

Boekhout van Solinge, Tim (1996), *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique*. Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam..
© 1996 CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek. All rights reserved.
URL of this document:
<http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.heroine.fr.pdf>

CEDRO
centrum voor drugsonderzoek


UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

L'HÉROÏNE, LA COCAÏNE ET LE CRACK EN FRANCE

Trafic, usage et politique

Tim BOEKHOUT VAN SOLINGE

ISBN 90-6993-106-0

Copyright © 1996 CEDRO, Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form of print, photoprint, microfilm, or any other means without written permission from the publisher.

Cover and layout: *UvA-Kaartenmakers, Amsterdam*
Printed by *Elinkwijk Utrecht*

L'héroïne, la cocaïne et le crack en France	157
Introduction	159
TOME I : LE MARCHÉ DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE	161
1 L'offre d'héroïne	161
1.1 Introduction.....	161
1.2 Le contexte : le trafic d'héroïne en Europe.....	161
1.3 L'héroïne saisie en France.....	164
1.4 L'héroïne en provenance des Pays-Bas.....	171
1.5 Prix, qualité et disponibilité.....	174
• Prix.....	174
• Qualité.....	175
• Disponibilité.....	176
1.6 Conclusion.....	177
2 La demande d'héroïne : les usagers	179
2.1 Introduction.....	179
2.2 Prévalence.....	180
2.3 Les usagers d'héroïne.....	184
• Sexe et âge des héroïnomanes.....	186
• Nationalité et groupe ethnique.....	186
• Le contexte social.....	188
2.4 Morbidité et mortalité.....	189
• L'hépatite.....	189
• Le sida et le VIH.....	189
• Mortalité et espérance de vie.....	193
2.5 Conclusion.....	195
3 L'offre de cocaïne et de crack	197
3.1 Introduction.....	197
3.2 Les saisies de cocaïne en Europe.....	197
3.3 Les saisies de cocaïne en France.....	199
3.4 Le crack.....	200
3.5 Le trafic de crack à Paris.....	201
3.6 Prix, qualité et disponibilité.....	203
• Prix - La cocaïne.....	203
• Prix - Le crack.....	204
• Qualité.....	204
• Disponibilité.....	204
3.7 Conclusion.....	205
4 La demande de cocaïne et de crack : les usagers	207
4.1 Introduction.....	207
4.2 Les usagers de cocaïne.....	207
4.3 Les usagers de crack.....	209
• L'émergence du crack.....	209
• Les usagers de crack.....	211
4.4 Le passage de l'héroïne au crack.....	213
4.5 Conclusion.....	215

TOME II : LA POLITIQUE	219
5 La loi de 1970 : répression et soins	219
5.1 Introduction.....	219
5.2 La législation.....	219
5.3 Contexte de la législation en matière de stupéfiants.....	221
5.4 L'injonction thérapeutique.....	222
5.5 L'application de la législation.....	225
5.6 L'incompatibilité des soins et de la répression.....	228
5.7 Conclusion.....	229
6 Le modèle français de traitement de la toxicomanie	231
6.1 Introduction.....	231
6.2 Le rôle des psychiatres.....	232
6.3 Le traitement de la toxicomanie.....	234
• L'absence d'une véritable politique de la santé publique.....	235
• La gamme de soins aux toxicomanes.....	237
6.4 Le budget des soins aux toxicomanes.....	238
6.5 Toxicomanie et contexte socio-économique.....	239
• La situation à Lille.....	241
6.6 Conclusion.....	244
7 La politique de soins des années quatre-vingt-dix	247
7.1 Introduction.....	247
7.2 Un revirement en faveur d'une approche plus pragmatique.....	248
7.3 La distribution des produits de substitution.....	250
7.4 Une politique officiellement différente.....	253
7.5 Des soins accrus et un rôle plus important dévolu aux généralistes.....	258
7.6 Conclusion.....	261
Conclusions et résumé	263
Annexe : Estimation du nombre de toxicomanes en France	277
Personnes consultées	283
Bibliographie	285
Notes	289

Introduction

Le rapport de la commission Henrion a été publié au printemps 1995. Cette commission, présidée par le professeur de médecine Roger Henrion, s'était penchée pendant presque une année sur le problème de la drogue en France. La commission avait été désignée par Simone Veil, alors ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Elle avait chargé Roger Henrion d'analyser les différents aspects de la politique en matière de drogue, au niveau à la fois de la répression, de la médecine et de la santé publique. La question du ministre, formulée de façon plus précise, était de savoir si la politique française en matière de drogue, dont l'objectif était d'atteindre un équilibre entre la santé publique et la prévention d'une part ainsi que la répression du trafic et de l'usage de drogue d'autre part, offrait, 23 ans après l'entrée en vigueur de la législation sur les stupéfiants (la loi de 1970), une réponse adéquate aux problèmes posés.

Le rapport de la commission Henrion parut en mars 1995 sous le titre : "*Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*". Une des premières remarques du rapport était que le débat mené en France sur le problème de la drogue avait souvent une teinte idéologique et qu'il ne tenait pas compte des faits et des données scientifiques. Les hommes politiques non plus, indique le rapport, ne sont pas entièrement exempts "d'indifférence" vis-à-vis de la réalité.

La commission Henrion se heurta très vite au manque d'outils permettant d'évaluer la politique appliquée. C'est là que réside d'emblée le handicap de ce rapport ; il existe peu de données fiables sur le sujet, ce qui implique que toute déclaration comporte en principe une marge d'erreur.

Le manque de données fiables sur l'usage de drogue résulte notamment du fait que son usage est réprimé en France. Les cas où la police guette et interpelle les toxicomanes à la sortie des centres des soins, en constituent un exemple tragique. On peut vraisemblablement dire que plus une chose est prohibée et réprimée, plus la marge d'erreur est grande. La législation française en matière de stupéfiants, la loi de 1970, garantit aux usagers l'anonymat vis-à-vis des soins. Les usagers de drogue et les toxicomanes ne sont pas enregistrés, ce qui, aussi positif que cela puisse être, empêche d'arriver à des chiffres précis quant à la population de toxicomanes et à leur suivi.

En France, le débat sur la politique en matière de drogue n'a véritablement été entamé que depuis l'extension du problème du sida à une échelle plutôt grave. Le pays a été confronté aux répercussions d'une politique répressive, puisque la France compte le plus de malades du sida de l'Union européenne, cas dont la majorité est liée à l'usage de drogue par voie intraveineuse. Une partie des toxicomanes s'avérait être contaminée par le VIH, dont l'ampleur était telle qu'il représentait une menace pour la santé publique. La contamination des femmes non-toxicomanes par des hommes toxicomanes – la majorité des toxicomanes est en effet du sexe masculin – a d'ailleurs été qualifiée de cheval de Troie par Henrion.

Certains y voient la confirmation de leur présomption selon laquelle la France ne dispose pas en fait d'une véritable politique de santé publique.¹ On peut en tout cas

affirmer que la politique française face à la drogue est plus curative que préventive. Depuis que l'épidémie de sida et de VIH parmi les toxicomanes a été reconnue, la France a été forcée d'ajouter quelques mesures de prévention à sa politique répressive.

Ce rapport est consacré à l'héroïne, à la cocaïne et au crack en France, les plus connues des drogues dites dures. Cet ouvrage peut être considéré comme un complément du rapport *Le cannabis en France*, paru en juillet 1995.²

Le présent rapport consacre nettement plus d'attention à l'héroïne qu'à la cocaïne et au crack, ceci pour deux raisons. La principale raison en est que le problème de la toxicomanie concerne surtout l'héroïne. S'il est vrai que la majorité des héroïnomanes consomment aujourd'hui d'autres produits tels que l'alcool, les benzodiazépines et la cocaïne, l'héroïne reste toutefois le principal élément de leur polyconsommation.

La seconde raison pour laquelle la cocaïne et le crack retiennent moins l'attention est d'origine pratique. On en sait beaucoup moins sur cette catégorie d'usagers que sur les héroïnomanes. Comme on le sait, la consommation de cocaïne a souvent un caractère récréatif et ses usagers font rarement appel aux services d'aide. Du fait que les cocaïnomanes sont moins marginalisés que les héroïnomanes, ils sont plus rarement en contact avec la police et la Justice. Ces deux secteurs, à savoir les soins et la police/Justice constituent généralement de précieuses sources d'information sur les usagers.³

Ce rapport étudiera néanmoins le problème du crack. Le phénomène des usagers problématiques de crack est relativement nouveau en Europe. La consommation de ce dérivé de la cocaïne est en hausse en France depuis la fin des années quatre-vingt, en particulier à Paris. Contrairement aux cocaïnomanes, les usagers – problématiques – de crack occupent souvent une position marginalisée. Du moins si l'on tient compte des cas les plus apparents, car certains cocaïnomanes essaient parfois la variante du crack à fumer. L'usage du crack étant dans l'ensemble un phénomène assez récent, qui de plus concerne un nombre relativement réduit d'individus, on manque encore de données à ce sujet.

Le présent rapport comprend deux volets. Le premier volet est consacré à un aperçu du "marché". Quatre chapitres traitent successivement de l'offre et de la demande en matière d'héroïne et de cocaïne. On entend par "offre" le trafic, tandis que les chapitres consacrés à l'aspect "demande" rassemblent les données disponibles sur les usagers. Le second volet traitera de la politique en matière de drogue. Les trois chapitres du tome en question passeront successivement en revue : la politique officielle en cours (la législation), le "système" français d'aide aux toxicomanes et la nouvelle politique des années quatre-vingt-dix, axée sur la réduction des risques ("harm reduction").

Différentes sources d'information ont été consultées pour ce rapport, qui a un caractère plus sociologique que le rapport précédent sur le cannabis, du fait qu'une partie des données résulte de nos propres observations. A cet effet, nous avons effectué différentes visites à des quartiers et aux banlieues de Paris et de Lille. Notre travail sur le terrain concernait en particulier les quartiers confrontés au problème de la toxicomanie. Plusieurs entretiens ont également été menés avec des usagers de drogue et des toxicomanes, aussi bien dans les centres de soins que "dans la rue". Ce travail a été complété par les méthodes d'étude habituelles : consultation de la littérature disponible, interviews, etc.

TOME I : LE MARCHE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

1 L'offre d'héroïne

1.1 Introduction

L'ampleur de la demande et de l'offre en matière de drogue reste toujours en partie une inconnue. C'est là que réside d'emblée le handicap de ce genre de rapport, dont l'objectif est de dresser un tableau du marché. La principale raison de cette incertitude tient sans aucun doute au caractère illicite des drogues, de sorte que leur usage et leur trafic se déroulent dans la clandestinité. Les aspects demande et offre de la drogue restent donc dans une certaine mesure un mystère.

On ne sait pas beaucoup de l'offre d'héroïne, c'est-à-dire du trafic, puisqu'il existe peu d'informations fiables à ce sujet. Il y a bien les saisies de drogues, mais la question cruciale est de savoir quelle part du marché total elles représentent. Même les saisies considérables ne semblent pas, ou peu, affecter le prix de vente de la drogue. Interpol part du principe qu'environ 10% des drogues en circulation sont interceptées.⁴

Différentes organisations sont chargées d'évaluer l'ampleur du trafic des stupéfiants : Interpol, la Drug Enforcement Administration (DEA), agence américaine de lutte contre les stupéfiants et l'Observatoire géopolitique des drogues (OGD), une organisation d'étude indépendante établie à Paris. Une partie du présent chapitre repose notamment sur les publications de cette organisation.⁵

Ce chapitre est tout d'abord consacré au contexte du trafic d'héroïne. D'où provient l'opium, matière première de l'héroïne, et quels sont les axes de pénétration de l'héroïne en Europe de l'Ouest ? Vient ensuite la question des saisies d'héroïne en France. Les chiffres correspondants seront replacés dans le contexte des quantités interceptées dans les différents pays de l'Union européenne. Comme on le verra, une partie importante de l'héroïne interceptée en France provient des Pays-Bas. Ces chiffres seront présentés puis soumis à un examen approfondi. La majorité des chiffres cités dans ce chapitre se rapporte à l'année 1994. Dans certains cas, nous avons utilisé des données plus récentes de 1995.⁶ Le chapitre se termine par un bref aperçu du prix, de la qualité et de la disponibilité de l'héroïne en France.

1.2 Le contexte : le trafic d'héroïne en Europe

L'héroïne vendue en Europe est fabriquée à partir d'opium produit dans différents pays asiatiques. La majorité de l'héroïne, de couleur brune, est originaire de l'Inde, du Pakistan et surtout d'Afghanistan. On estime que l'opium afghan est à l'origine de 70 à 80% de l'héroïne qui circule sur le marché européen.⁷

A côté de l'héroïne brune, on trouve également de l'héroïne blanche originaire des pays du Triangle d'or composé par la Birmanie, le Cambodge, le Laos et la Thaïlande. L'héroïne blanche est relativement rare en Europe, contrairement à l'Amérique du Nord par exemple, où elle domine le marché.

L'héroïne européenne est donc en majorité brune et elle est dérivée de l'opium provenant surtout d'Afghanistan. Le Pakistan, l'Iran et la Turquie sont les principaux pays de transit en direction de l'Europe. La Turquie joue un rôle-clé dans la distribution de l'héroïne vers l'Europe occidentale. Cela s'explique facilement en raison de différents facteurs favorables.

La Turquie jouit tout d'abord d'une position géographique optimale. Située au carrefour de l'Europe, de l'Asie, du Moyen-Orient et de la Méditerranée, elle dispose de bonnes liaisons au niveau à la fois terrestre et maritime. Par voie terrestre, elle communique avec la Grèce, la Syrie, l'Irak, l'Iran et les républiques du Caucase; par la mer Noire et la Méditerranée, la Turquie dessert la Bulgarie, la Roumanie, l'Ukraine et la Russie, ainsi que l'ensemble du bassin méditerranéen. Le potentiel de la Turquie ne s'arrête pas là; en fait, elle possède de nombreuses relations sur le plan international. Par tradition depuis l'époque de l'Empire ottoman, les sphères d'influence turques s'étendent en direction de l'Est, favorisées par les affinités linguistiques avec les pays de la CEI, comme l'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan, le Kirghizistan et le Turkménistan. En Europe de l'Ouest, la Turquie bénéficie d'un réseau de contacts par l'intermédiaire de la diaspora turque (et kurde).

En outre, la Turquie occupe du point de vue géopolitique une place extrêmement stratégique par rapport à la constellation politique internationale. Elle sert à l'Europe de tête de pont vers l'Asie et le Moyen-Orient, une des raisons pour lesquelles c'est un partenaire notable de l'OTAN depuis 1952. L'emplacement géopolitique favorable de la Turquie explique pourquoi les pays occidentaux ne se montrent pas trop exigeants à son égard, comme on l'a vu une fois de plus lors de l'entrée en vigueur de l'union douanière avec l'Union européenne. Les relations commerciales entre la Turquie et l'Union européenne ne sont pas soumises à des restrictions. Le commerce, y compris celui de la drogue, peut donc profiter de la situation.

Selon l'Observatoire géopolitique des drogues, une organisation d'étude internationale indépendante, le trafic de l'héroïne à destination de l'Europe est plus que jamais une spécialité turque, avec la collaboration des organisations criminelles italiennes. Aussi bien les Turcs que les Kurdes jouent un rôle prépondérant dans ce trafic.⁸ Une grande partie de l'héroïne pénètre en Europe de l'Ouest par voie terrestre, dissimulée dans des voitures de tourisme et des camions. La Turquie n'est pas seulement un important pays de transit vis-à-vis de l'héroïne, de plus en plus de laboratoires turcs transforment la morphine-base en héroïne. On estime que 80% de l'héroïne du marché européen est traitée dans ces laboratoires.⁹

Traditionnellement, le commerce en provenance de la Turquie passait surtout par la route dite des Balkans. Depuis la guerre dans l'ex-Yougoslavie et l'éclatement de l'Union soviétique, les filières commerciales se sont diversifiées et elles continuent à transiter par l'Europe de l'Est et (une partie de) la Méditerranée.¹⁰ Un fait nouveau : d'autres groupes

ethniques, originaires notamment d'Europe centrale et de l'Est, se sont lancés dans ce commerce lucratif.

Aujourd'hui encore, la majorité de l'héroïne pénètre en Europe de l'Ouest par voie terrestre, et non pas par bateau, comme on aurait tendance à le croire. Que Rotterdam soit devenue un lieu de vente de l'héroïne, notamment pour les héroïnomanes venus du Nord de la France, a donc peu à voir avec le fait que cette ville possède un immense port.¹¹

Comme nous l'avons déjà souligné, c'est par voie terrestre que la majorité de l'héroïne est introduite en Europe de l'Ouest. Que l'héroïne emprunte la (traditionnelle) route des Balkans ou les axes est-européens en direction des pays occidentaux, l'Allemagne représente dans la majorité des cas la "porte d'entrée" de l'Union européenne. Suivant les statistiques de l'Organisation mondiale des douanes (World Customs Organization), l'Allemagne a totalisé 30% des saisies d'héroïne de l'Union européenne en 1994.¹²

Les principaux destinataires de l'héroïne sont en premier lieu les pays qui comptent une vaste communauté turque ou kurde; l'Allemagne et les Pays-Bas étant bien sûr les plus importants, mais aussi la Belgique, la Grande-Bretagne et l'Espagne où réside un grand nombre de Turcs. Les autres destinataires sont bien sûr les pays qui représentent un marché lucratif pour l'écoulement de la drogue.

Les quantités d'héroïne interceptées dans un endroit permettent souvent de se faire une idée sur le fonctionnement du trafic. Plus les saisies sont volumineuses et plus il est vraisemblable qu'on se trouve en "amont" de la filière commerciale. A cet égard, il existe une grande différence entre les quantités de cocaïne et d'héroïne interceptées en Europe. La cocaïne est originaire d'Amérique du Sud et arrive en Europe par bateau. Le trafic se concentre souvent sur des grosses quantités et il n'est pas rare -bien que l'événement ne se produise pas chaque semaine- de saisir une ou même plusieurs tonnes de cocaïne à la fois.¹³

Au contraire, les quantités d'héroïne saisies en Europe de l'Ouest n'atteignent jamais des tonnes. Une saisie de quelques centaines de kilos est déjà considérée comme un coup exceptionnel et rare, et une saisie de quelques dizaines de kilos d'héroïne est généralement qualifiée de "grosse". En dehors de l'Europe de l'Ouest au contraire, par exemple dans l'Est et le Sud-Est européens et surtout dans des pays comme l'Iran, le Pakistan ou la Turquie, il arrive qu'on intercepte plusieurs centaines de kilos ou même une tonne d'héroïne à la fois. Ce volume montre bien qu'on se trouve en présence de ("véritables") grossistes et en amont de la filière.

Ces données indiquent que le trafic d'héroïne en Europe se fait à une échelle bien plus réduite que celui de la cocaïne, ce qui le rend nettement plus difficile à sonder. Ainsi, les quantités d'héroïne relativement limitées, par rapport à la cocaïne, qui sont interceptées en Europe de l'Ouest laissent présumer qu'on a réellement moins d'emprise sur le trafic d'héroïne, et donc que seule une part plutôt réduite du trafic est interceptée.

A côté des réseaux en place depuis longtemps en Europe, un volume croissant de drogues pénètre depuis quelques années en Europe *via* l'Afrique (occidentale). Les publications de

l'Observatoire géopolitique des drogues soulignent le rôle prépondérant que les pays africains vont jouer dans le trafic international de drogue. L'agence américaine de lutte antidrogues, la DEA, attire elle aussi l'attention sur ce développement. Le Nigéria joue un rôle clé dans le trafic. A la prépondérance des pays d'Afrique occidentale dans le trafic, il convient d'ajouter le commerce de transit auquel se livrent certains pays d'Afrique de l'Est. Un exemple significatif : la saisie en Tanzanie début 1996, d'une quantité exceptionnelle de deux tonnes d'héroïne destinées à l'Ukraine. Il s'agit d'une des plus grosses saisies jamais réalisées et la plus importante en dehors d'une région de production.¹⁴ Cet exemple montre qu'une drogue telle que l'héroïne emprunte des filières très diverses.

Parallèlement au trafic organisé, il existe naturellement des "réseaux courts" et un commerce non-organisé composé de gens qui vont chercher l'héroïne en quantité variable, de quelques centaines de grammes à plusieurs kilos, directement (en général) dans les pays de production, combinant parfois ce commerce avec des vacances.

1.3 L'héroïne saisie en France¹⁵

Une grande majorité de l'héroïne vendue en France est de couleur brune. La situation est différente dans le Sud du pays où circule de l'héroïne blanche en provenance du Triangle d'Or. A Marseille, Nice et Lyon, on trouve plus souvent de l'héroïne blanche que de la brune.

