ATC.

Les données utilisées dans ce rapport correspondent aux ventes (par unité de vente) par département des quatre grandes classes thérapeutiques correspondant aux médicaments psychotropes (voir lexique).

Pour en savoir plus : données non publiées, communiquées sur demande à l'OFDT.

1. Les médicaments y sont classés selon leurs lieux d'action (organe ou groupe d'organes), leurs indications thérapeutiques, leurs effets pharmacologiques et leurs caractéristiques chimiques.

12 Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution (SIAMOIS), Institut de veille sanitaire (InVS)

Le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution, initié par la Direction générale de la santé et développé par l'Institut de veille sanitaire, 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. Ces données sont transmises par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques pour l'industrie pharmaceutique. En rapportant ces données à la population des 20-39 ans, dans laquelle se retrouvent 80 % des usagers de drogues, on obtient des indicateurs permettant des comparaisons au niveau régional et départemental.

Par ailleurs, SIAMOIS permet de confronter sur une base annuelle ces données au nombre des nouveaux cas de Sida liés à l'injection de drogues (InVS), aux interpellations pour usage d'héroïne et de cocaïne (OCRTIS) et au nombre de décès par surdose (OCRTIS).

Pour en savoir plus : EMMANUELLI (J.), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*, (2 tomes), Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 + 93 p.

Registres

13 Registre national des causes de décès, Institut national de la santé et de la recherche médicale, service commun n° 8 (INSERM-SC8)

Le service SC8 de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la classification médi-

cale des maladies (CIM). La grève des médecins inspecteurs de santé publique de novembre 1998 à avril 2000 a entraîné la non-transmission des certificats médicaux de décès à l'INSERM ce qui explique que les dernières données disponibles remontent à 1998.

Trois codes de la CIM-9 permettent de repérer les décès directement liés à la toxicomanie : pharmacodépendance (code CIM-9 304), abus de drogues sans dépendance (305) et psychoses dues aux drogues (292).

Tous les décès liés à la toxicomanie en France ne sont pas compris dans ces trois catégories d'une part, parce qu'elle n'est pas forcément mentionnée sur le certificat de décès, d'autre part, (et surtout) parce que les cas d'overdoses sont considérés comme des décès suspects et que la détermination de leurs causes nécessiterait alors des examens complémentaires. Ainsi, si les résultats des examens effectués ne parviennent pas à l'INSERM ou dans un délai trop long, le décès est classé en cause inconnue (rubrique « symptômes, signes, états morbides mal définis » ; code 799.9 de la CIM-9). C'est probablement dans cette catégorie qu'est enregistrée une partie des décès par surdoses recensés par l'OCRTIS.

Les variables de cette base de données sont :

- la date et le lieu de naissance, le sexe, la nationalité, l'état matrimonial, la catégorie socioprofessionnelle de la personne décédée ;
- la cause principale ou initiale, immédiate et associées au décès² ; la première est la plus couramment utilisée ;
- les circonstances, les lieu et date du décès, la spécialité du médecin constatant le décès.

Pour en savoir plus :

<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080>

Lien valide le 19 octobre 2001

2. La cause initiale : maladie ou traumatisme étant à l'origine de l'enchaînement morbide qui a conduit au décès ; la cause immédiate : maladie terminale, traumatisme ou complication qui a entraîné directement la mort ; les éventuelles causes complémentaires correspondent aux états morbides notables ayant contribué au décès, mais ne faisant pas partie de l'enchaînement décrit comme cause immédiate ou initiale du décès.

14 Système de surveillance du Sida en France, Institut de veille sanitaire (InVS)

Le système de surveillance du Sida, mis en place en 1982, repose sur la déclaration obligatoire faite par les praticiens (décret du 10 juin 1986). On estime que 80 à 90 % des cas de Sida sont notifiés.

Les variables disponibles essentielles sont relatives à l'âge de la personne atteinte du Sida au moment du diagnostic, le mode de contamination (dont celui de l'usage de drogues injectables) et le département de domicile du patient.

Les décès par Sida sont également à déclaration obligatoire. L'Institut de veille sanitaire les comptabilise selon l'année de survenue et la cause de l'infection par le Sida. Il existe aussi un délai de déclaration de ces décès, les données sont pour cela progressivement redressées. Le taux de couverture est estimé entre 75 et 85 %.

En raison d'un mouvement social des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS, la transmission à l'InVS des relevés de déclarations obligatoires des maladies ne s'est pas faite de novembre 1998 à avril 2000. Ces fiches ont été enregistrées par la suite, mais il est possible que l'exhaustivité n'ait pas été assurée ou que ces perturbations aient découragé certains cliniciens à notifier les nouveaux cas de Sida.

Pour en savoir plus : La situation du Sida en France est publiée régulièrement chaque semestre dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (<http://www.invs.sante.fr/>).

CAZEIN (F.), PINGET (R.), LOT (F.), DAVID (D.), PILLONEL (J.), LAPORTE (A.), « Tendances récentes du Sida en France. Janvier 1998-Juin 2000 », *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, n° 52, 2000, 8 p.

Institut de veille sanitaire, « Surveillance du Sida en France. Situation après deux ans d'interruption », *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, n° 38, 2000, 8 p.

Statistiques et enquêtes sanitaires et sociales

15 Consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)

Étude épidémiologique réalisée chaque année dans les CCAA gérés par le réseau de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) en partenariat avec une équipe d'épidémiologie en santé mentale de l'INSERM.

Tout au long de l'année, chaque nouveau consultant buveur des structures mentionnées fait l'objet d'un recueil d'informations (données sociodémographiques, antécédents, bilan clinique, renseignements relatifs à l'alcoolisation, type de demande, etc.).

La plupart des centres participant à cette étude utilisent un logiciel commun de gestion des dossiers patients, ce qui permet d'extraire automatiquement les données épidémiologiques traitées par l'INSERM.

En 1999, le recueil d'information a été réalisé auprès de 17 500 nouveaux consultants.

Pour en savoir plus : ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), *Consultants des CCAA en 1999*, Paris, ANPA, 2000, 52 p.

16 Exploitation du rapport d'activité type des structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, Direction générale de la santé (DGS)

Depuis 1994, la DGS a établi un rapport d'activités type pour les structures spécialisées en alcoologie financées par l'État jusqu'en 1998, puis par la sécurité sociale depuis 1999. L'objectif de ce recueil d'information est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis.

Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure. Les questions en nombre réduit portent sur les aspects sociodémographiques, sur l'alcoolisation et sur l'orientation vers la structure.

En 1998, 178 entités juridiques sur les 210 recensées ont renvoyé un questionnaire. Ces structures ont déclaré avoir accueilli 90 000 consultants (buveurs ou proches des buveurs) dont un peu plus de 40 % de nouveaux consultants buveurs qui seuls sont décrits plus en détail.

Pour en savoir plus : *Les dispositifs spécialisés de lutte contre l'alcoolisme en 1998 : informations issues de l'exploitation du rapport-type*, Paris, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, Direction générale de la santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2000, 17 p.

17 Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)/Direction générale de la santé (DGS)

Cette enquête, créée à la fin des années 1980, a pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues pris en charge dans les structures de soins spécialisées en toxicomanie (essentiellement les centres spécialisés de soins pour toxicomanes), les établissements sanitaires (centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers et hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et autres établissements assimilés) et un certain nombre de structures intervenant dans le domaine social (CHRS, Clubs et équipes de prévention).

Cette enquête a été menée au mois de novembre chaque année jusqu'en 1997, puis en 1999, l'enquête n'ayant pas été réalisée en 1998. Elle a été développée au sein du ministère de l'Emploi et de la Solidarité par le SESI, devenu DREES en 1999, en liaison avec la DGS.

Dans les structures spécialisées en toxicomanie, tous les usagers de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage pris en charge au cours du mois de novembre doivent être intégrés à l'enquête, que cette prise en charge ait débuté au mois de novembre ou avant. Dans les structures non spécialisées (établissements sanitaires et sociaux) doivent être incluses les personnes prises en charge au titre de

la toxicomanie ou ayant eu une consommation de produits illicites détournés de leur usage normal au cours des derniers mois. Dans les établissements sanitaires, l'enquête ne concerne que les personnes en hospitalisation totale ou partielle. Celles souffrant exclusivement de dépendance alcoolique ne doivent pas être prises en compte.

Les informations recueillies portent sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes prises en charge, sur le parcours de l'usager (premiers recours, origine de la prise en charge), sur les sérologies VIH et VHC et sur les produits. Le questionnaire distingue les produits à l'origine de la prise en charge (deux produits au maximum) – cette question n'étant pas posée dans les établissements sociaux –, et les produits consommés au cours des trente derniers jours (trois produits au maximum).