Au cours des cinq dernières années, entre 300 et plus de 600 kilos d'héroïne ont été saisis chaque année en France par la douane, la gendarmerie et la police.¹⁶ En 1994, le record a été battu avec 661 kilos, soit une hausse de 71% par rapport à 1993, année pendant laquelle on avait intercepté 385,9 kilos d'héroïne. Le volume des saisies est descendu à 498,6 kilos en 1995, accusant une baisse de 25% par rapport à 1994. Les quantités d'héroïne saisies en France semblent élevées, mais ce score est relatif si on compare les 661 kilos de 1994 aux quantités interceptées la même année, par exemple, en Allemagne (1.590 kilos) et en Espagne (824 kilos).

Comme partout, on ignore quel pourcentage les saisies peuvent représenter par rapport au volume total d'héroïne qui pénètre dans le pays. Au niveau international, on présume généralement que les quantités d'héroïne interceptées équivalent à 10% en moyenne de la drogue en circulation. La police avance parfois des pourcentages supérieurs tels que 25%, mais on ne dispose d'aucune preuve solide à cet égard.¹⁷

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la France a intercepté 661 kilos d'héroïne sur son territoire en 1994. Au total, 20.711 interpellations ont eu lieu dans ce domaine, ce qui fait donc une moyenne de 32 grammes d'héroïne par interpellation. En 1995, les saisies d'héroïne ont atteint 498,6 kilos, avec 20.685 interpellations, soit une moyenne de 24 g par interpellation. Ces moyennes ne sont pas toujours significatives; il suffit en effet de quelques gros coups de filet pour faire remonter une moyenne, de même que des petites saisies peuvent la faire chuter.

Sur les 661 kilos d'héroïne saisis en 1994, 325 ont été interceptés par la douane.¹⁸ Si 80% du total des saisies de drogue est réalisé par la douane, ce pourcentage est d'environ la moitié pour l'héroïne, soit 49% (325 sur 661 kilos). La majorité de l'héroïne (80%) interceptée par les agents des douanes en 1994 est arrivée en France par la route; le moyen de transport le plus souvent utilisé étant la voiture de tourisme. C'est d'ailleurs au cours de contrôles (des voitures de tourisme), que les plus grosses saisies d'héroïne ont pu être réalisées, comme le montre un aperçu des activités douanières. La plus importante, faite dans le département de l'Aube, s'élevait à 43,5 kilos. S'y ajoutent plusieurs saisies notables dans le département du Nord, avec 26,8 kilos dans la région de Lille, 11,2 kilos à Halluin et 9,2 kilos à Valenciennes. A la frontière espagnole, des quantités importantes ont également été interceptées : 20 kilos à Bayonne et 12,9 kilos à Hendaye.¹⁹ Ces cinq saisies ont donné un total de 103,6 kilos et représentent donc presque le tiers (32% des 325 kilos) de l'héroïne découverte par la douane.

En plus des passages *via* la route, les douanes ont également intercepté de l'héroïne que des passeurs tentaient d'introduire sur le territoire français par le train ou l'avion, dont 9% dans le train en 1994. A cet égard, la douane souligne qu'un intense "trafic de fourmis" a lieu dans les régions frontalières du Nord et de l'Est. On remarque trois saisies, toutes en provenance des Pays-Bas : deux à la Gare du Nord à Paris (2 et 4,7 kilos) et une de 2,9 kilos à Aulnoye.

L'héroïne a également été interceptée dans les aéroports. En 1994, cette quantité s'élevait à 34 kilos, soit 10,5% du total intercepté par la douane. La quantité d'héroïne saisie dans les aéroports est en hausse. Il s'agit selon les douanes d'une nouvelle tendance qui consiste à importer la drogue directement des régions de production : 9,3 kilos en provenance de Thaïlande et 15,3 du Pakistan. La douane a également noté une augmentation des quantités d'héroïne en provenance d'Afrique. Alors qu'un kilo "seulement" d'héroïne d'origine africaine avait été en saisi en 1993, cette quantité est passée à 9 kilos en 1994.²⁰

Comme nous l'avons déjà indiqué au paragraphe précédent, les pays africains participent de plus en plus au transit de l'héroïne (et de la cocaïne) destinée à l'Europe (et à l'Amérique du Nord). Cela ne se limite pas seulement à l'Afrique occidentale, où le Nigéria joue un rôle-clé, mais concerne aussi l'Afrique australe et de l'Est.

Un phénomène identique apparaît en France, où réside une importante communauté africaine. Plusieurs héroïnomanes nous ont raconté qu'il y avait de plus en plus de dealers de rue d'origine africaine, mais aussi qu'ils importaient (directement) l'héroïne d'Afrique. Ce qui n'est pas clair, c'est s'il s'agit d'héroïne africaine – la Côte d'Ivoire, le Nigéria et le Tchad sont désormais des pays producteurs –²¹ ou s'il s'agit d'héroïne asiatique qui transite par l'Afrique de l'Ouest et le Maghreb avant d'arriver en Europe.²² En tout cas, d'après ce que les usagers savaient, il s'agissait de réseaux africains offrant une héroïne différente de la marchandise "turque courante". Cette différence n'est pas seulement visible à l'oeil nu ("l'africaine" est blanche), mais elle se remarque au toucher et au goût. L'héroïne blanche "d'Afrique de l'Ouest" est encore rare dans les statistiques des saisies d'héroïne, ce qui pourrait signifier qu'elle est encore assez rarement interceptée. Elle est généralement aux mains de petits réseaux sur lesquels la police a peu d'emprise et qui sont difficiles à pénétrer.

L'héroïne interceptée provient donc rarement des pays africains. Le cas est le même dans certains autres pays européens tels que l'Allemagne, l'Italie et la Suisse. Il est surprenant que la France intercepte aussi peu d'héroïne venant de ces pays, qui sont pourtant connus comme d'importants pays de transit.

Les chiffres de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), l'organe gouvernemental qui collecte les données de la douane, de la gendarmerie et de la police, font ressortir de quels pays provient l'héroïne saisie en France (voir Tableau 1.1).

Tableau 1.1 : Provenance de l'héroïne saisie en France (en kilos)

	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
Belgique	12,3	(3,0)	6,2	(1,1)	16,9	(5,2)	39,7	(10,3)	9,8	(1,5)	44,4	(8,9)
Allemagne	0	0,1	(0)		0		0,1	(0)	1,3	(0,2)	0,9	(0,2)
Inde	37,2	(9,2)	20,5	(3,7)	5,2	(1,6)	0,5	(0,1)	0		14,4	(2,9)
Italie	0,1	(0)	2,9	(0,5)	0		0		18,0	(2,7)	0,0	(0)
Liban	41,7	(10,3)	21,4	(3,8)	15,3	(4,7)	5,3	(1,4)	4,8	(0,7)	0,3	(0,1)
Pays-Bas	77,5	(19,1)	185,4	(33,0)	86,2	(26,3)	164,9	(42,7)	318,9	(48,2)	289,8	(58,1)
Pakistan	12,7	(3,1)	30,4	(5,4)	42,9	(13,1)	16,2	(4,2)	103,6	(15,7)	0	
Espagne	0		14,0	(2,5)	0,9	(0,3)	0		14,3	(2,2)	0,5	(0,1)
Thaïlande	27,0	(6,7)	41,4	(7,4)	6,1	(1,9)	5,0	(1,3)	10,0	(1,5)	4,1	(0,8)
Turquie	82,0	(20,2)	96,4	(17,2)	6,0	(1,8)	32,2	(8,3)	19,6	(3,0)	8,3	(1,7)
Suisse	4,3	(1,1)	0		15,9	(4,9)	0,4	(0,1)	0,4	(0)	1,2	(0,2)
Autres pays	33,2	(8,2)	30,8	(5,5)	14,1	(4,3)	9	(2,3)	16,9	(2,6)	9,3	(1,9)
Non précisé	77,2	(19,1)	111,7	(19,9)	118,2	(36,1)	112,6	(29,2)	143,4	(21,7)	125,4	(25,2)
Total	405,2	(100)	561,2	(100)	327,7	(100)	385,9	(100)	661,0	(100)	498,6	(100)

Source : Rapports statistiques annuels de l'OCRTIS, Ministère de l'Intérieur

Il est évident que les Pays-Bas l'emportent dans ce domaine. Alors qu'ils occupaient encore la seconde place derrière la Turquie en 1990 avec 19% des saisies, la part d'héroïne en provenance des Pays-Bas n'a pratiquement pas cessé d'augmenter après 1990 (sauf en 1992). En 1994, cette part atteignait presque la moitié (48%) du total de l'héroïne interceptée, avant de passer à 58% en 1995. Il convient toutefois de souligner que cette augmentation relative des pourcentages (de 48 à 57%) a représenté une baisse en valeur absolue. En effet, exprimée en kilos, la quantité d'héroïne de provenance néerlandaise saisie en France a diminué. Des 318,9 kilos saisis en 1994, on est passé à 289,8 kilos en 1995. Ces données de l'OCRTIS relatives aux saisies réalisées par la douane, la gendarmerie et la police vont donc à l'encontre des chiffres du sénateur Masson, selon lequel pas moins de 84% de l'héroïne saisie en France est originaire des Pays-Bas.²³

Si on prend seulement la quantité d'héroïne interceptée par la douane en 1994, c'est-à-dire 325 kilos, seuls 68% provenaient des Pays-Bas. Un troisième pourcentage, à savoir 61%, est parfois cité également dans ce débat. Il s'agit dans ce cas de l'héroïne dont on a pu retracer la provenance. C'est-à-dire sans tenir compte des 143,4 kg (21,7%) dont l'origine est inconnue.

La douane française attribue l'augmentation du volume de l'héroïne originaire des Pays-Bas à la suppression des frontières intérieures (de l'Union européenne); il est ainsi plus facile d'aller acheter de la drogue aux Pays-Bas, principal centre de distribution de l'héroïne en Europe, selon la douane française.²⁴

Etant donné que différents chiffres circulent sur ce sujet, sujet qui s'avère d'ailleurs extrêmement sensible du point de vue politique – et que ces chiffres, extraits de leur contexte, risquent d'être mal interprétés – il est bon d'ajouter quelques précisions. Si on veut savoir quelle part de l'héroïne saisie en France en 1994 était d'origine néerlandaise, la réponse est 48%. Pour l'année 1995, ce pourcentage était de 58%, en répétant toutefois que cette hausse en pourcentage ne signifie pas un nombre de kilos supérieur en provenance des Pays-Bas. En kilos, les quantités d'héroïne venant des Pays-Bas sont en effet passées de 318,9 kilos en 1994 à 289,8 kilos en 1995.

La France accuse souvent les Pays-Bas d'être impliqués dans le trafic international de stupéfiants. Cela n'est certes pas sans raison car les chiffres crèvent les yeux.

Malgré ces chiffres indéniables, et donc un trafic dont l'ampleur ne doit pas être minimisée, on peut se demander si la provenance néerlandaise de l'héroïne n'est pas surestimée en France, ou en d'autres mots, si les autres provenances ne sont pas sous-représentées dans les statistiques. Nous venons justement de remarquer qu'il était plutôt étrange que certains pays, qui sont des pays de transit notoires en Europe, apparaissent à peine dans les statistiques relatives aux saisies d'héroïne.

Ce qui frappe le plus, c'est que le pourcentage d'héroïne saisie en provenance de Turquie ait autant baissé ces dernières années, alors que la majorité de l'héroïne vendue sur le marché européen vient de ce pays. Alors qu'en 1990 et 1991, on avait respectivement saisi 82,0 et 96,4 kilos d'origine turque, au cours des trois années suivantes cette quantité accuse une baisse considérable : en 1992, 1993, 1994 et 1995, on a saisi une quantité respective de 6; 33,2; 19,6 et 8,3 kilos.

En outre, on est surpris de voir qu'aussi peu d'héroïne est saisie dans d'autres pays de transit que les Pays-Bas. Etant donné que plusieurs filières commerciales de l'héroïne venant de Turquie empruntent surtout la route, il est frappant qu'on intercepte aussi peu d'héroïne en provenance des autres pays de transit tels que l'Allemagne, l'Italie, l'Autriche, la Suisse et certains autres pays d'Europe de l'Est et des Balkans. L'Italie est, par exemple, une importante plaque tournante de l'héroïne. Les quantités d'héroïne saisies dans ce pays sont d'ailleurs considérables. C'est pourquoi, il est étrange qu'on intercepte peu d'héroïne à la frontière franco-italienne. L'année 1994 a été une année exceptionnelle, puisque 18 kilos d'héroïne en provenance d'Italie ont alors été saisis en France, alors que les saisies des autres années étaient réduites. En 1995, seulement 2 grammes de l'héroïne interceptée en France était d'origine italienne.²⁵

La sous-représentation -possible- des pays autres que les Pays-Bas dans les statistiques s'applique notamment à l'Allemagne, puisque l'héroïne qui circule aux Pays-Bas y est entrée en grande partie *via* l'Allemagne. En fait, l'Allemagne joue (bien) plus que les Pays-Bas un rôle-clé dans le trafic d'héroïne au sein de l'Union européenne.²⁶ Comme nous l'avons souligné au paragraphe précédent, que les filières de l'héroïne empruntent la traditionnelle route des Balkans ou les nouvelles routes est-européennes (la République tchèque par exemple), c'est en Allemagne que l'héroïne pénètre dans l'Union européenne. Pour cette raison, l'Allemagne est surnommée, dans le cas précis de l'héroïne, la "porte d'entrée" de l'Union européenne.

A cet égard, il ne faut pas oublier que l'Allemagne compte la plus importante communauté turque d'Europe, composée de 2 millions de Turcs et de Kurdes. Nous avons montré plus haut que le trafic d'héroïne en Europe était aux mains des Turcs, ou plus exactement de la diaspora turque. Il est donc inévitable que l'Allemagne participe pour le moins au trafic d'héroïne. On peut y ajouter, élément d'importance secondaire, qu'avec ses 100.000 à 120.000 héroïnomanes, l'Allemagne représente un marché lucratif pour l'écoulement de l'héroïne.²⁷

Le rôle-clé de l'Allemagne dans le trafic d'héroïne en Europe ressort notamment des saisies dans ce domaine. Ainsi, en juin-juillet 1994, 560 kilos d'héroïne ont été saisis en Allemagne, soit presque le volume saisi en France pour toute l'année 1994.²⁸ Pour la totalité de l'année 1994, la douane allemande a réalisé 30% des saisies d'héroïne de l'Union européenne.

Ces données soulèvent une question légitime : si l'Allemagne joue un rôle aussi central dans ce domaine, et si l'héroïne vendue aux Pays-Bas pénètre dans ce pays *via* l'Allemagne, comment se fait-il que sur l'héroïne saisie en France autant provienne des Pays-Bas et presque rien d'Allemagne ?

Une réponse à cette question ne peut pas être donnée avec certitude. Les Français pourraient avancer que ce phénomène tient au rôle de plaque tournante que les Pays-Bas occupent dans le trafic international de drogue, dont celui de l'héroïne. Les Néerlandais, de leur côté, pourraient répondre qu'une part aussi importante de l'héroïne saisie en France est d'origine néerlandaise parce que le trafic routier en provenance des Pays-Bas fait l'objet de contrôles sévères. Chacune de ces allégations contient vraisemblablement une part de vérité.

Pourtant, il reste étrange qu'autant d'héroïne saisie en France provienne des Pays-Bas et aussi peu d'Allemagne. Une explication possible, et même vraisemblable, est que la frontière du Nord de la France (en direction de la Belgique et des Pays-Bas) est considérée en France comme relativement "peu sûre", alors que celle avec l'Allemagne est réputée "sûre", d'où le taux d'occupation des différents postes-frontières.

La frontière franco-allemande étant manifestement considérée comme "sûre", elle est moins surveillée. L'amitié franco-allemande joue également un rôle à cet égard et les deux pays ne désirent pas y mettre trop d'obstacles. Au contraire, la frontière "peu sûre" du Nord de la France est considérée dans le pays comme la mieux surveillée.²⁹ Cela implique donc que la frontière du Nord de la France est soumise à des contrôles relativement plus

fréquents – phénomène qui n'a rien de nouveau pour les Néerlandais qui se rendent en France – ce qui accroît donc les risques d'être pris à cette frontière.

Si on raisonne du point de vue de la douane française, on comprend qu'elle surveille beaucoup la frontière Nord parce qu'une part importante, et en hausse permanente, de l'héroïne saisie en France provient des Pays-Bas. On comprend également que l'héroïno-mane français et le petit dealer viennent s'approvisionner aux Pays-Bas : l'héroïne s'achète assez facilement dans ce pays, son prix est inférieur et sa qualité (pureté) supérieure.³⁰

Du point de vue du gros trafiquant, il n'est cependant pas logique qu'une part si importante de l'héroïne interceptée provienne des Pays-Bas. En effet, l'héroïne pénètre en Europe de l'Ouest par la route des Balkans ou d'Europe de l'Est, avec l'Allemagne comme principale porte d'entrée de l'Union européenne. Pourquoi ne pas importer alors l'héroïne directement d'Allemagne, au lieu d'aller chercher aux Pays-Bas une marchandise d'origine allemande ? Autrement dit, pourquoi faire un détour (compliqué) alors qu'il existe une route plus courte et plus simple ? Etant donné que tout trafiquant de drogue professionnel, tout négociant "normal" d'ailleurs, procède à une analyse des risques pour chaque option disponible, et que ce même trafiquant sait que les risques de contrôle sont nettement plus élevés à la frontière du Nord de la France, qu'à celle de l'Est, il n'est absolument pas malin de sa part de choisir l'axe Pays-Bas-Belgique-France. En raisonnant logiquement, on peut donc s'attendre à ce qu'un trafiquant professionnel préfère suivre une autre filière commerciale.

Pourtant, comme nous l'avons vu, les chiffres se passent de commentaire. Pourquoi la quantité d'héroïne d'origine néerlandaise est-elle malgré tout aussi importante ?

Le trafic d'héroïne entre les Pays-Bas et la France peut s'expliquer en premier lieu par le mécanisme des prix. L'héroïne est moins chère aux Pays-Bas qu'en France; de plus, le taux de pureté de l'héroïne néerlandaise est supérieur. Autrement dit, une meilleure qualité pour un prix inférieur. On comprend donc aisément pourquoi les toxicomanes français viennent parfois chercher leur héroïne aux Pays-Bas. Un phénomène dont les Pays-Bas sont bien sûr conscients, il suffit pour cela de se rendre à Rotterdam. Un simple coup d'oeil à Rotterdam apprend d'ailleurs que la majorité des acheteurs de drogue sont des Français.³¹

Le trafic d'héroïne qui résulte de ce mécanisme des prix est indéniable : en 1994, presque la moitié de l'héroïne saisie provenait des Pays-Bas, à savoir 318,9 sur 661 kilos. En 1995, plus de la moitié (58%) des saisies avaient une provenance néerlandaise, soit 289,8 sur 498,6 kilos. L'ampleur de ce trafic ne doit pas être minimisée, mais d'un autre côté, on peut se demander si l'héroïne d'origine néerlandaise représente une part aussi importante des quantités saisies en France. Si on examine la répartition de l'héroïne interceptée, on remarque que les saisies semblent concerner en majorité des "petits dealers" et des coups de hasard. En d'autres mots, il y a relativement peu de grosses saisies.

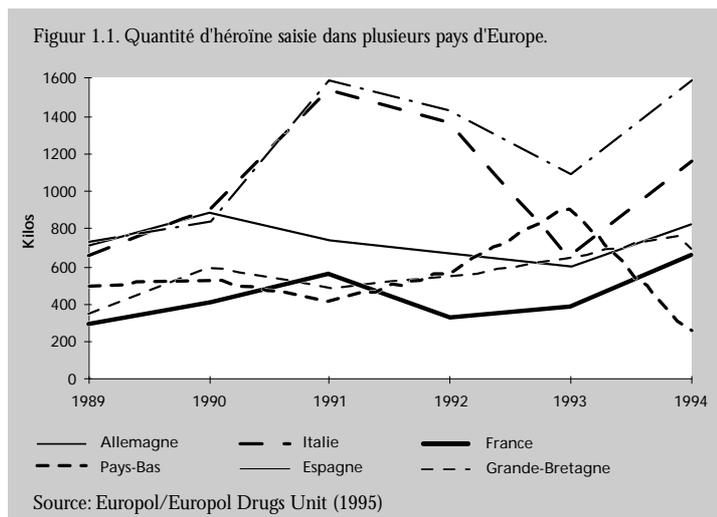
De plus, on ignore ce que les saisies représentent par rapport à la drogue en circulation sur le marché. Nous avons indiqué plus haut que ce pourcentage était estimé à 10%, suivant un principe international. Si on prend le "marché" français, c'est-à-dire un nombre

d'héroïnomanes qui, comme nous le verrons plus loin, s'élève au moins à 160.000, les quantités interceptées ne semblent pas aussi significatives que cela. En tout cas, il est évident que la majorité des importations échappe à la police et à la douane. Bien sûr, cela vaut non seulement pour la France, mais aussi pour la majorité des pays (européens).

Si on compare avec les autres pays les chiffres des saisies d'héroïne réalisées en France, on peut se demander si autant d'héroïne est vraiment interceptée en France. Les quantités d'héroïne saisies ces dernières années dans les autres grands pays d'Europe de l'Ouest, tels que l'Allemagne, l'Italie, la Grande-Bretagne et l'Espagne, sont généralement supérieures à celles de la France. Même les saisies d'héroïne réalisées aux Pays-Bas dépassent celles de la France dans la plupart des cas. Les saisies d'héroïne des pays sus-mentionnés sont présentées dans le graphique suivant.³²

Par rapport aux chiffres de population et aux marchés de l'héroïne dans les différents pays – pour autant que les statistiques soient fiables sur ce point – les résultats obtenus par la France ne sont pas très bons. On ne peut toutefois pas en conclure que les services antidrogues français fonctionnent moins bien que les autres, étant donné que la marge d'erreur concernant la quantité de drogue en circulation est élevée.

Bien qu'une part considérable des saisies d'héroïne provienne des Pays-Bas, une certaine nuance est toutefois requise. Sans vouloir minimiser l'ampleur du trafic d'origine néerlandaise, un examen critique des chiffres laisse à penser que les autres filières d'approvisionnement sont sous-représentées dans les statistiques. Gilles Leclair, chef de l'OCRTIS, a lui aussi déclaré que les Pays-Bas n'étaient pas le seul pays d'approvisionnement de l'héroïne en France, en ajoutant qu'il n'existait pas, à sa connaissance, de cultures de pavot aux Pays-Bas, et qu'on n'y avait pas non plus découvert de laboratoire d'héroïne.³³



La remarque précédente relative au taux d'occupation des postes douaniers et le fait que des drogues arrivent malgré tout par le Nord (Pays-Bas et Belgique), impliquent que des contrôles relativement intensifs sont menés à la frontière du Nord de la France. Le trafic routier en provenance des Pays-Bas court plus de risques d'être contrôlé que celui qui vient d'Allemagne, de Suisse ou d'Italie. C'est pourquoi il est logique qu'on intercepte plus d'héroïne à cette frontière. Sans vouloir sous-estimer la gravité du trafic de stupéfiants des Pays-Bas vers la France, il semble que le proverbe "Cherche et tu trouveras" s'applique tant soit peu à la situation à la frontière du Nord de la France.

1.4 L'héroïne en provenance des Pays-Bas

Dans son rapport annuel de 1994, l'OCRTIS fait part de ses préoccupations en ce qui concerne la quantité croissante d'héroïne en provenance des Pays-Bas.³⁴ Ce rapport passe en revue les chiffres des années 1992, 1993 et 1994 en soulignant qu'ils ont presque doublé chaque année : la quantité d'héroïne d'origine néerlandaise saisie atteignait respectivement 86,2; 164,9 et 318,9 kilos. En 1995, ce volume est retombé à 289,8 kilos mais, comme nous l'avons montré plus haut, cette baisse en valeur absolue représentait aussi une augmentation du volume d'héroïne provenant des Pays-Bas. En 1995, 58% des saisies d'héroïne étaient en effet de provenance néerlandaise, ce qui a incité l'OCRTIS à consacrer une attention particulière aux saisies d'héroïne néerlandaise dans son rapport de 1995. Le présent paragraphe repose en grande partie sur l'aperçu en question.

Comme on le sait, l'OCRTIS n'est pas le seul à s'inquiéter de cette évolution, à savoir qu'une part croissante de l'héroïne saisie en France provient des Pays-Bas; les hommes politiques français expriment régulièrement leur inquiétude à ce sujet. Un des exemples les plus récents en est le rapport publié par le sénateur Masson, dans lequel il attire l'attention sur le "rôle-clé" que les Pays-Bas occuperaient au sein du trafic international (européen) des stupéfiants. Les réactions que ce rapport a déclenchées à la Chambre des députés et au Sénat français illustrent encore mieux les graves préoccupations du public face aux drogues néerlandaises qui envahiraient le marché français. Sans parler du fait que les chiffres que Masson cite dans son rapport ne correspondent pas aux chiffres officiels,³⁵ il ne reste pas moins qu'une part considérable de l'héroïne interceptée en France est de provenance néerlandaise - que ces quantités soient élevées ou réduites en valeur absolue. Etant donné la gravité du sujet et les intérêts politiques en jeu, il est bon d'examiner de plus près cette "héroïne néerlandaise" : En quoi consiste ce trafic ? Est-il seulement question de commerce de détail ou peut-on tout de même parler de gros trafic ?

La remarque est sans doute inutile, mais il convient de répéter que les saisies de drogue ne reflètent pas par définition les véritables filières commerciales en place, puisque la majorité du trafic échappe à la douane et à la police. Les saisies d'héroïne montrent "en tout cas" ce qui a lieu dans la pratique.

Pour commencer, résumons certains faits. Comme nous l'avons souligné plusieurs fois, 498,6 kilos d'héroïne ont été interceptés en France en 1995. Sur ces 498,6 kilos, 289,8 kilos provenaient des Pays-Bas, ce qui équivaut à 58% du total. Un quart des 498,6 kilos était d'origine indéterminée. Si on examine les quantités dont l'origine est connue (soit 373 kilos), on voit que 77,6% proviennent des Pays-Bas.

Les 289,8 kilos d'héroïne néerlandaise n'étaient pas entièrement destinés au marché français. 183,9 kilos (63%) étaient réservés à la France, les 105,9 kilos restants (37%) étaient des marchandises en transit, avec comme principales destinations l'Italie, le Portugal et surtout l'Espagne, en 1995. Sur les 289,8 kilos d'héroïne en provenance des Pays-Bas, 93,0 kilos étaient destinés à l'Espagne (32%) et respectivement 10,2 kilos (3,5%) au Portugal et 1,6 kilo (0,6%) à l'Italie.

Si l'on compare le trafic destiné à la France d'une part et celui destiné à l'Espagne et au Portugal d'autre part, on remarque que le commerce de transit à destination de la péninsule ibérique concerne des quantités – nettement – plus importantes. Alors qu'en 1995 un transport moyen d'héroïne néerlandaise destinée à la France s'élevait à 294 grammes (183,9 kilos répartis sur 625 prises), pour le transit vers l'Espagne et le Portugal cette moyenne était plusieurs fois supérieure, à savoir 4,5 kilos. Si l'on ventile ces résultats par pays, il s'avère que les 93 kilos destinés à l'Espagne étaient répartis sur 14 transports, soit une moyenne de 6,6 kilos. Les 10,2 kilos destinés au Portugal ont été saisis en neuf opérations, ce qui revient à une moyenne de 1,2 kilos par transport.

Ces moyennes révèlent bien sûr certaines tendances, mais elles ne montrent pas tout. En effet, il suffit de quelques grosses prises pour faire nettement remonter la moyenne. De plus, une moyenne ne signifie pas grand chose en soi si elle n'est pas accompagnée d'une ventilation.

Dans son analyse des saisies d'héroïne, l'OCRTIS fait la distinction entre les quantités respectivement supérieures et inférieures à 50 g. Sur les quantités saisies au-dessous de 50 g, le total s'élevait à 25,9 kilos, dont 7,9 kg d'origine connue (elle était indéterminée pour le reste). Sur ces 7,9 kilos, 7,1 kilos provenaient des Pays-Bas. Ces 7,1 kilos d'héroïne néerlandaise ont été interceptés au cours de 431 prises différentes, ce qui équivaut à 16 g d'héroïne par prise. Ces saisies ne représentent pas beaucoup sur le plan quantitatif (2% de la quantité d'héroïne provenant des Pays-Bas), mais elles constituent néanmoins 69% du total des transports d'héroïne néerlandaise interceptés et destinés à la France, soit 431 sur 625.

Les plus importants centres néerlandais où ces petites quantités d'héroïne sont vendues sont Amsterdam, Breda, Maastricht, Rotterdam et Terneuzen. Comme on pouvait s'y attendre, Rotterdam est dans la majorité des cas à l'origine de ce "trafic de fourmis".

En ce qui concerne les saisies d'héroïne supérieures à 50 g, on arrive à un volume de 472,7 kilos, soit 95% de la quantité totale interceptée en France en 1995. Sur ces 472,7 kilos, 466,3 kilos sont d'origine connue, dont 282,7 kilos en provenance des Pays-Bas, l'équivalent de 61%. Sur ces 282,7 kilos, 177,0 kilos étaient destinés à la France. Ces quantités ont été interceptées au cours de 204 prises, soit une moyenne de 868 g d'héroïne

par prise. Ces saisies représentent 96% de la quantité totale d'héroïne d'origine néerlandaise destinée à la France (notamment 177,0 sur 183,9 kilos), alors que le nombre de saisies représentait 33% des transports d'héroïne néerlandaise à destination de la France (204 sur 625).

Si l'on prend les saisies d'héroïne de provenance néerlandaise supérieures à 50 g, on remarque que Rotterdam joue un rôle bien moins éminent dans ce domaine. Les chiffres de l'OCRTIS montrent que les plus grosses saisies d'héroïne néerlandaise proviennent en majorité d'Amsterdam. Les autres centres nommés à cet égard sont Breda, La Haye, Diemen, Roosendaal, Rotterdam et Utrecht.

En résumé, on peut dire que, sur les 183,9 kilos d'héroïne néerlandaise destinés à la France et saisis au cours de 625 prises, 96% de cette *quantité* (177 des 183,9 kilos) a été interceptée au cours de 33% du *nombre* de transports (204 des 625). A l'inverse, 4% de la *quantité* d'héroïne a été interceptée au cours de 69% du *nombre* de transports. En termes plus clairs, plus des deux tiers des interpellations pour possession d'héroïne d'origine néerlandaise en France concernent des quantités relativement réduites destinées aux usagers.

Même si une large proportion d'interpellations est liée à des quantités destinées aux usagers, cela n'empêche pas qu'une grande partie de l'héroïne interceptée en France provient des Pays-Bas. Si la plupart des transports d'héroïne néerlandaise en direction de la France concerne des quantités relativement réduites, cela implique qu'il existe également un nombre – réduit – de saisies relativement importantes.

Les chiffres des saisies d'héroïne laissent penser que pour les plus grosses quantités, il faut aller voir du côté d'Amsterdam. En ce qui concerne Rotterdam, on parle souvent de "trafic de fourmis" en direction de la France. Si cela est vrai dans la majorité des cas, on y assiste également à un trafic de "gros bonnets".

Il semble que l'ampleur du trafic d'héroïne soit sous-estimée aux Pays-Bas. On sait qu'il existe un commerce à échelle réduite (trafic de fourmis) entre Rotterdam et Lille, mais on entend rarement parler d'un trafic d'héroïne de plus grande envergure, ou de transports qui vont bien plus loin que le Nord de la France. On part peut-être trop vite du principe que ce trafic concerne des petites quantités destinées aux usagers et que la "portée" de cette héroïne ne dépasse pas le Nord de la France et Paris. Une étude plus approfondie des chiffres français montre que la situation n'est pas si simple. Le trafic de fourmis représente certes un large pourcentage du nombre de transports, mais ce pourcentage n'est pas si élevé par rapport à la quantité totale d'héroïne interceptée. Les chiffres révèlent que la France intercepte aussi de l'héroïne néerlandaise en transit vers des destinations bien plus lointaines. Il ne s'agit pas seulement de villes du Sud comme Avignon, Marseille, Orange et Toulouse, par exemple, mais aussi de pays comme l'Italie, le Portugal et l'Espagne.

1.5 Prix, qualité et disponibilité

Prix

Le prix de l'héroïne est élevé en France. Il convient d'ajouter qu'on ne peut pas parler de prix sans tenir compte du taux de pureté. L'héroïne qui circule en France ayant un taux de pureté de 5 ou 10% seulement, le prix "en soi" -sans précision du taux de pureté- ne signifie pas grand chose. Autrement dit, c'est le rapport qualité-prix qui compte.

Dans leur aperçu de 1992, Cesoni et Schiray mentionnent également le prix des drogues vendues en France. Comme ils le précisent, ces données ont été collectées directement auprès de "spécialistes".³⁶ Selon ces sources, le prix de l'héroïne d'une pureté de 5 à 10% variait en 1990 entre 800 et 1.200 francs le gramme. Ces prix resteraient stables.

Le ministère de l'Intérieur publie depuis un certain temps le bulletin *Dossier Stups*, qui fait état du prix moyen des différentes drogues dans la rue. Tous les services régionaux de Police judiciaire ont collaboré à ce dossier. Le numéro d'avril 1995 de *Dossier Stups* mentionne le prix de l'héroïne aussi bien pour 1993 que pour 1994.³⁷

En 1993, le prix du gramme d'héroïne ventilé par grande ville était de :

- Jusqu'à 800 francs : Paris, Versailles, Lille, Marseille
- De 800 à 1.000 francs : Bordeaux, Toulouse, Rouen, Reims, Nancy
- Plus de 1.000 francs : le reste de la France

En 1994, le prix du gramme d'héroïne ventilé par région était de :

- Jusqu'à 600 francs : Nord, Pas-de-Calais
- De 600 à 800 francs : Ile-de-France, Provence-Côte d'Azur, Normandie
- De 800 à 1.000 francs : le reste de la France
- Plus de 1.000 francs : Bourgogne, Bretagne

Le ministère de l'Intérieur prélève des échantillons des doses d'héroïne proposées dans la rue. La dose d'héroïne, qui devrait faire 0,2 g, pèse moins dans la pratique. Il n'est pas rare qu'elle pèse seulement 0,1 ou 0,05 g.³⁸ Le prix de la dose reste malgré tout de 200 francs. Le prix réel du gramme d'héroïne est donc nettement supérieur aux 600 à 800 francs mentionnés plus haut.

En comparaison avec les prix pratiqués dans les autres pays ouest-européens, le prix de l'héroïne est élevé en France. Il est difficile d'expliquer clairement le mécanisme des prix. On peut toutefois avancer certains facteurs d'influence.

Chaque mécanisme de prix répond à l'offre et à la demande. Une des explications du prix élevé de l'héroïne en France tient peut-être au fait que le marché français n'est pas encore saturé. La vague d'héroïne est arrivée plus tard en France qu'aux Pays-Bas, par exemple. Alors qu'on a assisté dès les années soixante-dix à l'extension de l'héroïnomanie aux Pays-Bas, ce phénomène n'est apparu qu'une décennie plus tard en France, avec une

pointe au milieu des années quatre-vingt. A l'heure actuelle, l'héroïnomanie continue à s'étendre en France, comme on peut le voir notamment dans le Nord du pays. Le fait que le secteur de la demande soit aujourd'hui encore en "développement" peut expliquer en partie le prix élevé de l'héroïne.

On peut citer une autre raison possible : en France, tout usage de drogue est considéré comme un délit et il est passible de poursuites. Si la consommation de cannabis ne donne pas toujours lieu à des poursuites, c'est toutefois le cas de celle d'héroïne. Les usagers doivent donc se cacher et la consommation, le petit et le gros trafic doivent se dérouler dans la clandestinité, ce qui peut entraîner une escalade des prix.

Enfin, le prix élevé de l'héroïne tient peut-être au nombre insuffisant de programmes de méthadone proposés en France. Aux Pays-Bas, on a constaté que le lancement à grande échelle de programmes de méthadone avait été suivi d'une baisse du prix de l'héroïne. Les programmes de méthadone réduisent en effet la demande d'héroïne, ce qui résulte en une baisse des prix (loi de l'offre et de la demande).

Qualité

La qualité de l'héroïne proposée en France est généralement mauvaise, comme le montrent les échantillons analysés par les laboratoires médico-légaux de Lyon et de Paris.

La même impression ressort des entretiens menés avec différents usagers : ils trouvent que la qualité de l'héroïne disponible sur le marché baisse depuis quelques années. L'ouvrage de Nelly Boullenger consacré aux héroïnomanes du département de la Seine-Saint-Denis va également dans ce sens. Selon les usagers interrogés, les risques d'arnaque se sont multipliés au cours des 10 dernières années, c'est-à-dire l'achat d'héroïne de très mauvaise qualité, ou d'un produit qui n'en contient peut-être même pas.³⁹ La mauvaise qualité et le manque, ou l'absence totale, de "flash" expliquent notamment pourquoi certains usagers consomment occasionnellement du crack à côté, et pourquoi certains héroïnomanes passent entièrement à cette drogue.⁴⁰

L'héroïne vendue à Paris présente de grosses différences de pureté; celle-ci pouvant aller d'un pourcentage infime à des pointes de 50%. C'est dans le 13ème arrondissement de Paris, le "quartier chinois", que l'héroïne atteint parfois un taux de pureté relativement élevé (de 30 à 50%).⁴¹ L'héroïne provient vraisemblablement de réseaux chinois ou vietnamiens qui importent l'héroïne – blanche – directement de l'étranger. La poudre blanche reste toutefois un produit peu courant à Paris. Il est d'ailleurs très rare de trouver de l'héroïne d'une telle pureté dans la capitale.

L'héroïne qui circule *habituellement* dans la rue est de couleur brune ("turque") et de mauvaise qualité. Sa pureté varie généralement entre 5 et 20% (à l'exception de pointes). Dans le 18ème arrondissement de Paris, qui compte une large population de toxicomanes, l'héroïne est souvent de mauvaise qualité : entre 5 et 10%. Dans les autres arrondissements dont le 1er, le 7ème, le 10ème ou le 13ème déjà cité, l'héroïne a peut-être un taux de pureté supérieur, mais celui-ci reste généralement bas à Paris.⁴²

Nous avons déjà attiré l'attention sur la situation particulière du Sud de la France, où l'on trouve plus souvent de l'héroïne blanche que de la brune sur le marché. Environ 80%

de l'héroïne interceptée dans cette région est de couleur blanche. Cette poudre, qui a été analysée par le laboratoire de la Police de Lyon, a révélé un taux de pureté d'environ 15%. L'héroïne est en majorité coupée avec de la caféine et du paracétamol.

La qualité variable de l'héroïne explique vraisemblablement le nombre assez important de surdoses enregistrées en France.⁴³ En comparaison à l'héroïne proposée aux Pays-Bas, celle qui circule en France est de très mauvaise qualité. C'est peut-être la raison pour laquelle un nombre important de toxicomanes français meurt de surdose aux Pays-Bas (Rotterdam).

Plusieurs usagers parisiens nous ont raconté au cours d'entretiens que l'héroïne était de très mauvaise qualité et que cette qualité n'avait pas cessé de baisser depuis quelques années. Alors qu'on trouvait autrefois de l'héroïne blanche (importée par des Français et plus tard par des Chinois), depuis la fin des années quatre-vingt il n'y a plus que de l'héroïne brune sur le marché ("turque"). Selon les usagers, cette héroïne est d'une qualité nettement inférieure à l'héroïne chinoise.

A Paris, le trafic de rues est aux mains des Tunisiens depuis les années quatre-vingt. Après avoir vendu de l'héroïne chinoise au départ, ils ont proposé de l'héroïne turque quand celle-ci a envahi le marché. Les vendeurs de rue d'origine africaine, qui sont apparus dans les années quatre-vingt-dix, font parfois de la concurrence aux Tunisiens. Dans la majorité des cas, les Africains proposent deux produits : l'héroïne et le crack.⁴⁴

Disponibilité

En comparaison avec les Pays-Bas, il est difficile, à première vue, de se procurer de l'héroïne en France. Du moins, les lieux de vente sont moins visibles qu'aux Pays-Bas. Le (petit) trafic français se déroule dans la clandestinité, du fait que les usagers et les (petits) dealers sont poursuivis par la police.

La loi française considère tout usage de drogue comme un délit qui expose généralement à des poursuites. Si la consommation de cannabis ne donne pas toujours lieu à des poursuites,⁴⁵ c'est toutefois le cas de celle d'héroïne. La loi offre néanmoins à l'usager une possibilité d'y échapper, en suivant un traitement, c'est l'injonction thérapeutique. Cette option n'est pas offerte à l'infini à l'héroïname, mais elle suit généralement dès le premier constat d'un délit d'usage de drogue. Même si l'usager n'est pas poursuivi, il est emmené au commissariat de police, où un procès-verbal est établi, et il est mis en garde à vue pendant un délai pouvant aller de quelques heures à une nuit. De plus, la quantité d'héroïne qu'il détient est confisquée. Ces conditions ont poussé le commerce vers la clandestinité. Le trafic est donc moins voyant, mais il a tout de même lieu. L'usager en quête d'héroïne saura bien où la trouver.