Dans le cadre de ce rapport, le produit à l'origine de la prise en charge cité en premier a été nommé produit primaire et celui cité en second, produit secondaire. L'utilisation de ces concepts correspond à un souci de commodité, les termes de produits à l'origine de la prise en charge n° 1 ou n° 2 étant trop longs. Ce choix résulte également de l'observation des données. En effet, l'interrogation portait jusqu'en 1996 sur le produit principal et sur des produits associés et l'observation des chiffres montre une forte continuité dans les résultats pour le produit principal (jusqu'en 1996) et pour le produit à l'origine de la prise en charge cité en premier (à partir de 1997). De plus, le produit à l'origine de la prise en charge n° 1 (primaire) permet de distinguer des profils différents, alors que les produits n° 2 (secondaires) toujours très majoritairement associés aux opiacés en raison du poids de ces substances dans les prises en charge, renvoient, quel que soit le produit, le profil de l'usager moyen d'opiacés. C'est donc une analyse à partir du produit à l'origine de la prise en charge cité en premier qui a été choisie dans ce rapport.

Les établissements sanitaires relevant de l'Assistance publique (Hôpitaux de Paris), n'ont été enquêtés que sur une semaine, ce qui a conduit à estimer les prises en charge durant le mois, à l'aide d'un coefficient de redressement.

Une question sur les prises en charge simultanées dans les établissements sanitaires non spécialisés et les établissements spécialisés en toxicomanie permet d'éliminer une partie des doubles comptes. Une personne fréquentant plusieurs CSST ou plusieurs établissements sanitaires au cours du mois peut en revanche être comptée plusieurs fois.

L'enquête toxicomanie de novembre 1999 a permis de recenser près de 27 000 prises en charge (hors double compte) dans l'ensemble des établissements enquêtés, dont un peu plus de 22 000 (hors double compte) dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires au titre de demandes de traitement par produit présentées dans ce rapport portent sur environ 19 500 recours avec mention d'au moins un produit à l'origine de la prise en charge. Les 2 500 recours non renseignés sur les produits correspondent à des non-réponses ou à des usagers de drogues qui ne sont pas pris en charge dans les établissements sanitaires au titre de la toxicomanie mais pour un autre motif (maladies infectieuses par exemple).

Pour en savoir plus : TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p. (Document de travail n° 19).

18 Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM), Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Le programme OPPIDUM est un système de surveillance épidémiologique de l'évolution de la consommation des stupéfiants et des psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage) organisé sous la forme d'une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux toxicomanes. Ce programme a été développé au début des années 1990 par le réseau des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP).

Le protocole de cette enquête prévoit l'inclusion de tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de sub-

stitution, se présentant dans les structures d'accueil et de soins au cours du mois d'octobre. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques du sujet inclus (données socio-démographiques, conduites addictives associées, participation à un traitement de substitution) et sur chacun des produits consommés au cours des sept derniers jours (description du produit, mode d'obtention et de consommation, effet recherché et signes de dépendance).

En 1999, soixante-sept structures d'accueil et de soins ont participé à l'enquête, dont une quarantaine de CSST, sept équipes hospitalières de liaison, quatre médecins généralistes et les centres de soins d'autres structures. Un peu plus de 2 000 patients ont été inclus dans l'enquête, avec environ 4 000 substances psychoactives consommées.

Pour en savoir plus : THIRION (X.), BARRAU (K.), MICALLEF (J.), HARAMBURU (F.), LOWENSTEIN (W.), SANMARCO (J.-L.), « Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins : le programme OPPIDUM des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance », *Annales de médecine interne*, vol. 151, Supp. A, 2000, p. A10-A17.

19 Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES), Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Organisme responsable et financeur : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

La banque de données DRAMES, en cours de réalisation, est un système de recueil national de décès liés à l'abus de substances ou de médicaments psychotropes.

Elle recense les décès dus à l'abus de médicaments et de substances signalés aux CEIP par les services partenaires de ces structures (centres antipoison, services d'urgences, services médico-psychologiques, centres de soins, instituts médico-légaux, laboratoires de police scientifique). Les décès enregistrés concernent ceux causés par l'usager à lui-même ou à un tiers.

Une étude de faisabilité d'un recueil systématique de ces décès par le réseau des CEIP a été

lancée par l'AFSSAPS, en partenariat avec l'OCRTIS et des experts judiciaires en pharmacotoxicologie. Elle porte sur les années 1998 et 2000.

Les informations recueillies sur une fiche standardisée renseignent sur : les caractéristiques des sujets concernés (antécédents, pathologie, âge, sexe, stade d'évolution de l'abus), les circonstances de la prise mortelle (volontaire ou accidentelle, collective ou solitaire) et les résultats de l'autopsie et des analyses pratiquées.

Le registre DRAMES devrait être opérationnel au 1^{er} janvier 2002.

Pour en savoir plus : *Actes des premiers ateliers de pharmacodépendance*, Biarritz, 1999 (en cours de publication).

20 Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes, Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique (EVAL)

Cette enquête, réalisée à quatre reprises (en 1992, 1995, 1998 et 2001) par la société EVAL porte sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes.

En 1992, 121 médecins généralistes exerçant dans quatre régions à forte densité de toxicomanes (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes) ont été interrogés.

En 1995, 1997 et 2001, l'échantillon était composé d'environ 300 médecins généralistes sur toute la France, dont une trentaine exerçant dans un centre médico-social.

Les échantillons ont été constitués par tirage au sort à partir de listes France Télécom avec une procédure de remplacement préétablie en cas de refus.

Les quatre enquêtes ont été réalisées par entretien téléphonique et les quatre questionnaires ont repris en grande partie les mêmes questions. Les médecins étaient interrogés sur leur activité de l'année précédant l'enquête. Les comparaisons 1995-1997-2001 portent sur l'échantillon global.

Les taux de refus étaient respectivement pour les quatre enquêtes de 25 %, 29 %, 25 % et 37 %. Chaque fois, les médecins ayant refusé de participer à l'enquête ont répondu à un bref question-

naire permettant de les situer par rapport à ceux ayant accepté de participer. Dans toutes les enquêtes les non-participants prennent moins en charge les toxicomanes que les participants. Une proportion plus élevée de non-réponses en 2001 a conduit à opérer certains redressements pour tenir compte d'une prise en charge moindre chez les non-répondants.

Pour en savoir plus : COULOMB (S.), DUBURCQ (A.), MARCHAND (C.), PÉCHEVIS (M.), *Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001*, Paris, OFDT, 2001, 56 p. (rapport interne).

21 Baromètre Santé médecins généralistes, Comité français d'éducation à la santé (CFES)

Renouvelée à quatre reprises depuis 1992, cette enquête est réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif des médecins généralistes exerçant en libéral.

En 1998, 2 073 médecins ont été interrogés, soit environ 1 médecin sur 30. Le taux de refus est de 23,4 %. En 1994, la taille de l'échantillon était de 1 013 pour un taux de refus de 29,2 %.

L'ensemble des données est redressé en tenant compte de la structure de la population des généralistes en France.

Le questionnaire porte sur les comportements personnels des médecins, leurs opinions et leurs attitudes vis-à-vis de la prévention et l'éducation du patient, la vaccination, le VIH et l'hépatite C, les patients de plus de 65 ans, le cancer, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction.

En ce qui concerne ce dernier thème, les questions ont trait :

- au nombre d'héroïnomanes suivis par mois, au type de traitement de substitution proposé et aux opinions du médecin à propos de la drogue,
- au nombre de patients pris en charge pour un traitement du tabagisme ou de l'alcoolisme, aux méthodes de sevrage tabagique préconisées.

Pour en savoir plus : ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) (dir.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.

22 Enquête auprès des consultations de tabacologie hospitalières, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – Ministère de la Santé

Cette enquête a été réalisée à deux reprises, une semaine donnée en janvier 2000 et 2001, dans les consultations de tabacologie des établissements de santé publics et privés recensés par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). La liste a été actualisée et complétée par les médecins inspecteurs de santé publique de chaque département.

En 2000, 150 consultations hospitalières ont répondu sur les 214 identifiées (70 %). Parmi les répondants, 94 % sont des structures publiques (contre 63 % pour les non-répondants ; l'échantillon n'est pas représentatif pour ce critère). En 2001, 206 centres de consultations ont répondu à l'enquête sur un total de 261 recensés.

Le questionnaire, adressé par courrier, porte sur le nombre de patients venus pendant la semaine donnée en consultation de tabacologie en distinguant les premières consultations, le suivi de sevrage, les femmes enceintes et les patients hospitalisés ; les délais d'attente ; les outils de diagnostic utilisés ; les informations relatives à la structure (moyens en personnel notamment).

Pour en savoir plus : JEANFRANÇOIS (M.), FERNANDEZ (E.), DAUTZENBERG (B.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n°22-23, 2001, p. 101-103.

23 Enquête auprès des consultations de tabacologie non-hospitalières, Office français de prévention du tabagisme (OFT)

Parallèlement à l'enquête réalisée en milieu hospitalier, l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) recense les lieux de consultations de tabacologie non-hospitalières et y réalise une enquête, également une semaine donnée (janvier 2000 et janvier 2001). Le même questionnaire que celui prévu pour l'enquête de la direction des hôpitaux leur a été adressé par courrier.