Une fois de plus, ce trafic est moins voyant, à première vue, qu'aux Pays-Bas par exemple. Tout est cependant relatif, car cela dépend beaucoup de l'endroit où l'on cherche. Si on compare la *scène* toxicomaniaque d'Amsterdam à celle de Paris, on remarque une grosse différence : celle d'Amsterdam se déroule en majorité dans le centre ville et saute donc plus aux yeux des profanes (dont les touristes). A Paris, la *scène* est implantée en périphérie du centre-ville, dans le 18^{ème} arrondissement ou en banlieue –

en tout cas dans des endroits où les visiteurs comme les touristes n'ont aucune raison de se rendre. Le milieu toxicomane de Paris saute donc moins aux yeux des profanes que celui d'Amsterdam, alors que pour l'héroïnomanie lui-même, cette différence est bien moins nette.

La région parisienne compte plusieurs cafés où l'héroïne est vendue au comptoir. C'est le cas de certains quartiers tels que Barbès, la Goutte d'Or et Belleville, mais aussi de certaines banlieues comme dans le département de la Seine-Saint-Denis.⁴⁶ Une personne qui s'y connaît un peu (où qui a un bon guide), sait où trouver les concentrations de dealers de la région parisienne.⁴⁷

On constate depuis quelques années qu'il n'est pas toujours facile de se procurer de l'héroïne dans la région parisienne. Ainsi, dans certains endroits le crack a plus ou moins remplacé l'héroïne. Certains dealers préfèrent vendre du crack plutôt que de l'héroïne, car son commerce est plus lucratif. La dose de crack est peut-être moins chère que celle d'héroïne (200 francs contre 100 francs), mais l'effet du crack étant beaucoup plus court, le toxicomane revient plus vite voir son dealer. Du point de vue du revendeur, le crack est plus intéressant car ce produit "fidélise" davantage le client.

Le fait que certains héroïnomanes franchissent le pas entre l'héroïne et le crack (comme principale drogue) tient peut-être à la pureté réduite de l'héroïne et à son prix élevé. Plusieurs héroïnomanes de longue durée nous ont déclaré qu'une dose d'héroïne de 200 francs ne leur procurait pas toujours un flash, alors qu'ils y arrivaient toujours avec un caillou de crack de 100 francs, même si son effet était de courte durée.

Les prostituées en particulier passent de l'héroïne au crack. Elles se plaignent fréquemment du fait que l'héroïne de mauvaise qualité "ne réchauffe plus" (l'héroïne procure généralement une sensation de chaleur). En raison de leur travail, cet aspect est important, et elles préfèrent passer à une drogue avec laquelle elles en ont "plus pour leur argent".

1.6 Conclusion

Le présent chapitre donne un aperçu de l'aspect offre de l'héroïne : le trafic. Nous avons tout d'abord évoqué les pays dans lesquels l'opium, matière première de l'héroïne, est produit, ainsi que les filières par lesquelles l'héroïne pénètre en Europe. La majorité de l'héroïne vendue sur le marché européen est fabriquée à partir d'opium d'Afghanistan. Elle transite par le Pakistan, l'Iran et la Turquie avant d'arriver sur le marché européen. La Turquie joue un rôle-clé dans la distribution de la marchandise vers l'Europe. Non seulement grâce à la position particulièrement favorable dont ce pays jouit du point de vue géographique et de ses sphères d'influence à l'Est, mais aussi grâce à la diaspora turque disséminée dans toute l'Europe qui facilite l'acheminement des produits. Parmi les récents développements, on signalera la découverte en Turquie de laboratoires où la morphine-base est transformée en héroïne.

La filière traditionnelle que l'héroïne emprunte entre l'Europe du Sud-Est et l'Europe de l'Ouest a été baptisée route des Balkans. Bien que cette filière continue à jouer un rôle important, les axes commerciaux se sont considérablement diversifiés depuis la guerre des Balkans et la disparition du rideau de fer. L'héroïne transite de façon croissante par l'Europe de l'Est. La Méditerranée représente aujourd'hui une autre voie d'accès.

Malgré la diversification des filières commerciales, la plus grande partie de l'héroïne continue à pénétrer en Europe de l'Ouest par la voie terrestre. Que ce soit par la traditionnelle route des Balkans ou par l'Europe de l'Est, l'Allemagne représente dans la plupart des cas la "porte d'entrée" de l'Union européenne. Cela explique pourquoi l'Allemagne totalise 30% des saisies d'héroïne de l'Union européenne.

Lorsqu'on prend l'héroïne saisie en France, on s'aperçoit qu'une part considérable et croissante de celle-ci provient des Pays-Bas. Malgré la gravité du sujet, il convient d'assortir les chiffres de certaines remarques. Il est étonnant de voir, par exemple, qu'on intercepte aussi peu d'héroïne en provenance de pays comme l'Allemagne, l'Italie, la Turquie et la Suisse. On présume donc que l'héroïne originaire des Pays-Bas est sur-représentée dans les statistiques françaises. Cela pourrait signifier que les autres filières y sont sous-représentées. On peut également se demander si la quantité d'héroïne interceptée en France est si importante. Compte tenu de l'ampleur du marché français et en comparaison des saisies d'héroïne réalisées dans les autres (grands) pays d'Europe de l'Ouest, ces quantités sont en tout cas peu impressionnantes.

Le prix de l'héroïne en France est généralement élevé. Sur l'ensemble du pays, il tourne autour de 800 à 1.000 francs par gramme. L'héroïne proposée sur le marché est de mauvaise qualité. Différents échantillons prélevés à Paris indiquent un taux de pureté entre 5 et 20%. Dans le 18ème arrondissement de Paris, quartier qui compte une importante population de toxicomanes, ce taux dépasse rarement 10%, alors qu'un taux de 5% est courant. C'est ce qui ressort des nombreux entretiens menés avec les usagers, qui sont d'avis que la qualité n'a pas cessé de baisser ces dernières années.

A première vue, l'héroïne n'est pas facile à trouver en France. Cette notion est toutefois relative et dépend beaucoup de l'endroit où on la cherche. Contrairement aux Pays-Bas, la scène toxicomaniaque est généralement implantée en périphérie des villes, ce qui la rend nettement moins visible aux yeux des profanes. L'usager en quête d'héroïne saura, quant à lui, où la trouver. Il est très facile de se procurer de l'héroïne dans certains quartiers, ainsi que dans plusieurs cafés de la région parisienne.

On assiste depuis quelques années à un nouveau phénomène, notamment qu'il est plus facile de trouver du crack que de l'héroïne. On ignore la raison précise de ce phénomène. Pour les dealers, il est en tout cas plus lucratif de vendre du crack que de l'héroïne. De plus, le crack doit peut-être sa popularité à la mauvaise qualité de l'héroïne.

2 La demande d'héroïne : les usagers

2.1 Introduction

Le développement de la consommation d'héroïne en Europe de l'Ouest est connu dans ses grandes lignes. A part quelques exceptions, cette drogue a été utilisée pour la première fois dans les années soixante. Son usage était à l'origine un phénomène en vogue associé à une image légèrement élitaire et artistique. La consommation d'héroïne s'est étendue aux catégories sociales inférieures dans les années soixante-dix jusqu'à devenir problématique.

La vague d'héroïnomanie s'est développée plus tardivement en France que dans les autres pays, aux Pays-Bas, par exemple. Si on a vu la consommation d'héroïne s'intensifier au cours des années soixante-dix aux Pays-Bas, ce n'est que dans les années quatre-vingt qu'elle s'est développée en France, du moins si l'on en croit les chiffres. C'est ce qui ressort toutefois des statistiques établies par les services d'aide aux toxicomanes, dont une des variables concerne l'année où des drogues ont pour la première fois été utilisées par voie intraveineuse.⁴⁸ Ces statistiques montrent que cette "croissance" va nettement s'intensifier au début des années quatre-vingt et qu'elle se maintiendra à un niveau élevé pendant toute la décennie. La croissance reste importante dans les années quatre-vingt-dix, mais elle est inférieure à celle des années quatre-vingt. Si la hausse se ralentit, on ne peut toutefois pas empêcher que le phénomène de la toxicomanie continue à s'amplifier dans les années quatre-vingt-dix. Ce n'est pas sans raison que le *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie* du précédent gouvernement Balladur parle alors d'un "phénomène en développement".⁴⁹

Compte tenu de la moyenne d'âge des usagers et de son évolution, on se trouve en face d'une population de toxicomanes qui vieillit lentement. La moyenne d'âge française est inférieure à celle des Pays-Bas; de plus, son augmentation est légèrement plus lente, ce qui implique que l'afflux de jeunes usagers est plus élevé en France, et que la fin de la vague d'héroïnomanie n'est pas encore en vue. On arrive d'ailleurs vite à une telle conclusion en visitant un centre spécialisé français, où la moyenne d'âge, du moins à première vue, est nettement inférieure à celle rencontrée dans des établissements de ce genre aux Pays-Bas.

On ignore quel est le nombre exact d'usagers d'héroïne en France. En règle générale, on peut dire que plus l'usage d'un produit est interdit et soumis à une répression, plus il se déroule dans la clandestinité et moins les chiffres sont fiables.

Le présent chapitre offre un aperçu des données disponibles en ce qui concerne les usagers d'héroïne. Nous évoquerons tout d'abord les chiffres de prévalence. Comme on pourra s'en rendre compte plus tard, ces chiffres manquent de fiabilité; ils ne doivent donc pas trop être pris à la lettre. Pour une étude détaillée – critique – des estimations disponibles quant au nombre de toxicomanes en France, nous renvoyons le lecteur à l'annexe.

Après avoir évoqué la prévalence de l'héroïne, nous traiterons des usagers. A partir des données disponibles, nous pourrions nous arrêter à certaines "caractéristiques" concernant ces usagers. Ici aussi, il est recommandé de ne pas trop prendre les données à la lettre. En effet, notre aperçu est basé sur les informations collectées par les services d'aide; or, ils atteignent seulement une partie des toxicomanes. Nous mentionnerons aussi dans notre aperçu les chiffres concernant la prévalence de différentes maladies infectieuses, dont le VIH et l'hépatite. La morbidité et l'espérance de vie des toxicomanes sera enfin étudiée.

2.2 Prévalence

Un des principes de la législation française en matière de stupéfiants est de garantir l'anonymat des personnes qui ont recours aux services d'aide aux toxicomanes. Il est donc impossible d'enregistrer les toxicomanes qui se présentent devant ces services. Un système informatisé comme celui des Pays-Bas ne fait donc pas partie des options en France. Cette garantie d'anonymat résulte donc en un manque de données fiables sur les usagers de drogue et les toxicomanes.

C'est ce qui explique en partie pourquoi des chiffres aussi différents circulent en France en ce qui concerne le nombre de "toxicomanes". En outre, la toxicomanie n'est pas prioritaire en France, comme il ressort notamment des chiffres rares et peu fiables de prévalence, ainsi que de l'absence d'études de population. Le budget limité qui a longtemps été accordé à l'aide aux toxicomanes – récemment encore, 450 millions de francs, soit l'équivalent du budget d'un hôpital de moyenne catégorie comme le souligne le rapport Henrion – est significatif de la "priorité" dont l'aide aux toxicomanes a bénéficié au sein de la santé publique.

A cet égard, le statisticien René Padiou remarque que les estimations du nombre de toxicomanes varient entre dix mille et quelques millions. Padiou affirme d'ailleurs qu'on l'ignore tout simplement.⁵⁰ Un autre statisticien, Jean-Michel Costes souligne dans un aperçu statistique plus récent les différents chiffres qui circulent sur le sujet.⁵¹

Le problème avec ces chiffres est qu'on ne voit pas toujours clairement à quoi ils correspondent. On oublie souvent de spécifier ce que représente le terme "toxicomane" fréquemment utilisé en France. Il n'est pas rare que ce terme soit utilisé – même dans les textes officiels – pour désigner les personnes qui consomment de la drogue, alors qu'il existe aussi un mot français : "usager de drogue". L'usage de cannabis est généralement – mais ce n'est pas toujours le cas – laissé de côté quand on parle des toxicomanes.

Un autre problème lié aux chiffres de prévalence disponibles est de savoir quelles drogues, à part le cannabis, sont englobées et quel est le type d'usage et de prévalence : est-ce une prévalence à vie ou parle-t-on des usagers problématiques – les toxicomanes.

Dans leur aperçu de 1992, Schiray et Cesoni citent différents chiffres. Ils soulignent que la plupart des sources indiquent entre 80.000 et 150.000 toxicomanes. Leur ouvrage cite l'Observatoire régional de la santé Ile-de-France (ORS Ile-de-France), qui portait en

1989 de 80.000 toxicomanes, dont 60% seraient des héroïnomanes. Schiray et Cesoni font remarquer que le terme toxicomanes représente -de façon explicite ou implicite- les héroïnomanes, sans que le type d'usage soit toutefois précisé.⁵²

Les sources officielles estiment généralement la population de toxicomanes entre 150.000 et 300.000. Ces estimations s'appliquent aux usagers de drogue (tous produits), c'est-à-dire aux personnes qui détournent les produits licites de leur usage, ou à celles qui ont régulièrement consommé des produits illicites au cours des derniers mois.⁵³ La nicotine et l'alcool ne sont cependant pas pris en compte. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), l'organisation interministérielle chargée de coordonner la politique en matière de drogue, a longtemps maintenu ces estimations. Ces chiffres et cette fourchette découlent des données suivantes (voir Tableau 2.1).

Tableau 2.1 Estimation du nombre de toxicomanes

Flux d'entrée annuel	Durée moyenne de la toxicomanie	
	8 ans	11 ans
19.300	154.400	212.300
26.600	188.800	292.600

Source: Costes (1992)

Comme le montre le Tableau 2.1, l'afflux annuel de toxicomanes, composé du nombre de toxicomanes qui a chaque année recours (pour la première fois) aux services d'aide, est extrapolé en population totale en le multipliant par la durée moyenne présumée de la toxicomanie.

Dans un aperçu statistique publié récemment, Jean-Michel Costes tente d'arriver à une estimation du nombre de toxicomanes.⁵⁴ Il souligne qu'il s'agit là d'une estimation minimum du nombre d'héroïnomanes qui a eu recours aux services d'aide.⁵⁵

Le calcul du nombre de toxicomanes repose sur la théorie démographique des populations stationnaires – méthode utilisée dans le tableau précédent. Le principe de cette théorie est que la population (stationnaire) possède les caractéristiques suivantes : la population connaît un nombre constant (stationnaire), dans lequel le nombre constant de naissances et de décès se compensent mutuellement. On calcule la population totale en prenant le produit du nombre de naissances annuelles et de l'espérance de vie moyenne. Si on applique cette théorie à la population de toxicomanes, on entend par afflux annuel les personnes qui ont eu recours pour la première fois aux services d'aide au cours d'une année donnée, et par "espérance de vie" la durée de la toxicomanie.

Dans ce cas, la population totale de toxicomanes équivaut à l'afflux annuel d'héroïnomanes par voie intraveineuse, multiplié par la durée moyenne de la toxicomanie. L'afflux annuel de toxicomanes est calculé à partir des chiffres de 1993 du "Service des statistiques, des études et des systèmes d'information" (SESI), du ministère des Affaires sociales.

En 1993, le SESI recensait environ 20.000 héroïnomanes qui se sont présentés pour la première fois devant les services d'aide. Pour la durée moyenne de la toxicomanie, on est parti d'un délai de 8 ans.⁵⁶ Ces chiffres permettent d'arriver à une estimation minimum de 160.000 (20.000 x 8) héroïnomanes.

A cet égard, il faut toutefois remarquer que ce chiffre implique qu'au moins 160.000 héroïnomanes ont eu recours aux services d'aide, en ajoutant comme Costes que la marge d'erreur, impossible à calculer précisément, est élevée. Ce qu'on peut du moins affirmer avec certitude, c'est que le nombre d'héroïnomanes atteint *au moins* 160.000. Autrement dit, leur nombre n'est en tout cas pas inférieur. Compte tenu du type de publication qui mentionne l'estimation de Costes – le premier aperçu statistique des drogues et de la toxicomanie publié par les services publics concernés – on peut s'attendre à ce qu'elle fasse office de norme "officielle".

L'estimation de 160.000 cas doit être assortie de quelques remarques. On peut tout d'abord se demander si la théorie de la population stationnaire peut être appliquée pour évaluer le nombre d'héroïnomanes. En effet, quels faits permettent-ils d'affirmer qu'il s'agit d'une population stationnaire (constante), d'autant plus que le nombre exact de toxicomanes est inconnu, même de façon approximative ? Costes reconnaît bien que cette hypothèse est légèrement paradoxale, mais il pense que l'hypothèse d'une population stationnaire peut tout de même être maintenue, car il s'agit d'une estimation minimisante. Il ajoute toutefois que le fait de partir du principe qu'elle est stationnaire amène à une estimation minimum de son ampleur.⁵⁷

Costes souligne également les limites de ses estimations de prévalence puisque les indicateurs disponibles montrent un développement du phénomène de la toxicomanie.⁵⁸ Par exemple, un indicateur qui semble traduire une augmentation du nombre de toxicomanes, est le nombre de personnes qui a recours aux services d'aide. Ce nombre s'avère augmenter, ce qui rend d'autant plus étrange d'appliquer la théorie de la population stationnaire à celle des toxicomanes. En effet, cette théorie suppose, entre autres, un afflux constant. Le nombre de personnes qui a recours aux services d'aide s'avère avoir doublé depuis 1988, comme le montre le Tableau 2.2. ci-dessous. Ces chiffres ne concernent toutefois pas que les héroïnomanes, mais le nombre total de personnes qui ont consulté dans des services d'aide aux toxicomanes pour usage de drogues licites et illicites (nicotine et alcool exclus).

Ce tableau concerne donc différentes drogues. L'augmentation du nombre de demandes d'aide varie suivant la drogue. Entre 1990 et 1991, on a constaté une nette

Tableau 2.2 Afflux annuel du nombre total de personnes qui ont eu recours pour la première fois à des centres spécialisés d'aide aux toxicomanes

Année	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Afflux	10.660	12.644	15.352	17.234	18.191	21.679

Source: Carpentier & Costes (1995), p. 37

augmentation (37%) en ce qui concerne le cannabis, alors que celle-ci était presque nulle de 1991 à 1992 (0,17%). Au contraire, les demandes d'aide pour héroïnomanie ont moins augmenté entre 1990 et 1991 (8%) qu'entre 1991 et 1992 (20%). La drogue qui est responsable ces dernières années de la hausse la plus nette dans les services d'aide est la cocaïne, ou plus précisément son dérivé, le crack.⁵⁹

Si on prend seulement le nombre de demandes d'aide pour héroïnomanie, on remarque, ici aussi, une hausse. Suivant les chiffres, le nombre total de demandes d'aide de la part de toxicomanes, ainsi que le nombre de demandes de la part d'usagers pour lesquels l'héroïne est la principale drogue ont augmenté ces dernières années.

Selon le SESI et Costes, à son instar, cela n'implique pas automatiquement un nombre de toxicomanes supérieur. Cette hausse peut également résulter de demandes d'aide dues à d'autres raisons (d'ordre psychiatrique ou liées à des maladies infectieuses), à une plus grande notoriété des services d'aide ou à une meilleure réponse de la part des organisations elles-mêmes.⁶⁰ Pourtant, le nombre de toxicomanes semble continuer à augmenter. Le SESI, dont les chiffres ont servi de base pour arriver à l'estimation de 160.000 cas, déclare notamment que les données des centres spécialisés montrent que le nombre d'héroïnomanes continue à croître régulièrement.⁶¹

Une autre remarque sur l'estimation de 160.000 cas, émise par Costes et qu'il ne faut pas négliger, est que ce nombre se rapporte uniquement aux héroïnomanes qui consultent dans des services d'aide. On ne doit donc pas partir du principe que ce chiffre englobe tous les héroïnomanes; en effet, l'héroïnomanie ne fait pas toujours appel à l'aide aux toxicomanes, surtout si l'aide est "à seuil élevé". Le rapport Henrion affirme que la prise en charge des toxicomanes est insuffisante et qu'elle ne peut pas répondre à la demande existante. Il ajoute que les cas les plus marginalisés échappent quasiment aux centres de prise en charge.⁶² C'est ce que confirment également les études qui comparent les usagers interpellés par la police et la gendarmerie à ceux qui font appel aux services d'aide. En effet, il ressort de ces études que les toxicomanes qui sont pris en charge, vivent dans un environnement relativement protégé.⁶³ On ignore cependant quelle est la proportion de toxicomanes touchée par les services d'aide. Certains intervenants, dont Anne Coppel, active auprès des organisations de prise en charge *Liberté* à Bagneux, et *Tolbiac* à Paris, pensent que la moitié des toxicomanes en bénéficie.⁶⁴ Le rapport annuel de 1994 de la DGLDT dit à peu près la même chose, à savoir qu'un toxicomane sur deux échappe aux services de prise en charge.⁶⁵ Le ministère français des Affaires sociales reconnaît également que 50% seulement des toxicomanes s'adressent aux services de prise en charge, et précise que ce sont justement les toxicomanes les plus marginalisés qui échappent à ces services.⁶⁶ En partant de ce principe, le nombre de toxicomanes pourrait bien atteindre le double des estimations précédentes.

2.3 Les usagers d'héroïne

Le paragraphe précédent a montré que le nombre d'usagers (problématiques) d'héroïne reposait plutôt sur des hypothèses. Nous avons également souligné que les toxicomanes les plus marginalisés ne fréquentaient pas le dispositif de soins. Le contenu du présent paragraphe, dans lequel certaines caractéristiques des toxicomanes sont évoquées, est d'ailleurs accompagné de certaines réserves, car ces caractéristiques s'appliquent seulement aux personnes qui ont recours aux soins. A partir des données disponibles, on peut toutefois les étudier. La majorité des données présentées ici proviennent d'un aperçu statistique de Carpentier & Costes. Sauf mention contraire, leur aperçu sert de référence.⁶⁷

En France, l'héroïne est presque toujours utilisée par voie intraveineuse. Les données du SESI révèlent que 87% des héroïnomanes fréquentant les services d'aide en 1993 consommaient le produit par voie intraveineuse. C'est seulement dans le Nord de la France (région lilloise) que l'héroïne est fumée par les jeunes héroïnomanes depuis quelques années.⁶⁸ Ce type de consommation est probablement dû à l'épidémie de VIH et à l'exemple néerlandais.

Tout comme dans le reste de la France, l'héroïnomanie au sens strict du terme constitue aujourd'hui un phénomène rare. La polytoxicomanie est largement répandue et n'a rien d'exceptionnel. Selon le SESI, 62% des héroïnomanes qui fréquentaient les services d'aide en 1993 étaient polytoxicomanes. La polytoxicomanie serait en plein développement.

La polyconsommation recouvre différents produits dont l'alcool, les benzodiazépines, le cannabis, les préparations à base de codéine, certains opiacés inscrits sur les listes pharmacologiques, la cocaïne et le crack. Par rapport aux Pays-Bas, l'usage additionnel de benzodiazépines, de préparations à base de codéine et d'opiacés inscrits sur les listes pharmacologiques est largement répandu en France.

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées par les toxicomanes en France, du fait que ces médicaments sont souvent, du moins assez facilement, prescrits. Par tête d'habitant, la France est le pays qui consomme le plus de produits pharmaceutiques au monde. La consommation de médicaments y atteint le double des pays réputés comme étant de gros consommateurs, à savoir les Etats-Unis et l'Allemagne, et le triple des pays moyennement consommateurs comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas.⁶⁹

Des entretiens menés avec des médecins, des travailleurs sociaux et des toxicomanes ont montré que certains praticiens avaient la réputation de prescrire, parfois sous une certaine pression, de grosses quantités de benzodiazépines. Il arrive aussi que les ordonnances soient falsifiées ou volées pour se procurer le produit en pharmacie. On assiste ainsi à un trafic de rues florissant avec différentes benzodiazépines. Le Rohypnol en est l'exemple le plus répandu et le plus populaire, au prix de 5 francs le comprimé dans la rue.⁷⁰ Une visite sur le terrain, aux Halles par exemple, "le centre des comprimés" de Paris, montre à quel point il est facile de s'en procurer dans la rue.

A côté des benzodiazépines, l'usage additionnel de certains opiacés est fréquent en France; par exemple, le Temgésic (buprénorphine), le Skenan et le Moscontin (tous deux des sulfates de morphine).⁷¹ Une partie de cette consommation a lieu sur prescription

médicale. Les médecins qui prescrivent ces médicaments aux toxicomanes comme produits de substitution le font en fait dans l'illégalité. En effet, l'Ordre des médecins n'autorise pas cette pratique, raison pour laquelle il a donné des avertissements à plusieurs praticiens qui avaient prescrit ces produits de substitution. Cette pratique est aujourd'hui plus ou moins tolérée. L'objectif est de mettre fin à la prescription illégale des produits de substitution en 1996, du fait que les possibilités de prescrire des produits licites comme la méthadone et le Subutex (buprénorphine) seront alors élargies.⁷² La date prévue pour cet assouplissement, initialement fixée au 1er janvier 1996, a été reportée à juillet 1996.

Vu le caractère semi-(il)légal des prescriptions de tels produits aux toxicomanes, il est difficile d'évaluer le nombre exact de personnes concernées. Dans la seule ville de Paris, on a pu retrouver la trace de 1.500 personnes qui avaient obtenu du sulfate de morphine sur prescription médicale,⁷³ de sorte qu'on estime généralement leur nombre total, pour toute la France, entre 3.000 et 4.000.

Bien que ce procédé ne soit pas encore légal, la prescription d'opiacés est désormais acceptée dans la pratique. Cette forme de substitution étant ouvertement tolérée, on pourrait parler ici d'une substitution tolérée.

Ces opiacés (licites) sont également largement proposés dans la rue. L'offre sur le marché est d'une ampleur telle qu'il est difficile de l'imputer entièrement aux prescriptions par les médecins. Une partie de ces opiacés provient vraisemblablement de vols d'ordonnances et de cambriolages effectués dans les pharmacies, les hôpitaux et les cabinets médicaux.⁷⁴ Un exemple: le Temgésic s'achète facilement dans la rue à Paris, même s'il est plus difficile à trouver que le Rohypnol. Le prix du Temgésic est d'ailleurs légèrement plus élevé, à savoir 10 francs le comprimé.

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'héroïne est le plus souvent utilisée par voie intraveineuse en France. Un pourcentage de 87% a été cité à cet égard. L'usage de drogues par voie intraveineuse est tellement ancré dans la pratique que d'autres produits sont aussi injectés. On sait que des opiacés vendus sous forme de comprimés comme le Temgésic, le Skenan, le Moscontin et le Rohypnol sont souvent consommés par voie intraveineuse.⁷⁵ En anticipation au chapitre consacré à la cocaïne et au crack, on peut dire que le crack lui aussi est injecté, même si cette drogue a été conçue et est vendue pour être fumée.

A côté des différents produits vendus sur ordonnance en pharmacie, ou éventuellement dans la rue, les pharmacies françaises proposent en vente libre des médicaments utilisés comme produits de substitution par les usagers de drogue ou les ex-toxicomanes. Il s'agit notamment de préparations à base de codéine – on en a compté 144 en vente libre en pharmacie. Ces produits ne procurent pas de sensation de "kick" ni d'euphorie aux usagers, mais ils leur servent de dose d'entretien comme substitut (succédané) de l'héroïne. A ce titre, ils jouent le même rôle que la méthadone aux Pays-Bas. La préparation à la codéine la plus populaire est le Néocodion, un médicament contre la toux vendu 12 francs la boîte de vingt comprimés dans presque toutes les pharmacies. 11 millions de boîtes de Néocodion sont vendues chaque année en France, dont environ 95% pour des raisons non-médicales.⁷⁶ La quasi-totalité du Néocodion est donc vendue aux (ex-)héroïnomanes. Des entretiens menés avec des travailleurs sociaux et des (ex-)usagers ont montré qu'une

consommation de plusieurs boîtes par jour n'avait rien d'exceptionnel, surtout pour quelqu'un qui consommait autrefois beaucoup d'héroïne et qui utilisait désormais le Néocodion comme substitution intégrale.

Sexe et âge des héroïnomanes

En France aussi, la majorité des héroïnomanes est du sexe masculin. 90% des personnes en contact avec la police et la Justice sont des hommes. 75% des usagers qui ont recours aux services de soins sont des hommes. Ces deux sources d'information font ressortir une moyenne d'âge de 27 à 28 ans.⁷⁷ Cet âge moyen est en légère hausse depuis quelques années (voir Tableau 2.3).

Tableau 2.3 Age moyen des héroïnomanes tiré de différentes sources

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Soins	-	-	-	26,8	27,3	27	27,2	27,6	-
OCRTIS	24,1	24,5	25	25,3	26,4	26,7	26,6	26,9	27,1
Surdoses ⁷⁸	25,1	26,0	26,7	26,1	27,6	27,2	28,2	28,8	28,8

Source: Carpentier & Costes (1995), p. 53

Nationalité et groupe ethnique

On ne dispose pas, en France, de données concernant l'origine ou le groupe ethnique des toxicomanes. Cela est interdit par la loi du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et liberté, ou plus exactement la jurisprudence de cette loi. Ce type d'enregistrement des personnes est un sujet très sensible en France depuis la Seconde guerre mondiale. Il est donc impossible de réaliser une étude sur les héroïnomanes d'origine maghrébine, par exemple.

Même si l'origine ethnique des toxicomanes ne peut pas être tirée des statistiques, on peut cependant retrouver leur nationalité. Ces données fournissent peu de précisions du fait que, jusqu'à une date récente, toute personne née sur le territoire français obtenait automatiquement la nationalité française.⁷⁹ Un grand nombre de ressortissants d'origine africaine ou maghrébine, ou originaires des DOM-TOM, qui seraient considérés comme des allochtones (enfants de travailleurs immigrés) aux Pays-Bas, ne sont pas enregistrés comme tels en France.

Selon différentes sources consultées par Carpentier & Costes, entre 65 et 90% des toxicomanes sont de nationalité française, en fonction de la source. Ce pourcentage est inférieur aux données nationales lorsqu'on prend le même âge. Carpentier & Costes imputent cette différence au fait que la toxicomanie est surtout un phénomène urbain, fréquent dans les quartiers où le taux d'étrangers est supérieur à la moyenne (c.à.d. les personnes n'ayant pas la nationalité française). C'est le cas de l'Ile-de-France, par exemple, une région qui compte plus du quart de la population totale de toxicomanes, si l'on en croit les données des services de soins. Le nombre d'étrangers (non-Français) y est le double du reste du pays.

Ces chiffres montrent bien que les étrangers sont sur-représentés parmi les toxicomanes, mais ils sous-évaluent toutefois le rapport entre les minorités et la consommation problématique de drogue. Lorsqu'on visite un quartier défavorisé de Paris ou une des banlieues problématiques de la capitale, on est frappé par le taux élevé d'allochtones parmi les toxicomanes.

Dans ce domaine, le rapport annuel de l'association "La Boutique" se passe de commentaires. La Boutique est située dans le 18^{ème} arrondissement de Paris, quartier stratégique entre la Porte de la Chapelle (zone de prostitution renommée), le quartier de la Goutte d'or (très fréquentée par les héroïnomanes) et les environs de la station de métro Stalingrad (centre du crack). La Boutique est l'un des rares centres de prise en charge à bas seuil de France. De par son emplacement et sa politique à bas seuil, la Boutique compte généralement les toxicomanes marginalisés parmi sa clientèle. Une enquête menée auprès d'un échantillon de 176 visiteurs a montré que 77% d'entre eux étaient de nationalité française, ce qui implique que les 23% restants sont étrangers. En ce qui concerne les Français, on remarque qu'un très grand nombre d'entre eux est originaire des DOM-TOM.⁸⁰ Le rapport annuel précise que 72% des visiteurs interrogés sont sans domicile fixe, 27% reçoivent une aide (RMI) et 56% n'ont aucune source de revenus.

Le fait que la consommation de drogue est relativement plus problématique parmi les minorités que chez les ressortissants français, n'indique pas forcément un problème socio-culturel ou de minorités; il peut aussi traduire un problème plus général, d'ordre social. Ainsi, dans les quartiers défavorisés, on compte un nombre relativement élevé de toxicomanes, non seulement parmi les minorités, mais aussi chez les ressortissants français.⁸¹ De par leur situation défavorisée, les minorités habitent, en effet, plus souvent dans les quartiers pauvres que dans les quartiers résidentiels et elles sont relativement plus touchées par la toxicomanie.

Certes, on reconnaît en France que certains problèmes d'ordre social sont étroitement liés à la question des minorités (ethniques), mais le débat politique semble craindre de reconnaître cet élément, de peur d'alimenter le discours de l'extrême droite. C'est pour cette raison que les scientifiques non plus n'aiment pas souligner la sur-représentation des minorités parmi les toxicomanes. Il ne faut pas oublier qu'au premier tour des dernières élections présidentielles de 1995, 20% des voix sont allées à l'extrême droite, 15% des électeurs ayant voté pour Le Pen et 5% pour De Villiers. Un des principaux thèmes de l'extrême droite est en effet d'établir le rapport entre les problèmes sociaux et les minorités.

Ce qui est curieux, c'est que le rapport entre les problèmes sociaux d'une part, et la toxicomanie ou la consommation problématique de drogue d'autre part, est rarement reconnu en France. Cela résulte peut être d'une idée bien ancrée, à savoir que la toxicomanie et l'usage de drogue "touchent toutes les couches sociales". On y ajoute souvent que la toxicomanie et la consommation de drogue sont plus visibles dans les quartiers défavorisés et qu'elles s'y manifestent – peut-être – plus vite en tant que problème que dans les quartiers plus aisés.

L'idée tenace – il faut peut-être mieux parler d'un dogme – selon laquelle toutes les couches sociales sont concernées par la toxicomanie, tient aussi au "système" français

d'usage de drogue et de toxicomanie, qui part du principe que les causes relèvent tout d'abord de l'individu lui-même, au lieu de mettre l'accent sur un contexte social problématique.⁸²

Le contexte social

Il existe peu de données fiables sur le contexte socio-économique des usagers de drogue. Tous les intervenants dans le domaine de la toxicomanie en France, savent que la situation est bien plus grave dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers plus aisés. Il est étrange qu'on y fasse rarement allusion. Cela tient peut-être en partie au "monopole" que les psychiatres français occupaient jusqu'à ces dernières années dans le domaine de l'assistance aux toxicomanes. Le système psychiatrique français, qui possède une forte composante psycho-analytique, recherche les causes de la toxicomanie chez l'individu plutôt que dans le contexte social où vit ce dernier. Même si l'influence des facteurs sociaux sur l'individu est tout de même reconnue, la toxicomanie est envisagée comme un problème de l'individu. Une telle approche de la toxicomanie risque toutefois de masquer les causes plus profondes d'ordre social ou des facteurs d'influence, ou d'empêcher les responsables de reconnaître pleinement ces aspects.⁸³ Cette conception du phénomène toxicomaniaque – on pourrait parler de paradigme – s'est maintenue jusqu'au début des années quatre-vingt-dix en France, époque à laquelle d'autres intervenants, dont des sociologues et des médecins (généralistes), se sont penchés sur le problème de la toxicomanie.

Carpentier & Costes ont accompagné leur aperçu d'une carte de France indiquant le nombre d'héroïnomanes (âgés de 15 à 39 ans) par 100.000 habitants. Les régions les plus touchées sont le Nord, l'Ile-de-France, l'Alsace & la Lorraine, le Languedoc et la Provence-Côte d'Azur. Parmi ces régions, trois entrent dans la catégorie supérieure⁸⁴ : le Nord, l'Ile-de-France et la Provence-Côte d'Azur. Comme chacun sait, ces régions comptent le plus de toxicomanes. Sans vouloir trop généraliser dans ce domaine, ces régions présentent toutefois quelques analogies. Carpentier & Costes évoquent à cet égard les conditions culturelles et socio-économiques, le taux d'urbanisation et les réseaux de communication. Ils soulignent également que la présence de filières commerciales et la proximité des frontières internationales peuvent expliquer les différences régionales. Le docteur Jean Carpentier, président de l'association de médecins, *REPSUD-IDF*, a signalé que les régions qui comptaient un pourcentage élevé de toxicomanes, étaient celles où l'extrême droite remportait un grand nombre de voix.⁸⁵ Autrement dit, le problème de la toxicomanie est lié à la marginalité et aux problèmes socio-économiques. Cette notion, qui peut sembler logique à un intervenant en toxicomanie originaire des Pays-Bas, n'est pas encore bien implantée en France. L'image des toxicomanes suivante ressort de "l'enquête de novembre" menée par le SESI en 1993.

- La **formation** des toxicomanes est en généralement d'un niveau bas, c'est-à-dire inférieur à la moyenne dans la même tranche d'âge de la population totale. Une enquête réalisée en 1992-93 parmi les toxicomanes qui visitent les centres spécialisés

a montré que les deux tiers d'entre eux n'avaient pas dépassé le premier cycle de l'enseignement secondaire.

- **L'insertion sociale** des toxicomanes est médiocre ou mauvaise. Environ un tiers des toxicomanes avaient un emploi en 1993, mais leur situation était considérée comme précaire, car c'était un emploi temporaire dans la majorité des cas. Presque la moitié de ceux qui travaillaient, soit 14% du total des toxicomanes, avait donc un emploi fixe. En 1992, il s'agissait surtout d'employés et d'ouvriers. 61% des toxicomanes ayant eu recours aux centres d'aide en 1993 étaient sans emploi. 31% des toxicomanes touchaient le RMI, égale à 2.300 francs pour une personne seule.

Pour plus de précisions, nous répétons que ces données concernent seulement les toxicomanes qui ont recours aux services d'aide. Toute extrapolation vers l'ensemble de la population de toxicomanes est donc exclue. Comme nous l'avons indiqué plus haut, un nombre élevé de toxicomanes échappe aux services de soins. On entend souvent dire que le dispositif d'aide touche seulement la moitié d'entre eux. Le ministère de la Santé part du même principe et souligne que les toxicomanes qui échappent aux services de soins constituent généralement les cas les plus marginalisés.⁸⁶

2.4 Morbidité et mortalité

L'hépatite

Différents chiffres circulent en ce qui concerne la prévalence des hépatites B et C. Le rapport Henrion indique que 60 à 80% des toxicomanes a contracté une hépatite B, et que 5 à 10% d'entre eux resteront porteurs du virus et sujets à une hépatite chronique qui pourrait entraîner une cirrhose ou un cancer du foie.

Dans sa dernière enquête de 1993, le SESI a pour la première fois posé la question de l'hépatite C. Comme c'était la première fois, seuls 41% des toxicomanes étaient au courant de leur bilan sérologique quant à l'hépatite C. Parmi ces cas, 43% ont déclaré être touchés par le virus de l'hépatite C. Ce pourcentage dépassait 51% chez les usagers par voie intraveineuse.

D'autres sources font état d'un pourcentage supérieur. Suivant le ministère des Affaires sociales, 70% des toxicomanes (par voie intraveineuse) sont porteurs du virus, alors que le rapport Henrion part du principe que 70 à 80% des usagers de drogue par voie intraveineuse souffrent d'hépatite C.⁸⁷

Le sida et le VIH

En comparaison avec la majorité des autres pays d'Europe de l'Ouest, le sida et le virus du VIH sont largement répandus en France. Au 31 décembre 1994, on comptait 34.287 cas de sida connus depuis le début de l'épidémie, dont 59% des personnes étaient déjà décédées. On estime entre 40.000 et 43.500 le nombre total de malades du sida en France.⁸⁸

Les toxicomanes représentent une grande part des cas de sida : sur les cas de sida recensés depuis 1978, presque un tiers est lié à la toxicomanie. Le rapport Henrion affirme qu'en juin 1994, 23,3% des malades du sida étaient toxicomanes. Après les bisexuels et les homosexuels, les toxicomanes représentent la seconde catégorie à risque face au sida. Sur les 6.600 nouveaux cas de contamination recensés en 1994, on compte 2.600 bi/homosexuels (39%), 1.700 toxicomanes (26%) et 1.200 hétérosexuels (18%).⁸⁹

Différents chiffres sont avancés en ce qui concerne la prévalence du virus du VIH parmi la population de toxicomanes. En l'absence de système d'enregistrement central et compte tenu de l'anonymat garanti par la législation française, on ne dispose pas de chiffres exacts et on doit se contenter d'indications quant aux populations-sources. Certains chiffres, dont ceux de sources notables comme le SESI, reposent sur les déclarations des toxicomanes eux-mêmes. Le SESI recommande d'ailleurs une certaine prudence dans l'utilisation de ces chiffres. Il peut aussi arriver que les chiffres communiqués par certaines organisations, dont les hôpitaux, surévaluent la prévalence réelle des cas, puisque c'est la contamination (présumée) par le VIH ou le sida qui a amené le malade à consulter. Une autre restriction tient au fait que les chiffres du SESI fournissent des informations sur les personnes qui ont recours à une partie des soins. Le SESI ajoute que les résultats de son enquête ne se prêtent pas directement à une estimation de la prévalence. En effet, les toxicomanes qui se sont adressés à des centres de traitement de (moyenne et) longue durée, à des cliniques générales et à des généralistes n'ont pas été englobés dans l'enquête.⁹⁰ Le caractère représentatif de l'enquête de novembre du SESI est encore atténué par le rôle croissant que les généralistes jouent dans l'aide aux toxicomanes et la prescription de produits de substitution.⁹¹

L'enquête de novembre menée par le SESI en 1993 fait ressortir que 29% des toxicomanes ("tous produits") seraient contaminés par le virus du VIH. Si on prend les toxicomanes qui consomment principalement de l'héroïne, le pourcentage de séropositifs monte à 35%. Ces chiffres reposent sur des enquêtes réalisées dans des centres spécialisés et des hôpitaux. En distinguant ces deux types d'établissements, on voit que 22% des héroïnomanes sont séropositifs dans les centres spécialisés, contre 45% dans les hôpitaux. Le SESI impute cet écart important entre les pourcentages à un facteur évoqué plus haut : la contamination (présumée) par le VIH ou le sida amène parfois le malade à consulter une clinique ou un hôpital.