En 2000, sur les 153 lieux sélectionnés par l'OFT, seuls 58 ont répondu. Le faible taux de participation (38 % malgré les relances par courrier) conduit à analyser les résultats avec prudence. Les non-réponses proviennent essentiellement de cabinets privés pour lesquels le sevrage tabagique ne représente qu'une activité annexe.

En 2001, 148 lieux sont identifiés et le taux de réponse est de 57 %, supérieur donc à celui de 2000.

Pour en savoir plus : DAUTZENBERG (B.), BRÜCKER (G.), BORGNE (A.), JOSSEAN (L.), DRAGOS (S.), FERNANDEZ (C.), JEAN-FRANÇOIS (M.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie non-hospitalières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 103-104.

24 Enquête auprès des consultations d'aide à l'arrêt du tabac en 1999, Office français de prévention du tabagisme (OFT)

Les consultations de sevrages tabagiques ont été identifiées par différents organismes en juin 1998 dans le but d'établir un annuaire spécialisé. Seules celles ayant une fréquence régulière ont été conservées.

En juillet 1999, 321 lieux de consultation d'aide à l'arrêt du tabac, parmi lesquels figurent 207 consultations de tabacologie, ont été enquêtés. Ils sont implantés principalement en hôpital (CHU ou hôpitaux généraux), mais aussi dans des structures publiques de prévention ou encore dans des structures privées (cabinets privés notamment). De ce fait, une part importante des consultations a lieu dans des services de pneumologie ou en médecine générale.

Le questionnaire, passé de décembre 1998 à mai 1999, porte sur l'identification de la structure et sur une série de 23 questions relatives à son fonctionnement. Au 1^{er} juillet 1999, 321 questionnaires ont été recueillis.

Pour en savoir plus : DAUTZENBERG (B.), YOUSSE (D.), MÉLIHAN CHEININ (P.), COMBRET (P.), « Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 51, 1999, p. 213-215.

25 État des lieux du sevrage tabagique 98, Comité français d'éducation à la santé (CFES) et Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Cette enquête téléphonique menée en août 1998 repose sur un échantillon de 2 006 individus de 18 ans et plus, dont la représentativité a été assurée par quotas (âge, sexe, profession du chef de famille) après stratification par région de résidence et catégorie d'agglomération.

Pour en savoir plus : IFOP (Institut français d'opinion publique), *État des lieux du sevrage tabagique. Résultats détaillés*, Vanves, CFES/CNAMTS, 1998, 56 p.

26 Enquête CANAM sur la consommation de psychotropes en ambulatoire, Régime d'assurance maladie des professions indépendantes

Cette enquête s'appuie sur le recueil de toutes les ordonnances contenant au moins un médicament psychotrope, dans six régions (Centre, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pas-de-Calais, Poitou-Charentes) et au cours d'une journée donnée en février 1996. Le produit recherché est un psychotrope quel qu'il soit.

Sur 25 378 prescriptions examinées, 2 952 ordonnances avec au moins un psychotrope ont été analysées.

Pour en savoir plus : CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes), *La prescription de psychotropes en ambulatoire*, Saint-Denis, CANAM, 1997, 7 p.

27 Actions et programmes de prévention – recensement (APPRE), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Expérimenté en 2000, APPRE est un programme lancé par la MILDT qui recense les actions de prévention contre l'usage, l'abus ou la dépendance liés aux substances psychoactives, réalisées sur les crédits 1999. Grâce aux questionnaires diffusés auprès des chefs de projet « drogues et dépendances », ce système a permis à l'OFDT (maître d'œuvre) de recueillir des informations sur 539 ac-

tions. Les trente départements français participants étant assez bien répartis sur le territoire français (en zone rurale ou urbaine), les prévalences rapportées sont considérées comme représentatives de la situation générale.

Pour en savoir plus : données recueillies par l'OFDT et n'ayant pas encore fait l'objet d'une publication.

Statistiques pénales

28 Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants (FNAIS), Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCTRIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAIS. En ce qui concerne l'activité de la douane, le FNAIS ne prend généralement pas en compte les infractions douanières n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal.

Parallèlement, l'OCTRIS est destinataire de la plupart des procédures correspondantes (hors gendarmerie et Ile-de-France). Elles sont utilisées pour requalifier certaines données fournies par les services de police (ce qui explique un certain décalage entre cette statistique et celle des crimes et délits constatés par les services de police³).

Le FNAIS contient des informations relatives :

- Aux interpellations, détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international ;
- Aux saisies ;
- Aux décès par surdoses.

Dans tous les cas, le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'utilisateur ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, la substance la plus

3. Ministère de l'Intérieur, Direction centrale de la police judiciaire, *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2000 par les services de police et les unités de gendarmerie*, Paris, Documentation française, 2001, 200 p.

« dure » est retenue : l'héroïne prime sur la cocaïne, qui prime sur le cannabis, etc.

Les variables disponibles pour décrire les interpellations sont : la nature de l'infraction, le produit principal en cause, les caractéristiques des personnes impliquées (sexe, âge, catégorie professionnelle, nationalité).

Les variables relatives aux saisies sont : la quantité saisie, le nombre d'opérations effectuées, le produit en cause, le pays de provenance et celui de destination lorsqu'ils peuvent être identifiés.

Pour en savoir plus : OCRTIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.

28 Décès par surdoses constatés par les services de police, Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

L'OCRTIS recense l'ensemble des décès par surdoses portés à la connaissance des services de police. Il s'agit de cas de surdosage *stricto sensu* ainsi que les accidents mortels divers directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la substance.

En cas de mort suspecte (crime, accident, suicide, mort subite, surdose) le médecin constatant le décès fait obstacle à l'inhumation afin qu'une procédure judiciaire soit lancée. Dès l'ouverture de cette procédure, lorsque la cause suspectée est une mort par surdose, l'OCRTIS reçoit un télex et les cas sont entrés dans la base de données nominative. Le procès-verbal sera reçu plus tard par l'OCRTIS. Par ailleurs, lorsque le produit à l'origine de la surdose n'est pas indiqué, l'OCRTIS contacte le service à l'origine de l'information afin de connaître le résultat des analyses toxicologiques. Dans de rares cas, la cause du décès enregistré se révèle ne pas être la surdose.

Les variables renseignées ont trait aux caractéristiques sociodémographiques de la personne décédée, au lieu du décès (voie publique, domicile, hôpital, autres) et aux produits en cause.

Pour en savoir plus : OCRTIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.

29 Casier judiciaire national (CJN), Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) – Ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire les concepts d'infractions principales et d'infractions associées.

L'infraction principale est en principe la plus grave, bien qu'il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fournis dans le procès-verbal. Dans la statistique en infraction principale, de nombreuses infractions d'usage restent donc cachées dès lors qu'elles ne sont pas inscrites en premier sur la liste des infractions. L'analyse des infractions associées permet de recenser l'ensemble des condamnations comportant au moins une infraction d'usage, quel que soit son rang d'apparition sur la liste des infractions. Elle permet également de mettre en évidence les associations d'infractions les plus fréquentes et les peines prononcées pour chaque cas d'association.

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.

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, Direction de l'administration générale et de l'équipement, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2001*, Paris, Documentation française, 2001, 339 p.

Ministère de la Justice, Direction de l'administration générale et de l'équipement, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, *Les condamnations en 1999*, Paris, ministère de la Justice, 2001, (Coll. Études & statistiques justice), (à paraître).

31 Fichier national des détenus (FND) et Statistique trimestrielle de la population incarcérée, Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

Depuis 1993, la statistique de l'exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l'année, c'est-à-dire le nombre de personnes entrées ou sorties dans les établissements pénitentiaires entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année. Seule l'infraction placée en premier sur le mandat de dépôt est prise en compte. Comme pour les condamnations, cette infraction est en principe la plus grave, mais elle peut également être celle qui a été constatée en premier lieu.

Le fichier national des détenus permet aussi de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée. Ce nombre résulte des flux d'entrées et de sorties des personnes dans les établissements pénitentiaires au cours de l'année et au cours des années précédentes. La population carcérale ainsi décrite comprend l'ensemble des individus (prévenus et condamnés) détenus à une date donnée dans les établissements pénitentiaires de France (DOM et métropole).

La statistique trimestrielle, résultant d'un recueil manuel, fournit également une description et un dénombrement de la population carcérale, au 1^{er} de chaque trimestre. Le niveau de détail est plus réduit, mais l'enregistrement est jugé plus sûr, notamment en ce qui concerne la structure de la population suivant le titre de détention (le passage du statut de prévenu à celui de condamné n'est pas forcément enregistré dans le FND).

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, Direction de l'administration générale et de l'équipement, Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2001*, Paris, Documentation française, 2001, 339 p.

Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé. Situation au 1^{er} janvier 2001, Paris, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des études, de la prospective et du budget, 2001, 55 p. (n° 86).

Dispositifs spécifiques d'observation

32 Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Ce système est le produit du regroupement de quatre bases de données. Il contient la description physique et chimique des échantillons de substances synthétiques saisis par les services répressifs et analysés par les laboratoires de police scientifique, les laboratoires des douanes et le laboratoire de l'IRCGN (gendarmerie nationale) ou collectés dans divers milieux (milieux festifs, soirées privées, établissements de nuit), par des acteurs de prévention, de soins ou des chercheurs et analysés par deux laboratoires de toxicologie hospitaliers (Hôpital Fernand-Widal à Paris et Salvator à Marseille). Les partenaires engagés dans une démarche de soins ou de prévention recueillent également des données épidémiologiques relatives aux contextes de consommation et au profil des consommateurs des échantillons collectés.

L'ensemble de ces données ne reflète sans doute que partiellement la réalité de la consommation en France des substances de synthèse. La représentativité de l'ensemble des substances analysées est en effet difficile à appréhender étant donné le caractère illicite de ces consommations. Cette base a cependant l'avantage de regrouper une grande partie des données recueillies de manière systématique et nationale par les structures proches du terrain, qu'elles appartiennent au système répressif ou au système sociosanitaire.

Pour en savoir plus : BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.

33 Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Trend a été mis en place en 1999 dans une perspective de complémentarité avec les sources existantes. Ce dispositif s'efforce de détecter les phé-

nomènes émergents, de comprendre les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances, et de suivre leur évolution. L'observation est menée sur deux espaces de consommation :

- l'espace urbain, à partir de 13 sites (Paris, Lille, Toulouse, Bordeaux, Marseille, Dijon, Metz, Rennes, Lyon et les départements de la Seine-Saint-Denis, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane), recouvre les populations consommatrices de produits psychoactifs, plutôt caractérisées par des modes de consommation « à problèmes », en contact avec les structures de soins et d'accueil, notamment celles dites « à bas seuil »,
- l'espace festif, pour sa part, désigne la consommation principalement festive des populations fréquentant les lieux où est diffusé un certain style de musique, dite techno, ainsi que les établissements de nuit.

Pour en savoir plus : BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.

Table des illustrations

Approche transversale

Approche transversale toutes drogues

Pourcentage d'individus qui auraient peur de prendre différents produits ne serait-ce qu'une fois, en 1999	25
Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999	26
Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge	28
Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge	29
Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge	30
Fréquence de l'expérimentation de l'alcool, du tabac et du cannabis à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe	30
Fréquence de l'usage répété de tabac et de cannabis et de l'ivresse répétée à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe	31
Nombre annuel de nouveaux consultants dans les structures spécialisées en alcoologie, toxicomanie et tabacologie, à la fin des années 1990	32
Coût de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites au cours de la deuxième moitié des années 1990	34

Approche transversale drogues illicites

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France, en 1999	38
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne dans cinq villes de France, en 1999	38
Âge moyen des personnes prises en charge pour usage de drogues dans le système sanitaire et social, de 1987 à 1999	39
Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon les produits à l'origine de la prise en charge, en 1999	40
Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon le produit primaire à l'origine de la prise en charge, de 1989 à 1999	41

Fréquence de la consommation de drogues au cours de la semaine passée parmi les usagers de drogues ayant recours aux soins, par produit en 1999	42	Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois en 2000, par fréquence de consommation et sexe	77
Fréquence des pratiques d'injection suivant les produits primaires à l'origine de la prise en charge, en 1999	43	Proportion de personnes présentant des signes de dépendance potentielle à l'alcool au cours de la vie en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	78
Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999	45	Fréquence des consommations d'alcool au cours des trente derniers jours chez les jeunes la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	78
Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs vus dans les centres spécialisés par tranche d'âge, en 1999	45	Ventes de boissons alcoolisées aux consommateurs résidant sur le territoire français de 1970 à 1998	80
Nouveaux cas de Sida déclarés chez les usagers de drogues, de 1987 à 2000	46	Consultants consommateurs d'alcool dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie, de 1994 à 1998	81
Prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999	46	Nouveaux consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1999, par catégorie socioprofessionnelle	82
Décès par surdose constatés par la police, de 1990 à 2000	48	Décès liés à l'imprégnation éthylique chronique en 1998, par cause et sexe	85
Décès par pharmacodépendance inscrits dans les certificats de décès, de 1990 à 1997	49	Nombre de décès et fraction attribuable à l'alcool en 1995, par cause et sexe	86
Décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, de 1990 à 2000	49	Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique chez des sujets âgés de 15 ans et plus, de 1980 à 1998	87
Interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants, en 2000, par produit, sexe, nationalité et âge	50	Contrôles d'alcoolémie et condamnations liées à la conduite en état alcoolique, de 1990 à 1999	88
Interpellations pour usage de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit	51	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000, par région	89
Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies, de 1993 à 1999	53	Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois parmi les buveurs de 12 à 75 ans en 2000, par région	90
Condamnations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999	54	Prévalence de l'usage répété d'alcool à 17 ans en 2000, par région	90
Condamnations pour infraction d'usage et infractions associées, de 1991 à 1999	55	Recours dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1998, par région	91
Condamnations pour usage de stupéfiants et nature des peines prononcées, en 1999	56	Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique de 1992 à 1996, par sexe et région	91
Incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000	56		
Détenus incarcérés pour usage de stupéfiants un jour donné, en 1994 et 2000	57	Cannabis	
Quantités saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000	58	Fréquence de l'expérimentation du cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	98
Quantité de drogues saisies en 1998, 1999 et 2000, par produit	58	Fréquence de la consommation répétée de cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	98
Interpellations pour trafic de stupéfiants, en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge	59	Fréquence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les 18-44 ans, de 1992 à 2000	99
Interpellations pour trafic de stupéfiants, de 1990 à 2000, par produit	60	Fréquence de l'expérimentation et de l'usage répété de cannabis chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge	99
Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) et nature de la peine en 1999, par type d'infraction	60	Fréquence de la consommation de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe, âge et type de consommation	100
Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999	61	Fréquence de l'usage de cannabis le matin ou en solitaire chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par type de consommation	101
Incarcérations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000, par type d'infraction	62	Part du cannabis dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999	102
Prévalences du VIH parmi les usagers injecteurs en 1999, par région	63	Profil des prises en charge liées au cannabis et aux opiacés (en produit primaire), en 1999	103
Prévalences du VHC parmi les usagers injecteurs en 1999, par région	64	Interpellations pour usage et usage-revente de cannabis, en 2000	105
Interpellations pour usage simple et usage-revente en 1999 par région	64	Interpellations pour usage ou usage-revente de cannabis, de 1990 à 2000	105
Condamnations pour usage seul et usage/détention seuls en 1999, par région	65	Quantités de cannabis saisies au niveau mondial, de 1993 à 1999	107
		Quantités de cannabis saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999	107
		Quantités de cannabis saisies en France, de 1990 à 2000	107
		Interpellations pour trafic de cannabis, de 1990 à 2000	108
		Taux de concentration en THC des échantillons de cannabis saisis par la police nationale et la douane, en 1999	109
		Prévalence de l'expérimentation du cannabis chez les 15-44 ans en 2000, par région	110
		Prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les 15-44 ans en 2000, par région	110
		Prévalence de l'usage répété de cannabis à 17 ans en 2000, par région	110
		Recours liés au cannabis en 1999, par région	111
		Interpellations d'usagers de cannabis en 2000, par région	111

Approche par produits

Alcool

Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000, par âge et type d'usages	74
Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	75
Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et type de boissons	75
Fréquence de la consommation hebdomadaire d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et type de boissons	76
Nombre moyen d'ivresses par personne ayant eu au moins une ivresse dans l'année en 2000, par sexe et âge	77

Cocaïne et crack

Fréquence de l'expérimentation de la cocaïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	118
Fréquence de l'expérimentation de la cocaïne chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	119
Part de la cocaïne et du crack dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999	120
Profil des prises en charge liées à la cocaïne, au crack et aux opiacés (en produit primaire), 1999	122
Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les personnes prises en charge en 1997 et 1999 pour usage de cocaïne en produit primaire dans les établissements spécialisés	123
Interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne et de crack, en 2000	124
Interpellations pour usage ou usage-revente de cocaïne ou de crack de 1990 à 2000	124
Quantités de cocaïne saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999	125
Quantités de cocaïne et de crack saisies en France, de 1990 à 2000	126
Interpellations pour trafic de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000	127
Taux de pureté des échantillons de cocaïne et de crack saisis par la police nationale et la douane, de 1998 à 2000	128
Interpellations d'usagers de cocaïne en 2000, par région	129