Il est bon de rappeler que ces chiffres reposent sur les déclarations des personnes interrogées. Une seconde restriction de l'enquête menée par le SESI est le manque de réponse à cette question. Le nombre total de personnes interrogées est peut-être élevé (13.395), mais 66% seulement des usagers savaient s'ils étaient contaminés ou non par le virus du VIH. Comme nous l'avons indiqué plus haut, parmi les usagers au courant de leur bilan sérologique (66%), 29% étaient touchés par le VIH. Ce pourcentage est supérieur chez les héroïnomanes, à savoir 35%.

Une partie (34% en 1993) des toxicomanes qui ont recours aux services d'aide ignorent donc leur sérologie. Ce pourcentage accuse une baisse par rapport aux années précédentes; en 1992, 40% des toxicomanes ignoraient encore leur bilan sérologique et ce pourcentage était même de 45% en 1991.

Le Conseil national du sida en France a publié en 1993 son rapport "Toxicomanie et sida", après avoir pris conscience de la relation qui existe entre la toxicomanie et le sida. En ce qui concerne le développement de l'épidémie de VIH, le conseil déclare que la contamination des usagers de drogue par voie intraveineuse s'est étendue à grande échelle au cours des années qui ont précédé la vente libre des seringues en pharmacie. Le Conseil national du sida avance un pourcentage de séropositifs entre 33% et 38% par rapport à la population de toxicomanes.⁹² Toutefois, ce pourcentage est seulement approximatif, précise le Conseil, car on ignore le nombre total d'usagers et la fréquence des différents types de consommation.⁹³

Le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida a mené en 1994 une enquête sur le nombre de séropositifs parmi les toxicomanes hébergés dans des centres spécialisés de soins.⁹⁴ Sur les 73 centres de ce type implantés en France, 64 (88%) ont participé à l'enquête. 1.055 personnes interrogées sur les 1.138 résidents de ces centres (93%) ont déclaré connaître leur bilan sérologique. Une réponse aussi large de la part des centres comme de leurs résidents laisse à croire que l'enquête couvre bien cette catégorie de toxicomanes. Cela n'implique pas, comme le précise la conclusion du rapport, que les résultats de cette enquête puissent être généralisés à toute la population de toxicomanes, car on est ici en face d'une catégorie d'usagers intégrée au dispositif de soins, et qui a déjà essayé d'arrêter de se droguer.

L'enquête de 1994 montre que, sur les usagers au courant de leur bilan sérologique, 17,4% étaient contaminés par le VIH. Ces données traduisent des variations considérables du pourcentage de séropositifs parmi les toxicomanes en fonction de l'âge. En effet, au moins 40% des résidents âgés de 30 à 35 ans sont séropositifs. Ce n'est bien sûr pas l'âge qui compte dans ce domaine, mais la durée de l'usage de drogue par voie intraveineuse, ou plus exactement le moment (l'année) où cet usage a commencé. Les jeunes toxicomanes sont plus conscients des risques et en prennent (donc) moins souvent, du moins si on croit les chiffres. Il ne faut pas oublier non plus que les jeunes sont plus en mesure d'éviter des comportements à risques que la génération des vieux toxicomanes, puisque les seringues sont en vente libre depuis 1987. Comme nous l'avons signalé plus haut, cette relation entre le sida et la vente libre des seringues a déjà été établie par le Conseil national du sida.

Françoise Facy de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a réalisé une étude dans les centres spécialisés. Elle a enquêté auprès de 5.656 visiteurs de 92 centres différents en 1991-1992.⁹⁵ 58% des usagers connaissaient leur bilan sérologique. Parmi cette catégorie, 28% étaient séropositifs et 7% attendaient le résultat des analyses. On pourrait donc supposer qu'environ 30% de ces usagers en tout sont contaminés par le VIH.

L'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) a réalisé en 1990-1991 une étude sur un échantillon de 359 usagers de drogue par voie intraveineuse dans trois villes : Marseille, Metz et Paris.⁹⁶ Parmi les usagers interrogés, 156 (43%) avaient été contactés par le biais des centres spécialisés et 203 (57%) rencontrés dans la rue. 296 (82%) des 359 usagers avaient subi le test du VIH. 95 d'entre eux étaient séropositifs, ce qui revient à une séroprévalence de 32%. Si on y ajoute les (sept) cas de sida, on arrive à un total de 102 personnes. La prévalence est donc de 34% pour les 296 toxicomanes testés.

Ces résultats peuvent facilement être comparés avec l'étude menée par l'IREP en 1987-1988 sur le même nombre d'usagers par voie intraveineuse, à savoir 359, originaires de quatre villes différentes : Bordeaux, Marseille, Metz et Paris. 36% des 280 personnes ayant subi un test étaient séropositives, un pourcentage qui passe à 40% si on englobe les cas de sida.

L'étude menée par l'IREP en 1990-1991 montre nettement la baisse de la prévalence depuis la vente libre des seringues. L'IREP constate qu'il y a très peu de séropositifs dans l'échantillon pris dans la "nouvelle génération" de toxicomanes, c'est-à-dire ceux qui ont commencé à s'injecter de la drogue après 1987 (77 usagers). Le pourcentage avancé ici est de 3% (2 personnes), mais ce chiffre n'est pas très fiable du fait que 55% des usagers de la "nouvelle génération" n'ont pas subi de test du VIH. Intégré au nombre d'usagers qui connaissent leur bilan sérologique, un groupe trop réduit pour arriver à un pourcentage, cela reviendrait à une prévalence de 6% parmi la nouvelle génération d'usagers. Malgré cette restriction statistique, il est permis de conclure que depuis la vente libre des seringues en pharmacie, l'incidence de la contamination par le VIH a nettement baissé. Ingold et Toussirt, les chercheurs de l'IREP, considèrent d'ailleurs cette vente libre comme un élément majeur et indispensable de la prévention du sida chez les toxicomanes, en soulignant toutefois que cette mesure, à elle seule, n'est pas suffisante.

Comme nous l'avons déjà indiqué, la prévalence du VIH peut être étroitement liée à l'âge, ou plus exactement au moment (année) où l'usage par voie intraveineuse a commencé. De plus, le pourcentage de séropositifs peut énormément dépendre de la population de toxicomanes étudiée. Les risques de contamination sont ainsi plus élevés dans certaines catégories que dans d'autres. Dans le rapport du Conseil national du sida on peut lire, par exemple, que quelque 70% des toxicomanes détenus dans les maisons d'arrêt de la région parisienne en 1987-1988 étaient touchés par le VIH.⁹⁷

La France présente également des différences considérables au niveau régional. Le taux de séropositifs serait relativement bas chez les toxicomanes de Lorraine et du Nord-Est, à savoir entre 7 et 15%, alors que la région Provence-Côte d'Azur et la région de Paris avec l'Île-de France forment l'autre partie de l'éventail. En Provence-Côte d'Azur, on sait par exemple que 48% des cas de sida sont liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse.⁹⁸ Ce pourcentage concorde avec la déclaration d'Alain Mucchielli de l'association de médecins *Options-Vie* au cours d'un congrès organisé à Paris sur les soins aux toxicomanes en novembre 1995.⁹⁹ A cette occasion, Mucchielli a souligné qu'à Nice 60% des usagers de drogue par voie intraveineuse étaient séropositifs et que 40% des malades du sida étaient des toxicomanes.

La région de l'Île-de-France, notamment la petite couronne de Paris, comptait elle aussi un nombre relativement élevé de toxicomanes séropositifs. Selon le Conseil national du sida, plus de la moitié des cas de sida recensés dans les centres de soins des trois départements en question sont souvent des toxicomanes.¹⁰⁰

Comme le montrent ces données, différents chiffres circulent quant au pourcentage des séropositifs parmi les toxicomanes. On peut du moins affirmer que le virus du VIH est

largement répandu parmi les héroïnomanes. Cela concorde avec ce qui a été dit plus haut, à savoir que la majorité des héroïnomanes (87% selon le SESI) utilise cette drogue par voie intraveineuse.

Les pourcentages de séropositifs qui ressortent des différentes études sont, en fonction de la population, de la tranche d'âge, de la région, etc. de l'ordre de 20 à 40%. A partir des quatre études utilisées par Carpentier & Costes, on pourrait arriver à un pourcentage entre 20 et 30%. Carpentier & Costes utilisent d'ailleurs ces pourcentages comme la norme de pourcentage de toxicomanes séropositifs. Il ne faut toutefois pas oublier que le terme "toxicomanes" englobe également les usagers de cannabis qui consultent les centres de soins.

D'autres études avancent un pourcentage supérieur à 30%. Etienne Caniard de la caisse d'assurance-maladie Mutualité française a déclaré en novembre 1995 qu'un tiers des toxicomanes serait séropositif.¹⁰¹ Les chiffres du Conseil national du sida dépassent eux aussi les 30%.

En combinant les chiffres des différentes études, on pourrait arriver à une évaluation prudente, selon laquelle le pourcentage d'héroïnomanes séropositifs atteint généralement 25 à 30% en France. On retrouve également ce chiffre dans un aperçu réalisé en 1994 par le ministère français des Affaires sociales, même si le terme héroïnomanes y est remplacé par celui d'usagers de drogue par voie intraveineuse.¹⁰² Compte tenu de ce qui précède, il est vraisemblable que le pourcentage réel est plutôt de l'ordre de 30% que de 25%.

Mortalité et espérance de vie

Le nombre de décès par surdose connus de la police et de la gendarmerie continue à augmenter. En 1994, 564 cas ont été recensés avec une surdose comme principale cause de décès. Dans 90% des cas, il était question d'une surdose d'héroïne mais, comme le précise le rapport annuel de l'OCRTIS, il y a peut être eu consommation préalable d'alcool et/ou de médicaments.¹⁰³ On part généralement du principe que le nombre réel de surdoses est nettement supérieur aux chiffres suggérés par l'OCRTIS. L'OCRTIS va également dans ce sens en précisant que ses chiffres concernent uniquement les cas connus de la police et de la gendarmerie, et que le nombre réel est nettement plus élevé.¹⁰⁴ L'épidémiologiste Charpak a récemment affirmé que le nombre réel de cas était environ deux fois plus élevé.¹⁰⁵

Si l'on compte le nombre de décès liés à l'usage de drogue, on arrive à un taux de mortalité nettement supérieur. En 1992 par exemple, le nombre de décès avec une surdose comme principale cause était de 557, alors qu'une étude menée la même année avait montré que dans 1.162 autres cas l'usage de drogue était la cause secondaire du décès. 967 des 1.162 cas de décès mentionnés étaient dus au sida. En 1992, le nombre total de décès ayant comme cause principale et secondaire l'usage de drogue ou la toxicomanie s'élevait donc à 1.719.¹⁰⁶

Une étude réalisée par l'Institut médico-légal et l'INSERM montre bien que le nombre total de décès par surdose est nettement sous-évalué dans les statistiques officielles. Cette étude concernait le nombre de décès par surdose dans la région de

l'Ile-de-France en 1990. Selon les sources officielles, le nombre de décès s'élevait la même année à 92 dans cette région, alors que l'étude sus-mentionnée faisait état de 253 cas; soit une sous-évaluation de 60% par les sources officielles, comme le font remarquer les auteurs de l'étude. Dans 240 des 253 cas de décès, la surdose était la principale cause du décès, dans les 13 cas restants, l'acte de décès mentionnait seulement un "usage de stupéfiants".¹⁰⁷

Le rapport Henrion souligne que suivant certaines sources, les surdoses sont responsables de 9% des cas de décès dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans dans la région de l'Ile-de-France. Dans cette tranche d'âge, la surdose y serait la troisième cause de décès derrière le sida et le suicide, et dans le reste de la France, la quatrième cause de décès derrière les accidents de la route.

Si l'on en croit les statistiques officielles, le nombre de décès par surdose a considérablement augmenté parmi les toxicomanes. Ce nombre a doublé au cours des sept dernières années, aussi bien comme cause principale liée à la toxicomanie/usage de drogue que comme cause secondaire. Le rapport Henrion précise que ce nombre a triplé par rapport à 1978. Carpentier & Costes remarquent que cette augmentation peut traduire plusieurs développements. Le nombre croissant de surdoses pourrait, tout d'abord, indiquer une croissance du nombre de toxicomanes, mais il résulte peut-être également d'une détérioration de l'état de santé des usagers, des nouveaux types de consommation ou, enfin, du fait que ces cas de décès sont mieux recensés ou mieux reconnus.

Une annexe du rapport Henrion, rédigée par le professeur lui-même, est consacrée à la mortalité et à l'espérance de vie des toxicomanes. En l'absence d'études de groupe épidémiologiques fiables, Henrion s'est basé sur une étude réalisée en 1992 par Charpak et Benjanin à partir d'un groupe d'héroïnomanes fictif. Ils présentent à ce sujet un scénario "optimiste" et un scénario "pessimiste".

Même dans le cas d'un scénario optimiste, après la période de dix ans, la mortalité de ce groupe de toxicomanes sera élevée. En partant d'une mortalité de 1% (cas de sida exclus), d'une abstinence annuelle définitive de 10% et d'un taux de partage des seringues de 10% seulement, on voit que dix ans plus tard 16% du groupe aura été contaminé par le virus du VIH et que 10% des usagers seront décédés.

Le scénario pessimiste repose sur une mortalité annuelle de 1% (cas de sida exclus), une abstinence (permanente) de 2% et un taux de partage des seringues de 10%. Dans un tel scénario, 25% des toxicomanes seront décédés 10 ans plus tard, dont 10% par suite du sida. De plus, 35% du groupe sera séropositif, ce qui équivaut à 47% des usagers encore en vie.

2.5 Conclusion

Ce chapitre a présenté un aperçu des connaissances disponibles en ce qui concerne les héroïnomanes. Nous avons tout d'abord étudié la prévalence de l'héroïne, c'est-à-dire les estimations du nombre de toxicomanes.¹⁰⁸ La difficulté réside dans le manque de fiabilité des chiffres disponibles. Cela est dû notamment au fait que la législation française garantit l'anonymat des personnes qui ont recours aux services d'aide, rendant impossible l'enregistrement des usagers de drogue. En conséquence, on ignore quelles sont les personnes qui consultent et quelle est la durée de ces contacts. Le manque de données tient également à la priorité limitée dont l'aide aux toxicomanes a bénéficié au sein de la politique de santé publique.

Différents chiffres circulent en France quant au nombre de toxicomanes, de plus on ne sait pas très bien ce que le terme "toxicomanes" englobe. Deux estimations "officielles" du nombre de toxicomanes ont été avancées ces dernières années. La première, qui remonte à 1990, fait état de 150.000 à 300.000 usagers de drogue ("tous produits"), c'est-à-dire aux personnes qui détournent les produits licites de leur usage, ou à celles qui ont régulièrement consommé des produits illicites au cours des derniers mois. (La nicotine et l'alcool sont exclus ici.)

La seconde estimation datée de 1995 arrive à 160.000 usagers. Elle concerne (uniquement) les héroïnomanes, et il convient d'ajouter qu'il s'agit d'une évaluation minimum du nombre d'héroïnomanes qui a consulté des services de soins.

La marge d'erreur de ces estimations est élevée. Elles résultent en effet de différentes suppositions et d'extrapolations. De plus, ces données concernent une estimation du nombre de toxicomanes qui est en contact avec les centres de soins, alors qu'on ignore quel est le pourcentage de toxicomanes concerné. Certaines sources – dont des documents officiels – partent du principe que seulement un toxicomane sur deux consulte, ce qui pourrait signifier que le nombre réel de toxicomanes est nettement plus élevé.

En France, l'héroïne est pratiquement toujours consommée par voie intraveineuse; selon "l'enquête de novembre", 87% des usagers s'injecteraient la drogue. Tout comme les autres pays, la France est confrontée à un phénomène de polytoxicomanie. La situation en France se distingue par un accès assez facile aux médicaments, non seulement par le biais du médecin généraliste, mais aussi dans la rue. On assiste donc à un usage additionnel intensif d'opiacés tels que le Rohypnol, le Temgésic et d'autres formes de buprénorphine. La consommation de différentes préparations à base de codéine est fréquente, du fait que ces produits sont vendus librement en pharmacie. La plus connue de ces spécialités est le Néocodion, un produit contre la toux : 11 millions de boîtes de Néocodion sont vendues chaque année, presque toutes aux usagers d'opiacés.

La moyenne d'âge des héroïnomanes qui ressort de certaines sources d'information est de 27 ans environ. Cette moyenne s'élève, certes, depuis quelques années, mais cette hausse se fait lentement, ce qui semblerait confirmer l'arrivée de jeunes usagers.

On ne dispose pas de chiffres fiables (comme des statistiques) quant à l'origine des toxicomanes, leur groupe ethnique, le contexte socio-économique dans lequel ils vivent,

etc. Cela est dû notamment au fait que la législation française ne permet pas d'enregistrer l'origine ethnique des usagers. Il est impossible de définir le pourcentage d'"allochtones" (enfants d'immigrés) en France, contrairement aux Pays-Bas. Seule la nationalité des usagers peut être déterminée : selon différentes sources, entre 65 et 90% des toxicomanes ont la nationalité française.

Les différences entre la France et les Pays-Bas ne se limitent pas à des questions de législation; les avis divergent également sur les causes – éventuelles – du phénomène de la toxicomanie. Aux Pays-Bas, les responsables ont tendance à examiner le problème d'un point de vue sociologique; autrement dit, à étudier le contexte social dans lequel ce phénomène apparaît. En France, au contraire l'accent est mis sur les facteurs individuels pouvant expliquer la toxicomanie. Cet argument tient au "monopole" que les psychiatres français ont longtemps occupé dans le domaine de l'aide aux toxicomanes. Le principe français est d'ailleurs que "la toxicomanie touche toutes les couches sociales". Même si cela est vrai, les sources disponibles semblent indiquer que le problème de la drogue apparaît plus fréquemment dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers résidentiels.

De nombreux toxicomanes vivent dans des conditions sanitaires précaires. Pour autant que les sources donnent un aperçu fiable des usagers, une large majorité d'héroïnomanes est porteuse de maladies infectieuses. Entre 60 et 80% d'entre eux souffrent d'hépatites B ou C. Le virus du VIH est également très répandu. On ne dispose pas de chiffres solides dans ce domaine, mais plusieurs sources avancent un pourcentage de 30% de séropositifs parmi les héroïnomanes. Il convient de rappeler ici que l'héroïne est presque toujours utilisée par voie intraveineuse en France.

L'état de santé déplorable des toxicomanes se traduit également par le nombre croissant de surdoses enregistrées ces dernières années. En 1994, on a recensé 564 cas de décès ayant comme principale cause une surdose, mais on part généralement du principe que le nombre réel de surdoses dépasse les statistiques de la police. Cette présomption est confirmée par plusieurs études qui soulignent que le nombre de décès par surdose est nettement sous-évalué dans les statistiques officielles. Selon certaines sources d'information citées dans le rapport Henrion, 9% des décès parmi la tranche d'âge de 20 à 34 ans dans l'agglomération parisienne seraient dus à des surdoses, ce qui en fait la troisième cause de décès derrière le sida et le suicide pour cette tranche d'âge.