Ecstasy et autres amphétamines

Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamines en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	138
Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamines chez les 14-18 ans scolarisés en 1993 et 1999, par sexe	139
Fréquence de la consommation d'ecstasy chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	139
Fréquence de l'expérimentation d'amphétamines chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	139
Part de l'ecstasy dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999	141
Profil des prises en charge liées à l'ecstasy, aux amphétamines et aux opiacés (en produit primaire), en 1999	142
Interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy et d'amphétamines, en 2000	144
Nombre de soirées rave portées à la connaissance des unités de la gendarmerie, de 1997 à 2000	144
Interpellations pour usage ou usage-revente d'ecstasy et d'amphétamines, de 1990 à 2000	145
Quantités d'ecstasy et d'autres amphétamines saisies au niveau mondial et en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999	146
Quantités d'ecstasy et d'amphétamines saisies en France, de 1990 à 2000	147
Interpellations pour trafic d'ecstasy et d'amphétamines, de 1990 à 2000	148
Prévalence de l'expérimentation d'amphétamines ou d'ecstasy à 17 ans en 2000, par région	149
Interpellations d'usagers d'ecstasy en 2000, par région	150

Héroïne et autres opiacés

Fréquence de l'expérimentation d'héroïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	158
Part des opiacés dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999	160
Pourcentage de consommateurs d'héroïne de drogues parmi les usagers pris en charge dans les structures sanitaires, de 1995 à 1999	161
Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution, de 1996 à 2001	163
Profil des prises en charge liées aux opiacés (en produit primaire), en 1999	165
Modes de consommation des usagers d'héroïne pris en charge dans les structures de soins, de 1995 à 1999	166

Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les personnes prises en charge pour usage d'opiacés en produit primaire, en 1997 et 1999	167
Décès par surdoses liées à l'héroïne constatés par les services de police, de 1990 à 2000	168
Interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne, en 2000	169
Interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne, de 1990 à 2000	170
Quantités d'héroïne saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999	171
Quantités d'héroïne saisies en France, de 1990 à 2000	171
Interpellations pour trafic d'héroïne, de 1990 à 2000	172
Taux de pureté des échantillons d'héroïne saisis par la police nationale et la douane, de 1998 à 2000	173
Prises en charge pour usage d'opiacés en 1999, par région	174
Ventes de Subutex® en 2000, par région	174
Interpellations d'usagers d'héroïne en 2000, par région	175

LSD, champignons et autres hallucinogènes

Fréquence de l'expérimentation du LSD en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	182
Fréquence de l'expérimentation de LSD ou de champignons hallucinogènes chez les 14-18 ans scolarisés en 1993 et 1999, par sexe	183
Fréquence de l'expérimentation de LSD, de champignons hallucinogènes ou de poppers chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	183
Profil des prises en charge liées aux hallucinogènes et aux opiacés (en produit primaire), en 1999	185
Interpellations pour usage et usage-revente d'hallucinogènes, en 2000	187
Interpellations pour usage ou usage-revente d'hallucinogènes, de 1990 à 2000	187
Quantités de LSD saisies en Europe de l'Ouest, de 1993 à 1999	188
Quantités de LSD et de champignons hallucinogènes saisies en France, de 1990 à 2000	189
Interpellations pour trafic de LSD, de 1990 à 2000	189
Prévalence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes ou de LSD à 17 ans en 2000, par région	191

Médicaments psychotropes

Fréquence de l'usage récent de médicaments psychotropes en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	198
Fréquence de la consommation régulière d'hypnotiques ou d'anxiolytiques en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	199
Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de médicaments psychotropes chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	201
Fréquence de l'expérimentation de médicaments psychotropes chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe	202
Ventes de médicaments psychotropes, en 1999	203
Ventes de médicaments psychotropes en officines de ville de 1990 à 1999, par classe de produit	204
Part des médicaments psychotropes dans l'ensemble des prises en charge d'usagers de drogues, en 1997 et 1999	205
Profil des prises en charge liées aux médicaments psychotropes et aux opiacés (en produit primaire), en 1999	206
Ventes d'anxiolytiques en 2000, par région	208
Ventes d'hypnotiques en 2000, par région	208
Ventes d'antidépresseurs en 2000, par région	209

Produits dopants

Fréquence de l'usage au cours des douze derniers mois de produits consommés pour améliorer les performances en population générale adulte, en 2000	216
Fréquence de l'usage au cours des douze derniers mois de produits pour améliorer les performances en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	216
Fréquence de l'expérimentation d'un produit pour améliorer les performances physiques ou sportives à la fin de l'adolescence, en 2000	217
Fréquence de l'expérimentation d'un produit pour améliorer les performances physiques, sportives ou intellectuelles chez les jeunes scolarisés, en 1999	218
Fréquence de l'expérimentation des produits de prescription courante et des produits « dopants » selon le profil des jeunes scolarisés, en 1999	219
Fréquence de l'expérimentation de produits pour améliorer les performances selon le profil des jeunes sportifs scolarisés, en 1999	219
Fréquence des produits évoqués lors des appels « Écoute Dopage », en 1999	219
Fréquence des disciplines citées sur la ligne « Écoute Dopage » selon l'usage de produits de prescription courante et de produits « dopants », en 1999	220
Proportion d'avis favorable à quelques propositions sur le dopage	220
Fréquence des réponses à la question : Si tu entendais parler autour de toi d'un produit qui te permettrait de t'améliorer dans ton sport, quelle serait ton attitude ?	221
Fréquence des réponses à la question : S'il était prouvé qu'un de tes sportifs préférés prenait des produits dopants, quelle serait ta réaction ?	221
Fréquence des réponses à la question : Pour toi, un sportif qui se dope, c'est :	221
Fréquence des réponses à la question : Quelle devrait être selon toi la bonne réglementation à propos du dopage ?	221
Fréquence des substances détectées lors des contrôles antidopage, en 2000	223
Nombre et résultats des contrôles antidopage réalisés en France, de 1996 à 2000	224

Tabac

Fréquence de l'expérimentation de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	230
Fréquence de la consommation actuelle de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge	230
Proportion de fumeurs chez les plus de 18 ans dans différentes enquêtes de 1975 à 2000, par sexe	232
Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe, âge et nombre de cigarettes fumées par jour au cours des trente derniers jours	233
Fréquence de l'expérimentation de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge	233
Fréquence de l'usage quotidien de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge	233
Ventes de tabac en France en 2000, par type de produits	234
Ventes de tabac et prix relatif du paquet en France, de 1990 à 2000	235
Décomposition du prix de vente d'un paquet de cigarettes (classe de prix la plus demandée) au 8 janvier 2001	236
Saisies de tabac en France, de 1992 à 2000	237
Médecins généralistes selon le nombre de patients reçus au cours des sept derniers jours dans le cadre d'un sevrage tabagique, en 1993 et 1998	238
Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution nicotinique, en 1999 et 2000	240
Risque de survenue de certaines pathologies chez un fumeur par rapport à un non-fumeur	241
Nombre total de décès et fraction des décès attribuable au tabac en 1995, par cause et sexe	242
Prévalence de l'usage quotidien de tabac (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) à 17 ans en 2000, par région	244
Ventes de cigarettes en 1999, par région	244
Ventes de substituts nicotiniques en 2000, par région	245

Polyconsommation

Structure de la polyexpérimentation de substances illicites en population générale adulte de 18 à 44 ans en 2000, par produit	255
Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans, en 2000	255
Polyconsommation répétée de tabac, d'alcool et de cannabis en population générale adulte de 18 à 44 ans, en 2000	256
Structure de la polyexpérimentation de substances illicites à 17 ans en 2000, par produit	257
Fréquence de la polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	257
Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes scolarisés en 1999, par sexe et âge	258
Fréquence de la polyconsommation répétée chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge	259
Mélanges les plus fréquemment cités par les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000	259
Répartition des échantillons vendus comme ecstasy en fonction de leur composition, en 2000	260
Fonctions et finalités de l'usage concomitant ou différé des substances psychoactives	261
Fréquence de la polydépendance chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge	263
Associations de substances psychoactives dans les polydépendances chez les usagers de drogues en 1999, selon le produit à l'origine de la prise en charge	263
Association de deux substances psychoactives dans les consommations au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999	264
Associations de substances psychoactives consommées au cours des trente derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999	264
Associations de substances psychoactives consommées au cours des sept derniers jours chez les usagers de drogues pris en charge, en 1999	265

Cadre légal et dispositifs

Classement international des substances psychotropes défini par la Convention de Vienne de 1971	277
Intégration de la question « drogues et dépendances » dans les contrats de la politique de la Ville, en 2000	283
Cadre réglementaire des traitements de substitution en France, en 2000	286
Crédits consacrés aux conventions départementales d'objectifs, de 1998 à 2001	289
Répartition des structures à l'initiative d'actions de prévention, en 1999	299
Répartition des actions de prévention spécifiques à un produit en fonction des substances visées, en 1999	299
Répartition des ressources financières destinées aux actions de prévention, en 1999	300
Répartition des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), en 1999/2000	302
Nombre de Points écoute (jeunes, jeunes et parents, parents) en 2000, par département	304
Nombre et type de structures spécialisées en toxicomanie, en 2001	309
Nombre d'automates en juin 2001, par département	312
Nombre et type de dispositifs de réduction des risques, en 2001	312
Nombre et type d'entités juridiques spécialisées en alcoologie, par domaine d'activité	314
Crédits spécifiques liés à la politique de lutte contre la drogue, votés en loi de finance initiale, de 1990 à 2000	321
Utilisation des crédits « santé » consacrés à la lutte contre les pratiques addictives, de 1998 à 2000	322
Crédits interministériels transférés, de 1992 à 2000	322
Crédits interministériels déconcentrés de la MILDT, de 1998 à 2000	323

Lexique

2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine) : substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du LSD, procurant à la fois énergie physique et hallucinations.

4-MTA (4-méthylthioamphétamine) : substance – encore peu connue – qui aurait un effet stimulant relativement léger sans engendrer ni hallucinations ni distorsions visuelles. Le 4-MTA procurerait un sentiment de calme sans euphorie. Ses effets sont assez longs et durent environ 12 heures. Le 4-MTA est classé au tableau des stupéfiants depuis l'arrêté du 16 novembre 1999.

Alcool pur : quantité théorique d'alcool exprimé en alcool à 100 % (ou à 100°).

AOC (appellation d'origine contrôlée) : il s'agit d'une catégorie réglementaire de vin ; l'appartenance à cette catégorie suppose le respect d'un certain nombre de conditions, notamment des règles de production.

Contrôle des effets de structure : Grâce à une modélisation statistique (la régression logistique), il est possible d'analyser un critère « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en gommant les éventuelles influences d'autres facteurs.

Décès prématuré : décès intervenant avant un certain âge au-delà duquel la probabilité de décès observée devient plus importante.

DMT (diméthyltryptamine) : puissant hallucinogène de courte durée d'action (20 à 45 minutes) qui est consommé sous deux formes, naturelle (le DMT est contenu dans une centaine de plantes) ou synthétique.

DOB (2,5-diméthoxy-amphétamine) : substance, appartenant à la famille des amphétamines, dont les propriétés hallucinogènes sont similaires à celles du LSD. Les effets peuvent durer de 6 à 30 heures.

Établissements sanitaires : dans l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales effectuée au mois de novembre, cette catégorie regroupe l'ensemble des établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie, les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics et les maisons de santé pour maladies mentales.

Établissements spécialisés : dans l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales effectuée au mois de novembre, cette catégorie d'établissements regroupe l'ensemble des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ainsi qu'un nombre très faible d'autres structures recevant majoritairement des usagers de drogues.

Fraction attribuable : pourcentage de cas d'une pathologie ou de cas de décès pour une cause donnée qui serait la conséquence d'autres événements ou de comportements, c'est-à-dire, dans ce rapport, qui résulterait de la consommation de drogues. Le calcul d'une fraction attribuable (FA) fait intervenir le risque relatif de survenue d'une pathologie ou d'un décès (RR) (voir dans cette liste la définition du risque relatif) et le pourcentage de consommateurs (P) et de non-consommateurs (Q) d'une drogue dans une population donnée. Le calcul de FA s'effectue selon la formule suivante :

$$FA = (Q + P \times RR - 1) / (Q + P \times RR)$$

Exprimé en d'autres termes, en utilisant l'exemple de l'alcool, cela signifie que connaissant le supplément de risque (RR) d'avoir une cirrhose chez les consommateurs intensifs d'alcool (par rapport au reste de la population) et connaissant la proportion de consommateurs intensifs d'alcool (P) dans la population française, ainsi que les personnes qui ne font pas une consommation intensive d'alcool (Q), on peut en déduire une proportion de cirrhoses liées à la consommation d'alcool.

Free-party : rassemblement des adeptes de musique techno organisé souvent sans autorisation des pouvoirs publics ; et qui dure généralement un ou deux jours.

GHB, Gamma OH (gamma-hydroxybutyrate) : anesthésiant réservé à l'usage hospitalier. Hors cadre médical, il est connu aussi sous l'appellation d'« ecstasy liquide ». Il se présente sous la forme d'un liquide incolore ou coloré ou d'une poudre blanche cristalline. Son usage induit une sensation d'euphorie et de désinhibition. Les effets se font sentir rapidement et durent de 1 heure 30 à 2 heures.

Infraction principale : pour les condamnations, il s'agit de la première infraction inscrite au casier judiciaire, dans la catégorie pénale la plus grave. Si la plupart des juridictions inscrivent les infractions dans l'ordre de gravité, certaines ont adopté un ordre chronologique de constatation des faits. Pour les incarcérations, il s'agit de l'infraction inscrite en premier sur le mandat de dépôt.

Injonction thérapeutique : ce terme désigne une mesure prévue dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970⁴ permettant au parquet de suspendre les poursuites à l'encontre d'un

usager de stupéfiants qui accepte d'être pris en charge par le système sanitaire et social. Au terme du traitement, l'usager bénéficie d'un classement sans suite. En cas de refus ou d'arrêt du traitement, les poursuites peuvent être réengagées.

Kétamine : anesthésiant réservé à l'usage hospitalier et vétérinaire. Par l'arrêté du 8 août 1997 (Journal Officiel du 20 août 97), la kétamine et ses sels, à l'exception de leurs préparations injectables, sont classés comme stupéfiant. La kétamine accessible aux consommateurs en France existe sous quatre formes : ampoule (préparation pharmaceutique) ; liquide incolore sous divers conditionnements ; poudre blanche ; et comprimés.

Khat : le khat est une plante originaire d'Afrique orientale et de la péninsule arabique dont les feuilles sont utilisées comme stimulant nerveux. Celles-ci sont en général mastiquées ou consommées en infusion. L'alcaloïde principal contenu dans la plante est la cathinone, laquelle agit comme un stimulant du système nerveux central dont les effets sont similaires à ceux des amphétamines.

MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine) : substance appartenant à la famille des méthamphétamines. Sa durée d'action est de 4 à 6 heures. La MDMA procure de nombreux effets excitants : augmentation de la fréquence cardiaque, accélération de la respiration, débordement d'énergie et hyper-activité. Ce produit est inscrit au tableau des stupéfiants depuis l'arrêté du 9 juillet 1986.

Médicaments psychotropes : sont inscrites dans cette catégorie les classes de médicaments suivantes :

- les hypnotiques (ou somnifères) et les sédatifs qui provoquent le sommeil ;
- les anxiolytiques (ou tranquillisants) utilisés pour lutter contre l'anxiété ;
- les antidépresseurs prescrits dans les cas de dépressions ;
- les neuroleptiques (ou antipsychotiques) principalement utilisés pour le traitement des psychoses.

Mescaline : Principe actif du peyotl et d'autres plantes hallucinogènes. Ses effets durent environ 12 heures et sont semblables à ceux du LSD.

Polyconsommation : désigne le fait de consommer au moins deux produits psychoactifs. En général, on parle de polyconsommation pour un niveau d'usage donné : par exemple, poly-expérimentation ou polyconsommation répétée.

Polyconsommation répétée : désigne la consommation répétée d'au moins deux des trois produits les plus courants que sont l'alcool, le tabac et le cannabis.

Polyexpérimentation : désigne le fait d'avoir expérimenté au moins deux produits psychoactifs au cours de la vie.

Prix relatif : indice du prix du tabac rapporté à l'indice général des prix.

Produit primaire : produit à l'origine de la prise en charge cité en premier, *a priori* celui qui pose le plus de problèmes à l'usager.

Produit secondaire : produit à l'origine de la prise en charge cité en seconde position.

Protoxyde d'azote : gaz découvert en 1772, utilisé comme anesthésique en médecine et propulseur dans les bombes aérosols. Cette substance est connue depuis le XIX^e siècle pour ses effets euphorisants. Après 8 à 10 secondes d'inhalation, ce gaz produit des étourdissements et une excitation. Sa durée d'action est très courte : 2 à 3 minutes.

4. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.

Rachacha : résidu d'opium de fabrication artisanale, fumé.

Risque relatif : compare le risque dans le groupe exposé rapporté à celui du groupe non exposé ; compare le nombre de malades et/ou de décès chez les personnes exposées au facteur de risque à celui observé chez les personnes non exposées.

Scène ouverte de la drogue : lieu de vente et consommation de drogues où habitants et citoyens non-consommateurs sont confrontés à l'usage et au petit trafic en public des produits illicites.

Significatif : se dit d'une différence entre deux pourcentages lorsque la probabilité due au hasard est faible (5 %).

Tabagisme passif : exposition (souvent involontaire) à la fumée du tabac dans l'environnement.

Teknival : rassemblement des adeptes de musique techno organisés souvent sans autorisation des pouvoirs publics. Un teknival (festival techno) peut durer jusqu'à sept jours et rassembler de cinq à quinze mille personnes.