3 L'offre de cocaïne et de crack

3.1 Introduction

La cocaïne est fabriquée à partir des feuilles de coca cultivées en Amérique du Sud. La production de cette drogue a connu ces dernières années un développement tel qu'on parle aujourd'hui de surproduction.¹⁰⁹ Contrairement à l'héroïne, les quantités de cocaïne saisies sont volumineuses, certaines atteignant plusieurs tonnes à la fois. On pourrait en conclure que les brigades antidrogues exercent une bonne emprise sur ce trafic. C'est malheureusement le contraire. En effet, si l'on compare les quantités produites au volume des saisies, on est en droit de se demander où passe cette énorme différence ?¹¹⁰ Compte tenu de cette différence, il est évident qu'il existe un marché très important pour la cocaïne. C'est là que ressort un des principaux handicaps du présent chapitre et du suivant, à savoir le manque de données disponibles en ce qui concerne les usagers de cocaïne en France.

Le présent chapitre et le suivant ne traiteront pas dans leurs grandes lignes de la cocaïne "classique", c'est-à-dire du chlorhydrate de cocaïne. En effet, l'accent sera mis sur le crack, un dérivé de la cocaïne, ou plus exactement la cocaïne prête à fumer. La cocaïne ne s'accompagne généralement pas des problèmes de la toxicomanie tels que nous les connaissons habituellement. La consommation de crack, au contraire, en présente certaines caractéristiques.

Ce chapitre sera principalement consacré au trafic de crack en France. Le crack étant un dérivé de la cocaïne, nous évoquerons également celle-ci. Le trafic (international) de cocaïne sera tout d'abord étudié. Comme dans le chapitre précédent consacré à l'héroïne, certains chiffres relatifs aux saisies de cocaïne seront présentés ici. L'accent sera toutefois mis sur l'aspect offre du crack en France, en particulier sur la position de Paris puisque c'est dans cette ville que le crack a été signalé pour la première fois. De plus, toutes les sources disponibles dans ce domaine reposent sur la situation dans la capitale.

3.2 Les saisies de cocaïne en Europe

Les saisies de drogue réalisées dans différents pays permettent d'obtenir un aperçu des filières commerciales en place. Cela ne suffit toutefois pas à dresser un tableau complet des axes commerciaux. Il convient de rappeler à cet égard que les saisies de drogue ne représentent qu'une partie de la réalité.

Si on prend les chiffres communiqués par la douane ou par Europol, on est tout d'abord frappé par le volume des saisies de cocaïne, comparé à celles d'héroïne. Alors que

5.907 kilos d'héroïne ont été saisis en 1994 dans l'ensemble de l'Union européenne, les quantités de cocaïne interceptées ont presque atteint le quintuple de ce chiffre, soit 28.968 kilos.¹¹¹

L'ampleur des saisies de cocaïne résulte peut-être de la surproduction de cocaïne en Amérique du Sud. Comme nous venons de le souligner en introduction, certains signes indiquent un dépassement de l'offre par rapport à la demande. Du fait de cette surproduction, les gros trafiquants peuvent se permettre de prendre des risques, la perte occasionnelle de petites cargaisons étant alors moins "grave". Il est également possible que les gros trafiquants laissent délibérément la douane intercepter un envoi, en vue de faciliter le passage d'une autre cargaison de cocaïne, plus volumineuse cette fois.

Le volume des saisies de cocaïne tient peut-être aussi aux filières commerciales empruntées par cette drogue. La cocaïne vient d'Amérique du Sud et pénètre donc en Europe par la voie maritime. La cocaïne destinée au marché ouest-européen pénètre donc – directement – par les ports d'Europe de l'Ouest, dans la majorité des cas. C'est ce qui explique pourquoi on y intercepte parfois des quantités gigantesques de cocaïne, de l'ordre de plusieurs tonnes. En mars 1994, deux énormes saisies ont ainsi été réalisées : 5.400 kilos à Savone (Italie) et 3.126 kilo à Zeewolde (province de Flevoland aux Pays-Bas).¹¹²

Le trafic de cocaïne se déroule donc selon un scénario différent de celui de l'héroïne. Comme nous l'avons précisé dans le premier chapitre, l'héroïne atteint le marché ouest-européen sous forme de petites cargaisons. Plus la drogue se rapproche de sa zone d'écoulement, plus les cargaisons perdent en volume, de sorte que les saisies d'héroïne sont de plus en plus réduites à proximité de l'Europe de l'Ouest. C'est pourquoi on arrive effectivement à intercepter de grosses quantités d'héroïne en Europe de l'Est et du Sud-Est, alors que cela arrive rarement ou pas du tout en Europe de l'Ouest. A l'inverse, plus on remonte en amont des filières commerciales, par exemple en Afghanistan, au Pakistan et en Turquie, et plus les cargaisons d'héroïne interceptées sont volumineuses.¹¹³

En résumé, l'héroïne destinée à l'Europe de l'Ouest provient de l'Est et arrive sur le marché sous forme de cargaisons plus réduites que la cocaïne, qui elle pénètre en Europe de l'Ouest directement et sous forme de quantités volumineuses. Quelle que soit la consommation de cocaïne en Europe de l'Ouest, les quantités interceptées sont considérables, comme le montre le tableau suivant :

L'héroïne, la cocaïne et le crack en France

Tableau 3.1 Saisies de cocaïne réalisées dans les différents pays de l'Union européenne (en kilos)

	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
Belgique	90	(1,2)	537	(3,3)	757	(4,6)	1.221	(6,9)	2.892	(17,1)	479	(1,7)
Allemagne	1.406	(18,1)	2.474	(15,0)	964	(5,9)	1.332	(7,5)	1.051	(6,2)	767	(2,6)
France	939	(12,1)	1.845	(11,2)	831	(5,1)	1.625	(9,2)	1.715	(10,2)	4.743	(16,4)
Italie	668	(8,6)	805	(4,9)	1.300	(7,9)	1.345	(7,6)	1.101	(6,5)	6.633	(22,9)
Pays-Bas	1.425	(18,3)	4.288	(26,1)	2.492	(15,1)	3.433	(19,4)	3.720	(22,0)	8.200	(28,3)
Portugal	793	(10,2)	360	(2,2)	1.094	(6,7)	1.893	(10,7)	219	(1,3)	1.711	(5,9)
Espagne	1.852	(23,8)	5.382	(32,7)	7.574	(46,0)	4.454	(25,1)	5.347	(31,7)	3.899	(13,5)
Grand-Bretagne	499	(6,4)	611	(3,7)	1.078	(6,6)	2.248	(12,7)	709	(4,2)	2.237	(7,7)
Autres pays de l'UE	103	(1,3)	133	(0,8)	361	(2,2)	171	(1,0)	130	(0,8)	299	(1,0)
Total:	7.775	(100)	16.435	(100)	16.451	(100)	17.722	(100)	16.884	(100)	28.968	(100)

Source: Europol/Europol Drugs Unit (1995)

3.3 Les saisies de cocaïne en France

En 1994, la France a intercepté sur son territoire une quantité relativement importante de cocaïne, à savoir 4.743 kilos. Un chiffre élevé, puisque les quantités interceptées au cours des années précédentes avaient été nettement inférieures : 1.625,2 kilos en 1992 et 1.715,4 kilos en 1993 (voir aussi le Tableau 3.1 précédent).

Le volume de 4.742 kilos intercepté en 1994 comprenait notamment une grosse saisie de 2.512 kilos réalisée à la Guadeloupe, l'équivalent de 52% du total. Venaient ensuite le département de l'Aude, la Seine-Maritime, le Val d'Oise (avec l'aéroport de Roissy) et le Finistère. Ces cinq départements (Guadeloupe incluse) ont totalisé 93% des saisies de cocaïne en France pour l'année 1994; la plus grosse saisie réalisée en France "continentale" étant une cargaison de cocaïne de 1.200 kilos interceptée sur l'autoroute à Narbonne.

Le tableau suivant indique la provenance de la cocaïne saisie par la douane, la police et la gendarmerie françaises au cours des dernières années :

Tableau 3.2 Provenance de la cocaïne saisie en France (en kilos)

	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%
Argentine	21,3	(1,2)	15,2	(1,8)	40,4	(2,5)	134,7	(7,9)	91,3	(1,9)
Belgique	8,7	(0,5)	0,3	(0)	1,0	(0,1)	1,3	(0,1)	12,3	(0,3)
Brésil	79,4	(4,3)	43,4	(5,2)	48,3	(3,0)	96,7	(5,6)	68,5	(1,4)
Colombie	1.028,1	(55,7)	330,6	(39,8)	541,1	(33,3)	334,8	(19,5)	1.365,1	(28,8)
France	-	(-)	51,0	(6,1)	0,2	(0)	3,4	(0,2)	21,7	(0,5)
Pays-Bas	26,0	(1,4)	16,0	(1,9)	8,9	(0,5)	19,0	(1,1)	32,5	(0,7)
Espagne	34,5	(1,9)	61,6	(7,4)	30,7	(1,9)	58,6	(3,4)	6,8	(0,1)
Surinam	48,3	(2,6)	111,0	(13,4)	121,2	(7,5)	19,7	(1,1)	72,8	(1,5)
Vénézuéla	2,3	(0,1)	10,0	(1,2)	11,7	(0,7)	377,7	(22,0)	1.412,7	(29,8)
Autres pays	560,4	(30,4)	122,4	(14,7)	100,4	(6,2)	190,8	(11,1)	46,3	(1,0)
Non précisé	35,6	(2,0)	69,9	(8,4)	721,3	(44,4)	478,7	(27,9)	1.612,6	(34,0)
Total	1.844,6	(100)	831,4	(100)	1.625,2	(100)	1.715,4	(100)	4.742,6	(100)

Source: OCRTIS, Rapports statistiques annuels

3.4 Le crack

Le crack, qui est un dérivé de la cocaïne, est apparu sur le marché dans les années quatre-vingt. Cette drogue est entourée des rumeurs les plus étranges, alors que le crack n'est rien d'autre que de la "cocaïne à fumer".

Le crack s'obtient en diluant de la cocaïne "classique", c'est-à-dire du chlorhydrate de cocaïne, dans de l'eau et en y ajoutant du bicarbonate de sodium ou de l'ammoniaque. Le mélange est ensuite chauffé jusqu'à ce qu'il fonde. Ce simple procédé chimique permet de transformer le chlorhydrate de cocaïne en cocaïne-base. En séchant, les gouttes visqueuses ainsi obtenues donnent un produit consistant qui ressemble à un caillou : le crack. Ce processus de fabrication peut être réalisé dans n'importe quelle cuisine en quelques minutes.

Il existe de nombreuses divergences d'opinion en ce qui concerne la différence – éventuelle – entre le crack et la cocaïne chauffée. Certains pensent qu'il s'agit de deux produits différents. En fait, le crack ne se distingue pas de la cocaïne-base ou la cocaïne chauffée.

Les effets du crack ne diffèrent pas vraiment de ceux de la cocaïne. Le crack peut certes agir de façon plus rapide et plus violente. Du fait qu'elle est fumée, la cocaïne atteint plus vite le cerveau qu'en cas d'inhalation. Avec le crack, le "flash" provoqué par la cocaïne est ressenti plus rapidement et dure moins longtemps; son action peut donc être plus violente sur l'utilisateur.

Aux dires de certains, le problème du crack tiendrait à la "descente", l'état désagréable qui succède à l'euphorie. Les usagers comparent ces effets, qui peuvent être extrêmement violents et désagréables, au choc causé par une terrible nouvelle.¹¹⁴ Pour échapper à ces

effets, le sujet serait obligé de renouveler sa prise de crack. C'est sur cette hypothèse que repose la dépendance grave engendrée par le crack; la drogue la plus terrible de toutes puisqu'une seule prise suffirait à entraîner la dépendance.

On oublie toutefois que les données relatives au crack reposent souvent sur des (sous) groupes particuliers d'usagers, dans la plupart des cas des usagers de crack marginalisés. Ils représentent en effet la catégorie d'usagers la plus visible, sur laquelle reposent les rumeurs et les théories "courantes". Les effets visibles d'une drogue sont souvent attribués à ses propriétés pharmacologiques, en négligeant le contexte social dans lequel la drogue est utilisée. Avec le crack, il n'est d'ailleurs pas question de dépendance physique; pourtant, la "descente" peut être si violente pour certains usagers que la peur de la subir peut engendrer une dépendance psychique.

La réputation du crack est partie des Etats-Unis, où il a été signalé pour la première fois à New York et à Miami au début des années quatre-vingt. L'usage du crack s'est ensuite répandu dans le reste des Etats-Unis avec une telle ampleur que l'été 1986 a été baptisé "l'été du crack" par les Américains. Le phénomène du crack aurait submergé les Etats-Unis en frappant plus particulièrement les grandes villes et les ghettos noirs.

Compte tenu de l'expérience dramatique dans laquelle cette nouvelle drogue avait plongé les Etats-Unis, l'Europe avait craint d'être submergée à son tour par la "vague de crack" à la fin des années quatre-vingt. Le crack n'a pourtant pas envahi l'Europe. Cette drogue n'est d'ailleurs pas aussi nouvelle qu'on le pense. En effet, la cocaïne-base est utilisée depuis longtemps dans plusieurs pays, dont les Pays-Bas. Les usagers transforment eux-mêmes (à la maison) le chlorhydrate de cocaïne en une drogue à fumer comme le crack. Ce type de consommation, qui existe depuis plusieurs années, n'a pas eu les conséquences dramatiques visibles, auxquelles on aurait pu s'attendre étant donné les rumeurs associées au crack.

Ce qui est nouveau, c'est que le crack est proposé prêt à l'emploi dans la rue et que cette drogue est plus répandue dans certains pays. La Grande-Bretagne est probablement le premier pays d'Europe à avoir été confronté au problème du crack. Les "yardies", réseaux jamaïcains, se sont spécialisés dans ce trafic. Après la Grande-Bretagne, le crack est également devenu une "drogue à problèmes" en France.

3.5 Le trafic de crack à Paris

Le crack est proposé sur le marché français depuis les années quatre-vingt, c'est-à-dire qu'on le vend prêt à l'emploi dans la rue. L'OCRTIS affirme que le trafic de crack est "en pleine expansion" depuis quelques années.¹¹⁵ Selon l'OCRTIS, le crack est surtout importé des îles antillaises de Sainte-Lucie et de la Dominique, mais il est également fabriqué à Paris.

A l'origine, le phénomène s'est limité à Paris et à ses environs. Depuis peu, on trouve aussi du crack – pour le moment – à une échelle réduite dans d'autres régions de France.

Aussi bien les vendeurs de rue que les usagers étaient au départ des Antillais (français), originaires en majorité de la Guadeloupe et de la Martinique. Ce sont les Antillais qui ont introduit le crack sur le marché français. Le crack étant utilisé depuis longtemps aux Antilles, les Antillais ont importé leur “savoir-faire” et leur expérience en matière de fabrication et de consommation de ce dérivé de la cocaïne.¹¹⁶

Le crack est resté pendant longtemps une affaire purement antillaise; la drogue étant presque toujours proposée par des vendeurs (de rue) d’origine antillaise. Selon le médecin spécialiste du sujet, François-Rodolphe Ingold, l’un des rares familiers de cette “scène”, environ 80% des dealers étaient d’origine antillaise au départ.

Une part du marché a été reprise par les Africains, en particulier des Sénégalais, depuis quelques années. Le rapport annuel 1994 de l’OCRTIS fait également état de ce développement. Il constate que le trafic de crack a augmenté ces dernières années parmi les Antillais, et qu’il est entre-temps passé aux mains de la communauté africaine.¹¹⁷

Les “Africains” ont poursuivi leur “expansion” depuis qu’ils dominent le trafic du crack. Du centre de crack de Stalingrad (19e arrondissement), ils ont essaimé vers le centre de l’héroïne de la Goutte d’Or (18e arrondissement), pour s’attaquer au marché des héroïnomanes implanté à cet endroit. Dans ce quartier, où le trafic de rue de l’héroïne était traditionnellement aux mains des Maghrébins – en particulier des Tunisiens – leur arrivée a provoqué des conflits territoriaux entre les deux groupes.

Un phénomène nouveau est apparu, à savoir la vente de crack par les Maghrébins. Le marché est probablement si lucratif que ces derniers participent désormais eux aussi au trafic. Toutefois, la majorité du trafic de crack reste aux mains des Africains, qui élargissent également leur offre en proposant de plus en plus souvent du crack à côté de l’héroïne.

Si l’on prend le nombre d’interpellations liées au trafic de crack en France, on remarque qu’elles ne sont pas très fréquentes. De plus, les quantités saisies ne sont pas très volumineuses. On remarque toutefois une certaine évolution en ce qui concerne le nombre total de trafiquants de crack interpellés et les quantités interceptées. Comme le montre le tableau suivant, aussi bien le nombre de trafiquants que les saisies ont nettement augmenté au cours des dernières années. Alors que 90 grammes de crack seulement avaient été saisis en 1990, quatre ans plus tard, les quantités étaient cent fois plus élevées et dépassaient les 10 kilos.

Tableau 3.3 Le trafic de crack : nombre de trafiquants interpellés et quantités saisies (en grammes)

	Nombre de trafiquants interpellés	Quantité de crack saisie (en grammes)
1990	16	90
1991	25	399
1992	59	1.948
1993	60	5.212
1994	116	10.235

Source: OCRTIS (1995)

En ce qui concerne la nationalité et l'origine ethnique des trafiquants, on peut faire les remarques suivantes. Près d'un tiers des personnes interpellées (29%) sont de nationalité française. Les trois autres nationalités qui reviennent relativement souvent dans les interpellations sont les Sénégalais (15%), les Somaliens (11%) et les Dominicains (6%). Les trafiquants arrêtés sont également originaires du Gabon, d'Angola, de Sainte-Lucie, de Gambie et de Guyane (française).

Les renseignements pris auprès de l'OCRTIS montrent qu'une grande partie des trafiquants de crack de nationalité française est originaire des Antilles. On ne dispose pas d'informations plus précises dans ce domaine, du fait que la législation française interdit l'enregistrement de l'origine ou de l'appartenance ethnique des personnes. A cet égard, il est d'ailleurs étonnant que depuis quelques années on parle plus ou moins ouvertement en France du problème du crack parmi les Antillais.¹¹⁸

Le fait qu'un grand nombre de trafiquants français appartient aux minorités (noires), et que les trafiquants non-français sont souvent d'origine africaine ou antillaise, permet de conclure que le trafic est principalement aux mains des minorités ethniques noires.¹¹⁹ Cette conclusion n'a rien de surprenant pour ceux qui connaissent un tant soit peu la *scène* toxicomaniaque ou qui visitent parfois les environs du métro Stalingrad à Paris, le "centre du crack" de la capitale. Il faut toutefois ajouter que cela concerne seulement la partie visible du phénomène; les formes plus discrètes d'usage et de trafic étant mal connues.

A Paris, le nom de Stalingrad est directement associé à la drogue, et plus précisément au crack.¹²⁰ A la suite des opérations de nettoyage menées par la police, le trafic a essaimé vers d'autres quartiers de la capitale. Stalingrad n'a donc plus le monopole du crack et des *scènes* secondaires sont apparues : Pigalle, Porte de la Chapelle, République et Strasbourg-Saint-Denis. Ces centres se caractérisent de plus en plus par un trafic mixte de crack et d'héroïne. Le trafic de crack reste concentré dans le 19^{ème} arrondissement et, à échelle plus réduite, dans le 18^{ème} limitrophe.

3.6 Prix, qualité et disponibilité

Prix - La cocaïne

Dans leur aperçu de 1992, Cesoni & Schiray mentionnent également le prix des drogues qui circulent en France. Comme ils le précisent, ces informations ont été obtenues directement auprès de "spécialistes". Selon ces sources, le prix du gramme de cocaïne d'un taux de pureté de 30 à 50% allait de 1.200 à 1.500 francs en 1990. Le prix de l'héroïne serait nettement plus bas à Paris, notamment entre 600 et 700 francs.¹²¹ Une étude réalisée par l'IREP sur la consommation de cocaïne à Paris estime le prix moyen du gramme de cocaïne à 800 francs.¹²²

Le ministère de l'Intérieur publie depuis un certain temps un bulletin *Dossier Stups*, qui fait état du prix moyen des différentes drogues dans la rue. Tous les Services régionaux

de Police judiciaire ont collaboré à ce dossier. Le numéro d'avril 1995 de *Dossier Stups* mentionne le prix de la cocaïne aussi bien pour 1993 que pour 1994.¹²³

En 1993, le prix du gramme de cocaïne ventilé par grande ville était de :

- Jusqu'à 800 francs : Paris, Versailles, Marseille
- De 800 à 1.000 francs : Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Reims, Rouen, Strasbourg
- Plus de 1.000 francs : le reste de la France¹²⁴

En 1994, le prix du gramme de cocaïne ventilé par région était de :

- De 600 à 800 francs : Nord-Pas de Calais, Normandie, Ile-de-France, Provence-Côte d'Azur
- De 800 à 1.000 francs : le reste de la France
- Plus de 1.000 francs : Bretagne, Languedoc

Prix - Le crack

A Paris, le prix du "caillou" de crack est de 100 francs. Il s'agit de l'unité de vente normale. Le prix du caillou est donc inférieur à une dose normale d'héroïne (un cinquième de gramme), qui revient à 200 francs.