Test DETA : ensemble de quatre questions utilisées à l'origine par les cliniciens pour dépister les consommateurs d'alcool à risque de dépendance. Ce test est désormais souvent utilisé dans les enquêtes épidémiologiques dans le but de déterminer un nombre et une proportion de consommateurs d'alcool à risque de dépendance.

Usagers interpellés : la catégorie des « usagers interpellés » regroupe les interpellations pour usage et usage-revente.

VDQS (vins délimités de qualité supérieure) : catégorie réglementaire de vin, dont l'appartenance suppose le respect d'un certain nombre de conditions au niveau de la production du vin.

Liste des sigles

2C-B	4-bromo-2,5-diméthoxyphénylamine
ACSF	Analyse du comportement sexuel des Français
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ex -Agence du médicament)
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le Sida
AOC	Appellation d'origine contrôlée
APPRE	Actions et programmes de prévention - recensement
AREMEDIA	Association de recherche européenne pour la médecine et l'informatique interactive
ARMI	Association de recherche sur les marchés informels
BO	Bulletin officiel
BOEN	Bulletin officiel de l'Éducation nationale
CADIS	Centre d'analyse et d'intervention sociologique
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning / Conseil de l'information sur l'alcool et les autres drogues (Suède)
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)
CDD	Contrat à durée déterminée
CDIT	Centre de documentation et d'information sur le tabac
CDO	Convention départementale d'objectifs
CDPA	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

CEL	Contrat éducatif local	DH	Direction des hôpitaux (cf. DHOS)
CESAMES	Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société (CNRS Paris V) (ex -GDR)	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ex-DH)
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	DHOS-O2	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques (ex-DH-EO2)
CESDIP	Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales	DIS	Drogues infos service (cf. DATIS)
CESES	Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida	DMT	Diméthyltryptamine
CFES	Comité français pour l'éducation à la santé	DOB	2,5-dimethoxy-amphétamine
CHAA	Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (cf. CCAA)	DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
CHG	Centre hospitalier général	DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
CHU	Centre hospitalier universitaire	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ex-SESI)
CIM 10	Classification internationale des médicaments de l'Organisation mondiale de la santé en 10 ^e révision	DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CJN	Casier judiciaire national	EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (OEDT)
CLS	Contrat local de sécurité	EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
CNRS	Centre national de la recherche scientifique	ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé	ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
CPLD	Conseil de prévention et de lutte contre le dopage	Eval	Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé	FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé	FND	Fichier national des détenus
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention sur le sida	FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
CRPS	Comité régional des politiques de santé	FRAD	Formateurs relais antidrogues
CSA	Conseil supérieur de l'audiovisuel	GAPP	Groupe d'analyse des politiques publiques (CNRS)
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes	GDR	Groupement de recherche psychotropes politique et société (CNRS) (cf. CESAMES)
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces	GHB	Gamma-hydroxybutyrate
DAGE	Direction de l'administration générale et de l'équipement	GIP-Justice	Groupement d'intérêt publique - Justice
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire	HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
DATIS	Drogues alcool tabac info service (ex-DIS)	IFOP	Institut français d'opinion publique
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire	IHESI	Institut des hautes études de la sécurité intérieure
DCSSA	Direction centrale du service de santé des armées	ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	IMS Health	Information médicale et statistique sur la santé
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports	INRA	Institut national de recherche agronomique
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire	INRETS	Institut national de recherche et d'étude sur les transports et la sécurité
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects	INRP	Institut national de recherche pédagogique
DGGN	Direction générale de la gendarmerie nationale	INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (cf. MILDT)	INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
DGS	Direction générale de la santé	INTERPOL	Organisation internationale de la police criminelle (également OIPC)
DGS-SD6A	Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société - Lutte contre le VIH (ex-SP2)	InVS	Institut de veille sanitaire (ex-RNSP)
DGS-SD6B	Direction générale de la santé - Sous-direction santé et société - Pratiques addictives (ex-SP3)	IREB	Institut de recherches scientifiques sur les boissons

IREP	Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance	SDESD	Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation
JO	Journal officiel	SEDAP	Société d'entraide et d'action psychologique
LSD	Acide lysérgique diéthylamide	SEITA	Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (maintenant Altadis)
MDA	Ténamfétamine	SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (cf. DREES)
MDEA	N-éthylénamfétamine	SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution
MDMA	Méthylène-dioxy-3,4-métamphétamine	SIDA	Syndrome immunodéficientaire acquis
MENRT	Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie	SINTES	Système d'identification nationale des toxiques et des substances
MF	Million de francs	SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
MILAD	Mission de lutte antidrogue	SOFRES	Société française d'enquêtes et de sondages
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	STRDJ-DRJ	Service technique de recherches judiciaires et de documentation / Division recherche judiciaire
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques	THC	Tetrahydrocannabinol
MTAS	Ministère du travail et des affaires sociales	TIG	Travail d'intérêt général
NOR	Système normalisé de numérotation des textes officiels publics	TRAFICIN	Traitement du renseignement et action contre les circuits financiers
OCRGDF	Office central pour la répression de la grande délinquance financière	TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants	TVA	Taxe à la valeur ajoutée
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies	UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	UCT	Unités de coordination de tabacologie
OFT	Office français de prévention du tabagisme	UNODCCP	United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention / Office des Nations unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime
OGD	Observatoire géopolitique des drogues	UPS	Unités pour sortants
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants	VADS	Voies aérodigestives supérieures
OMS	Organisation mondiale de la santé	VDQS	Vin délimité de qualité supérieure
ONISR	Observatoire national interministériel de sécurité routière	VHB	Virus de l'hépatite B
ONIVINS	Office national interprofessionnel des vins	VHC	Virus de l'hépatite C
ONPCM	Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse	WHO	World health organization / Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé		
ORSMIP	Observatoire régional de santé Midi-Pyrénées		
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur		
PDI	Programme départemental d'insertion		
PFAD	Policier formateur antidrogue		
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique		
PMJ1	Bureau des études, de la prospective et du budget, Sous-direction des personnes placées sous main de Justice		
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité		
PRS	Programme régional de santé		
RESSCOM	Recherches et évaluations sociologiques sur la santé, le social, et les actions communautaires		
RMI	Revenu minimum d'insertion		
RNSP	Réseau national de santé publique (cf. InVS)		
SCERI	Service de la communication, des études et des relations internationales		

Index

Les pages du chapitre ou de la partie consacrée au terme d'entrée de l'index sont indiquées par des chiffres en gras.

Les lettres a ou b désignent respectivement la colonne de gauche et celle de droite lorsque l'information peut être plus facilement localisée. Un deuxième niveau d'entrée est fourni par les termes situés en dessous des termes d'entrée principaux. Les parenthèses créent un troisième niveau se référant au précédent.

Alcool

71-94

cadre légal 272-274
consommations 26, 72, (à l'âge adulte) 74-78, (à l'adolescence), 29, 78-79
contrôle d'alcoolémie 88
coût social 34
demande de traitement 32-33, 81-83
dispositifs de prise en charge spécialisés 314, (de droit commun) 315-316
expertise collective 293-294
morbidité 33a, 83-84
mortalité 85-87
perceptions 23-25
polyconsommation 255-259
ventes 79-80

Alternative aux poursuites

52b, (injonction thérapeutique) 52-54

Amphétamines

voir **Ecstasy et amphétamines**

Antidépresseurs

voir **Médicaments psychotropes**

Blanchiment

argent de la drogue 62

Buprénorphine

40-41, 121-122, 157, 161-165

Cancer

84, 104a, 240-243

Cannabis

115-133

cadre légal 271-272
consommations 96, (à l'âge adulte) 98-99, (à l'adolescence) 99-101
demande de traitement 40b, 102-104
disponibilité, prix, qualité 108-109
expérimentation 28-29
interpellation pour usage 50, 105, (usage/re-

vente) 97, 105
morbidité, 104
mortalité 104
perceptions 23
polyconsommation 255-260,
trafic 106-108

CCAA

32a, 32b, 73, 81-83, 314-315

Champignons hallucinogènes

voir **LSD, champignons et autres hallucinogènes**

Cocaïne et crack

115-133

cadre légal 271-272
consommation 22, (à l'âge adulte) 118, (à l'adolescence) 119
demandes de traitement 120-122
interpellations pour usage 51, 123-125
morbidité, mortalité 122-123
trafic 125-127

Condamnations

conduite en état alcoolique 88-89
disparités régionales 64-65
pour trafic 60-61
pour usage 54-56

CSST

32b, 39-41, 81-83, 160-161, 164, 222, 286, 308-309, 310-311

Demandes de traitement

32, 39, 284-285
alcool 81
cannabis 102-103
cocaïne et crack 120-122, 129, (disparités régionales) 129
dispositifs sanitaires de prise en charge 308-317
ecstasy et amphétamines 136-137, 141-143,

(disparité régionales) 129
héroïne et opiacés 160-162
LSD et autres hallucinogènes 185-186
médicaments psychotropes 205-207
polyconsommation 262
polydépendance 262-263
produits dopants 221-222
recours aux soins 41-42
tabac 238-239

Dépenses publiques

300, 321-323

Dépenses des ménages

alcool 80
tabac 236-237

Dispositif de soins

voir aussi **CCAA et CSST**,
centres (avec hébergement collectif) 309-310, (soins en ambulatoire) 309,
(soins en milieu pénitentiaire) 310-311,
(aide au sevrage tabagique) 315,
de droit commun 315-318,
réduction des risques 311-315,
réseaux (d'appartements thérapeutiques) 310, (de familles d'accueil) 310
structures d'hébergements de transition 310

Dispositif d'information

DATIS 295-296
Ecoute dopage 296b
Tabac info service 296-297

Dispositif répressif

douane 59a, 224, 295a
gendarmerie 59a, 295a, 319
police 59a, 295a, (application de la loi) 318-319

Dopage

voir **Produits dopants** 214-225, 17, 277-278
(à l'âge adulte) 216-217
(à l'adolescence) 217-220
cadre légal 277-278
contrôle antidopage 223-224
demandes de traitement 221-222
lutte antidopage 222-223
opinions 220-221

Drogues de synthèse

voir **Ecstasy et amphétamines** et **LSD, champignons et autres hallucinogènes**

Ecstasy et amphétamines 136-153

cadre légal 271-272
consommation 136, (à l'âge adulte) 138-139, (à l'adolescence) 139-140
demandes de traitement 136, 141-143
interpellations 137, 143-146, (pour usage/revente) 52
morbidité 143
mortalité 143
perceptions 23
trafic 137, 146-148

Géographie

drogues illicites (conséquences de l'usage) 63, (demandes de traitement) 63, (morbidité) 63-64, (conséquences pénales) 64-65
consommation 34
consommation en Europe (alcool) 92, (cannabis) 112, (amphétamines et ecstasy) 150, (héroïne et opiacés) 175-176, (médicaments psychotropes) 209, (tabac) 245
consommation en France (alcool) 89-91, (cannabis) 109-111, (cocaïne et crack) 129, (amphétamines et ecstasy) 149, (héroïne et opiacés) 173-174, (LSD et autres hallucinogènes) 190-192, (médicaments psychotropes) 207-208, (produits dopants) 224, (tabac) 243-244

GHB

voir **LSD, champignons et autres hallucinogènes**

Hallucinogènes

voir **LSD, champignons et autres hallucinogènes**

Hépatite

hépatite C 46-47, 167
disparités régionales (prévalence) 64

Héroïne 156-177

cadre légal 271-272
consommations 156, (à l'âge adulte) 158, (à l'adolescence) 158-159

demandes de traitement 160-166
interpellations pour usage 51, 169-170
morbidité, mortalité 167-168
perceptions 23
trafic 171-173
usagers à problèmes 37, 38

ILS

50a, 54-55, 59, 62a

Incarcérations

pour trafic 61-62
pour usage 56-57

Injection (matériel)

311-312

Interpellations

49, 50-52

amphétamines et ecstasy 137, 143-145
cannabis 50-52, 105-106
cocaïne et crack 123-125, 127, (disparités régionales) 129-130, (en Europe) 130-131
drogues illicites (pour trafic) 59-60, (pour usage) 50-52, (disparités régionales) 64-65
héroïne et opiacés 169-170, 172
LSD et autres hallucinogènes 186-188

Jeunes

consommations (drogues illicites) 29, 30, (alcool) 78, 89-91, (cannabis) 99-101, (cocaïne et crack) 119, (amphétamines et ecstasy) 139-140, (héroïne et opiacés) 158-159, (LSD, champignons et hallucinogènes) 182-184, (médicaments psychotropes) 200-201, (produits dopants) 217-218, (tabac) 233-234

prévalence VHC 47b
usagers interpellés 52a

Kétamine

voir **LSD, champignons et hallucinogènes**

LSD, champignons et hallucinogènes 180-193

consommations à l'âge adulte 182, (à l'adolescence) 182-184
demandes de traitement 185-186
interpellations 186-188
morbidité, mortalité 186
perceptions 23,
trafic 188-189

Médecin généraliste

32b, 161-162, 166, 238-239

Médicaments psychotropes [hypnotiques (somnifères ou sédatifs), anxiolytiques (tranquillisants), antidépresseurs et neuroleptiques].

197-211, 276-277
cadre légal 276-277

consommations à l'âge adulte 198-200, (à l'adolescence) 200-202
demandes de traitement 205-207
disparités régionales 207-209
morbidité, mortalité 207
perceptions 23
ventes 203-204

Méthadone

157, 313

Milieus festifs

rave 144-145
techno 144

Milieu scolaire

dispositifs de prévention 301-303

Milieu carcéral

amélioration de la prise en charge 285-287
dispositifs de prise en charge 310-311
incarcérations pour trafic 62a
nombre d'incarcérations 56
population carcérale 57

Mode d'administration

boire 159b
fumer 120a, 141b, 159b, 184b
gober 141b
ingérer 159b
injection par voie intraveineuse 43-44, 120a, 141b, 156, 159b, 164b, 184b
sniffer 120a, 141b, 184b
voie nasale 141b, 159b, 164b
voie orale 184b
voie pulmonaire 159b

Morbidité

toutes drogues 32-34, drogues illicites 47-49
alcool 83-84
amphétamines et ecstasy 143
cannabis 104
cocaïne et crack 122-123
héroïne et opiacés 167
liée aux drogues illicites 44-47
LSD et autres hallucinogènes 186b
médicaments psychotropes 207
polyconsommation 265
tabac 240-241

Mortalité

toutes drogues 32b, 33a, drogues illicites 47-49
alcool 73, 85-87
amphétamines et ecstasy 143
cannabis 104
cocaïne et crack 123-124
décès par surdose 48
héroïne et opiacés 167-168
médicaments psychotropes 207
polyconsommation 265
tabac 242-243

Opiacés

voir **Héroïne et opiacés**

Opinions et perceptions

toutes drogues 20, 23-25
dopage 220
tabac 232

Polyconsommation 253-266

28, 30, 255-256
demande de traitement 262-265
et polyexpérimentation 254-255
et polydépendances 42-43
à l'âge adulte 254-256
à l'adolescence 256-260
involontaire 260-262
morbidité, mortalité 265

Poppers

voir **LSD champignons et hallucinogènes**

Prévention

dispositifs 299-307, (interministériels) 300-301, (Education nationale) 301-303, (CESC) 302-303, (Points écoute) 303-305, (Accueil et écoute) 303-305, (CFES) 304-305, (services répressifs) 306-307, évolutions récentes 280-283

Prison

voir **Milieu carcéral**

Rave

voir **Milieus festifs**

Réduction des risques

dispositif de 311-315

Saisies

57-58,
cannabis 107-108
cocaïne et crack 125-126
ecstasy et amphétamines 146-147
héroïne et opiacés 157, 171
LSD et autres hallucinogènes 188-189
tabac 237

Seringue

voir **Injection**

Sida

167
décès d'usagers par voie intraveineuse 49
nouveaux cas 46

Substitution

22
amphétamines et ecstasy 142
cocaïne et crack 121-122
héroïne et opiacés 157, 161-165, 166
médicaments psychotropes 206

Subutex

voir **Buprénorphine**

Surdose

21, 48, 167-168

Tabac

228-247,
cadre légal 274-276
consommation à l'âge adulte 230-233, (à l'adolescence) 233-234
demande de traitement 238-240
dispositifs spécialisés de prise en charge 314-315,
(de droit commun) 315
morbidité 240-241
mortalité 242-243
perceptions 23,
polyconsommation 255-259
production 237
substituts nicotiques 239-240, 244
tabagisme passif 231-232, 241-242
trafic et contrebande, 237
ventes 234-237

Techno

voir **Milieus festifs**

Trafic

amphétamines et ecstasy 146-147
blanchiment 62
cannabis 106-108
cocaïne et crack 125-126
condamnations 60-61
dispositif judiciaire 320
dispositions légales récentes 287
héroïne et opiacés 171-172
incarcérations 62
interpellations 59
LSD et autres hallucinogènes 188-189
tabac 237
saisies 47-48

VIH

voir aussi **Sida**,
122b
prévalence 44-45, 167
disparités régionales 63-64

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

105 rue La Fayette

75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

E-mail : ofdt@ofdt.fr

Site internet : www.drogues.gouv.fr

***Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances
2002, OFDT, Paris, 2002, 368 p.***

Adaptation, Sylvie Allouche

Photographie de la couverture, Isabelle Rozenbaum/PhotoAlto

Conception et mise en page, Frédérique Million

Conception des graphiques et tableaux/photogravure, Digi-France

Impression, Imprimerie Pairault-Cassegrain

ISBN : 2-11-092709-7