Le crack est parfois vendu en quantité supérieure, sous forme de "galette", une sorte de gâteau plat plus gros que l'unité habituelle en forme de caillou. Une galette équivaut à 5 ou 6 cailloux et revient à 400 francs environ.¹²⁵

Quand on sait que le gramme de cocaïne coûte 800 francs et qu'il permet de fabriquer environ 10 cailloux (de 100 francs chaque), le crack revient finalement un peu plus cher que l'héroïne. Le crack n'est donc pas une drogue bon marché. La seule différence entre le crack d'une part, et la cocaïne et l'héroïne d'autre part, c'est que le crack peut être acheté sous forme de doses plus petites et donc meilleur marché.

Qualité

Selon différents usagers, la cocaïne proposée en France est généralement de qualité supérieure, surtout si on la compare à celle de l'héroïne. L'Observatoire géopolitique des drogues est également d'avis que la cocaïne qui circule sur le marché français est de qualité relativement élevée.¹²⁶ L'IREP, au contraire, écrit que les usagers de cocaïne sont généralement mécontents de sa qualité.¹²⁷ Pour autant qu'on le sache, la pureté de la cocaïne n'est pas (encore) systématiquement surveillée par la police et la Justice. L'analyse d'échantillons de crack prélevés dans le cadre d'une étude pilote du groupe Pompidou a fait ressortir un taux de pureté supérieur à 80%.¹²⁸

Disponibilité

Nous avons indiqué plus haut que le crack ne se trouvait pas encore dans tous les départements français. La disponibilité de cette drogue dépend donc beaucoup de l'aspect géographique. A Paris, il est assez facile de se procurer du crack. Il suffit à l'utilisateur de se rendre dans l'un des centres de vente bien connus. La presse

aussi souligne à quel point il est facile d'acheter du crack dans les rues de Paris.¹²⁹ Les endroits réputés sont Stalingrad, les Halles, Strasbourg-Saint-Denis, la Porte de la Chapelle, etc.

Comme nous l'avons déjà souligné, il est parfois plus facile de se procurer du crack que de l'héroïne pour la simple raison que les dealers préfèrent vendre du crack que de la cocaïne ou de l'héroïne. Cela ne tient pas tant au bénéfice qu'ils réalisent sur chaque vente, puisque le gramme de crack est à peine plus cher que la cocaïne. Ce qui rend le trafic de crack si lucratif, c'est la fréquence nettement supérieure des achats par rapport à l'héroïne ou à la cocaïne. Le crack assure au dealer un cercle de clients fidèles.

Pourtant, on n'a jamais prouvé que cette drogue était la seule à avoir de tels effets. A cet égard, il arrive qu'on parle d'une "vue pharmacocentrique" de la cocaïne ("*a pharmacocentric view of cocaine*").¹³⁰ Il conviendrait de se demander aussi pourquoi les usagers ressentent aussi vite le besoin de consommer "plus" et pourquoi le marché de cette drogue poursuit – aujourd'hui encore – son essor.

3.7 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté un aperçu de l'offre en matière de cocaïne et de crack en France. Il convient de souligner que les sources d'information à ce sujet sont rares en France et que certaines données utilisées ici, en ce qui concerne le crack notamment, reposent sur quelques sources sommaires. Une telle présentation risque d'entraîner une sous-évaluation d'autres aspects moins visibles et moins documentés du phénomène. Dès qu'on parle de trafic de crack en France, il est presque toujours question de la *scène* du crack implantée dans les quartiers Nord-Est de la capitale et fréquentée par des usagers (extrêmement) marginalisés. Les formes plus discrètes du trafic sont en effet mal connues. Notre aperçu ne prétend donc pas expliquer en quoi consiste réellement le trafic de cocaïne et de crack, mais seulement à inventorier les connaissances disponibles en France dans ce domaine.

Nous avons tout d'abord évoqué le contexte de la production de la cocaïne, ainsi que le trafic, à l'aide des chiffres des saisies de cocaïne réalisées dans les pays de l'Union européenne, dont l'ampleur surprend ces dernières années. En effet, les saisies de cocaïne représentent un multiple de celles d'héroïne. Alors que 5.908 kilos d'héroïne avaient été interceptés en 1994, le volume des saisies atteignait 28.968 kilos pour la cocaïne, soit le quintuple, la même année. C'est aux Pays-Bas et en Espagne qu'on a saisi le plus de cocaïne ces dernières années.

Le volume des saisies a également augmenté en France au cours des dernières années. L'année 1994 a été une année-record avec 4.743 kilos, soit plus que le total des trois années précédentes. (Les Pays-Bas ont d'ailleurs battu eux aussi un record cette année-là en interceptant 8.200 kilos). Contrairement à l'héroïne, une part infime de la cocaïne saisie en France est originaire des Pays-Bas.

Tim BOEKHOUT VAN SOLINGE

Un volume croissant de crack circule en France depuis la fin des années quatre-vingt. Parti de Paris, ce phénomène se manifeste également en dehors de la capitale, même si c'est elle qui en conserve le monopole. La station de métro Stalingrad est le "centre" traditionnel du crack mais le trafic a essaimé vers d'autres quartiers, depuis les opérations de nettoyage de la police.

A l'origine, le trafic de crack était presque exclusivement aux mains des Antillais (français), avant d'être lentement repris par les "Africains". De nos jours, il est parfois plus facile de trouver du crack que de l'héroïne dans certains quartiers de Paris. On ignore si cette offre tient à la présence plus dense du crack ou au fait que les dealers préfèrent le trafic plus lucratif du crack.

4 La demande de cocaïne et de crack : les usagers

4.1 Introduction

Dans leur aperçu statistique sur les drogues et la toxicomanie en France, Carpentier & Costes remarquent que la consommation de cocaïne – comme principale drogue – est sous-estimée et mal connue. Ils ajoutent que certains cocaïnomanes semblent être bien intégrés sur le plan social et qu'ils ont peu de problèmes de santé. La consommation de crack est toutefois "en pleine expansion".¹³¹

Il convient tout d'abord de souligner qu'on manque d'information sur les usagers de cocaïne et de crack en France. On peut donc se demander si les sources disponibles suffissent pour exprimer un jugement en ce qui concerne la situation en France.

Comme nous l'avons remarqué dans la conclusion du précédent chapitre, la majorité des données concernant le crack en France proviennent d'un milieu toxicomaniaque marginalisé. Etant donné le manque presque total d'information sur les autres catégories d'usagers, les données que nous présentons ici risquent d'être mal interprétées, une fois extraites de leur contexte. Le présent chapitre ne prétend donc pas expliquer en quoi consiste précisément la consommation de cocaïne et de crack en France, mais seulement à inventorier les connaissances disponibles dans ce domaine, sans vérifier toutefois la fiabilité des sources consultées.

Ce chapitre sera tout d'abord consacré aux cocaïnomanes. Compte tenu du manque d'information dont nous disposons à ce sujet, il s'agit d'un tableau sommaire. Tout comme au chapitre précédent, l'accent portera moins sur les cocaïnomanes que sur les usagers de crack, le principal objectif du rapport étant d'étudier le problème de la toxicomanie. Or, comme on l'a vu plus haut, l'usage problématique concerne plus le crack que la cocaïne. Un phénomène nouveau est apparu dans la capitale : certains héroïnomanes "passent" au crack dans certains cas. Nous consacrerons une attention plus soutenue à ce problème, en raison de sa nouveauté. Nous avancerons également plusieurs hypothèses pouvant expliquer ce phénomène.

4.2 Les usagers de cocaïne

La cocaïne est vraisemblablement un des drogues les plus mal connues en Europe. Pour ce qui est de certaines drogues, on connaît plus ou moins les usagers. Dans le cas du cannabis, on sait par exemple que les usagers sont en majorité des jeunes, et que leur nombre diminue avec l'âge. Grosso modo, on connaît également la population d'héroïnomanes, en ce qui concerne les usagers permanents. En effet, les services d'aide

entretiennent des contacts avec une partie des toxicomanes, même si on ignore quelle est la proportion exacte d'usagers pris en charge, ce qui dépend notamment du type d'assistance ("à bas seuil" ou non, etc.). Pour ce qui est des héroïnomanes connus des services d'aide, on sait en tout cas qu'ils sont relativement âgés et que la moyenne d'âge ne cesse d'augmenter, ce qui indiquerait qu'il y a peu de jeunes usagers. On sait également qu'à côté des usagers permanents, il existe des usagers occasionnels, dont des cocaïnomanes qui prennent parfois de l'héroïne.

Les informations sont plus rares en ce qui concerne les cocaïnomanes. En effet, ni la police, ni la Justice, ni les services d'aide n'ont de contacts fréquents avec les cocaïnomanes. Cela tient principalement au fait que les cocaïnomanes ne sont généralement pas marginalisés. Ils n'ont pas besoin de voler pour s'acheter leur drogue et savent manifestement réguler leur consommation, de sorte qu'ils n'ont pas recours aux services d'aide.

Depuis les années soixante-dix, la cocaïne est qualifiée de drogue des classes supérieures ou drogue de société. Certains milieux comme la bourse, les médias, la mode, le journalisme, la musique (pop) et la politique, seraient relativement "gros" consommateurs de cocaïne. On ne dispose toutefois d'aucune donnée sur cette catégorie d'usagers.

Une grande partie des connaissances en matière de cocaïnomanie repose sur des études menées auprès de certaines populations d'usagers. On a par exemple étudié les cocaïnomanes qui ont eu recours aux services d'aide, les usagers qui étaient en contact avec la Justice, ceux qui résidaient dans certains quartiers du centre-ville, dont certaines villes d'Amérique.¹³² Le problème avec ce genre d'études est qu'elles concernent des catégories spécifiques, de sorte que l'image qui en ressort ne s'applique pas toujours à l'ensemble des usagers. Des études épidémiologiques ont, en effet, montré que seule une minorité de cocaïnomanes était en contact avec les services d'aide ou la Justice.

Différentes études menées suivant la méthode de "boule de neige" offrent un tableau bien plus nuancé des cocaïnomanes. Un aperçu fiable de la situation est présenté dans le numéro spécial d'*Addiction Research* de 1994.¹³³ Dans ce recueil, plusieurs études soulignent que la majorité des usagers savent réguler (eux-mêmes) leur consommation.

La France n'a réalisé quasiment aucune étude de ce genre sur la cocaïnomanie. Une des rares dans ce domaine est celle que l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) a menée suivant la méthode de la tache d'huile auprès des usagers de cocaïne à Paris.¹³⁴

L'IREP remarque que la catégorie d'usagers étudiée diffère nettement de l'aperçu des cocaïnomanes basé sur les données des hôpitaux et des prisons. Les individus décrits par l'IREP ont en général des conditions de vie relativement confortables. Ils ont peu de problèmes de santé et souffrent moins de maladies infectieuses telles que le VIH ou l'hépatite. La grande majorité d'entre eux (80%) n'a jamais été en prison. La catégorie de cocaïnomanes décrite se distingue en plusieurs points des autres "consommateurs de drogues". En effet, ces cocaïnomanes sont surtout originaires des classes supérieures de la société, ils ont une formation supérieure, occupent des postes plus élevés et sont souvent propriétaires d'un logement.

A partir de ces résultats, l'IREP affirme que la majorité des cocaïnomanes n'ont pas recours aux services d'aide et qu'ils ne sont pas connus de la police. Il est donc difficile de préciser les tendances en matière de consommation, puisque ce sont surtout les services d'aide et la police qui constituent les sources traditionnelles d'information.¹³⁵

Les chercheurs de l'IREP ajoutent que la consommation de cocaïne parmi les autres toxicomanes (dont les héroïnomanes) est, en outre, sous-estimée. Il y a une raison méthodologique à cela : si on ne leur pose pas de question sur leur consommation de cocaïne, on n'en saura rien. L'accent est généralement mis sur l'héroïne, de sorte que la consommation de cocaïne peut être sous-estimée. Différentes études menées par l'IREP montrent en effet qu'une grande partie des toxicomanes (dont les héroïnomanes) prend aussi de la cocaïne.¹³⁶ L'IREP part du principe que la consommation de cocaïne chez les toxicomanes a connu une nette augmentation depuis 1980, tendance qui s'est poursuivie pendant toute la décennie. L'IREP attribue cette évolution à différents facteurs.

Cela ressort tout d'abord des données collectées auprès des toxicomanes (dont les héroïnomanes), auxquels on a demandé en quelle année ils ont commencé à consommer de la cocaïne, la réponse étant généralement après 1980. C'était le cas de 70% des usagers. D'autre part, la cocaïne est apparue au sein de réseaux autrefois réservés à l'héroïne et, à échelle plus réduite, au cannabis. Le "mélange" des réseaux d'héroïne et de cocaïne, souligne l'IREP, est lié à un troisième facteur, à savoir le développement net de la consommation de cocaïne parmi les catégories défavorisées. C'est surtout dans ces catégories défavorisées (marginalisées) que la consommation de crack est la plus répandue.¹³⁷

4.3 Les usagers de crack

L'émergence du crack

Dans le chapitre précédent consacré à l'offre en matière de crack et de cocaïne, on a pu lire que le crack était apparu à la fin des années quatre-vingt sur le marché français, en particulier dans la région parisienne.

Le manque de connaissances vis-à-vis de ce produit a contribué au départ au développement de la consommation. A l'origine, c'est-à-dire dans les années quatre-vingt, on ne parlait, en effet, pas de crack en France mais de "caillou".¹³⁸ La rumeur voulait que les cailloux n'aient rien à voir avec les "rocks" de crack américain. Différents articles publiés dans la presse au sujet de ce phénomène n'ont fait que renforcer cette rumeur.¹³⁹ Une traduction erronée ou une mauvaise interprétation d'un document édité par la D.E.A. américaine serait à l'origine de ce "malentendu".¹⁴⁰

Le fait qu'on pensait avoir affaire à autre chose qu'à du crack a renforcé au départ le développement de cette drogue. En effet, les usagers ne voulaient pas être associés au "crack américain" qui avait très mauvaise réputation.¹⁴¹ La consommation de cailloux était considérée comme une pratique différente, moins nocive. Plus tard, on s'est rendu compte

que le caillou et le crack étaient composés de la même substance. C'est seulement depuis 1992 qu'on sait que caillou et crack sont bien la même chose.

La consommation de crack s'est peu à peu propagée depuis la fin des années quatre-vingt, non seulement du point de vue géographique (en direction des autres départements) mais aussi parmi différentes catégories (ethniques).

La répartition géographique du crack ressort des interpellations réalisées par la police.¹⁴² En 1993, la police avait recensé 226 usagers de crack dans 14 départements différents. L'année précédente, on comptait seulement 140 usagers dans 8 départements, alors que le nombre d'interpellations – selon les données de la police – s'était limité en 1991 à 54 interpellations d'usagers dans 4 départements.¹⁴³

Le nombre d'interpellations d'usagers de crack ne prouve évidemment pas que la consommation de crack se soit encore aggravée. Cependant, d'autres sources d'information vont également dans ce sens. L'enquête de novembre 1992 du SESI fait état d'un nombre croissant de demandes d'aide liées à la cocaïne depuis 1988, avec une pointe entre 1991 et 1992. L'enquête de 1992 du SESI montre que le nombre de demandes d'aide liées à la cocaïne a augmenté de 58% pendant cette période. Le SESI est d'avis que cette hausse est indissociable de l'apparition du crack; ce n'est qu'un an plus tard, lors de l'enquête de 1993, que la distinction entre la cocaïne et le crack a été faite pour la première fois.¹⁴⁴

François-Rodolphe Ingold et Mohammed Toussirt, chercheurs auprès de l'IREP, comptent parmi les rares familiers de l'émergence et de la propagation du crack à Paris. Ingold et Toussirt distinguent différentes phases dans cette évolution.¹⁴⁵

La première phase de la consommation de crack à Paris s'est déroulée de 1986 à 1989. Les usagers étaient presque tous des Antillais et ils fréquentaient le quartier des Halles. Ils employaient la technique de "freebase", c'est-à-dire qu'ils transformaient le chlorhydrate de cocaïne en cocaïne-base en y ajoutant de l'ammoniaque.

Pendant la seconde phase, la consommation de crack s'est propagée parmi les prostituées de Pigalle, à la frontière du 9ème et du 18ème arrondissement de Paris. La troisième phase a commencé dans les années 89/90. Le crack était vendu et consommé dans des squats du 18ème et du 19ème spécialisés dans ce trafic. Certains squats étaient situés dans les environs du métro Stalingrad. La fermeture de ces immeubles par la police représente le début de la quatrième phase.

Au cours de la quatrième phase, vers 1991, le trafic et la consommation de crack sont passés des squats à la rue. La station de métro Stalingrad est alors devenue le centre du trafic et de la consommation, implantés notamment dans le 19ème, à l'Est de Stalingrad. Ces deux activités ont continué à progresser à cet endroit en 1992 et 1993, en particulier la nuit. La scène toxicomaniaque de Stalingrad comptait alors plusieurs centaines de personnes qui s'installaient sur place ou passaient chaque jour. Comme le soulignent Ingold & Toussirt, plusieurs autres scènes secondaires sont également apparues, par exemple autour de la Place de la Nation, de Strasbourg-Saint-Denis et de Pigalle.

A la même époque, le phénomène a connu une progression en passant de la catégorie traditionnelle d'usagers, les Antillais, à d'autres groupes de consommateurs. Ces derniers étaient en majorité des héroïnomanes.

La cinquième phase et dernière phase de la consommation de crack à Paris résulte, tout comme la précédente, de l'intervention de la police. Les opérations de nettoyage lancées par la police autour de Stalingrad ont eu pour effet de chasser le trafic dans plusieurs autres directions. Stalingrad est resté un centre de crack, mais la *scène* est nettement moins voyante qu'autrefois. Par crainte de la police, les usagers et les dealers se cachent et essaient vers les quartiers environnants du 18^{ème} et du 19^{ème} arrondissement.

Les usagers de crack

Il n'existe aucun chiffre précis en ce qui concerne le nombre d'usagers de crack à Paris. On entend parfois dire que cette population compterait 1.000 personnes. L'IREP estime que le nombre réel d'usagers dépasse largement les 1.000 et qu'elle atteint vraisemblablement plusieurs milliers.¹⁴⁶ La Boutique, une structure d'accueil "à bas seuil", implantée dans le 19^{ème} arrondissement, a accueilli pendant ses six premiers mois d'activité 450 toxicomanes, dont la moitié (53%) était des usagers de crack.¹⁴⁷ Nous répétons à cet égard que les chiffres mentionnés ici reposent sur les rares sources d'information, en plus particulièrement sur une seule source, celle d'Ingold & Toussirt. Etant donné que les usagers qu'ils décrivent constituent un groupe précis (cas marginalisés) et visible, il convient d'éviter de tomber dans le piège qui consisterait à généraliser les résultats obtenus par ces chercheurs.

Comme nous l'avons déjà souligné, les usagers de crack étaient à l'origine en majorité des Antillais, relayés plus tard par les Africains. Les Antillais et les Africains forment aujourd'hui encore l'essentiel de la population totale d'usagers, mais leur participation diminue peu à peu.¹⁴⁸ Cette évolution signifie que la consommation de crack est en train de se propager dans d'autres catégories, dont les Français – d'origine – et les Maghrébins.

Ingold & Toussirt soulignent également que la majorité des usagers est du sexe masculin. Les femmes qui prennent du crack se prostituent dans la plupart des cas. Ingold & Toussirt remarquent qu'un mois suffit pour qu'un usager qui expérimente avec du crack descende vers une dépendance totale avec tous les conséquences que cela implique, c'est-à-dire amaigrissement, pâleur, épuisement et état de confusion.

A côté de ce groupe très voyant et marginalisé d'usagers de crack qu'on retrouve généralement dans les quartiers réputés pour le trafic et la consommation de crack, il existe également une catégorie de "passants". Ce groupe, dont la présence dans la rue est plus discrète et moins visible, se compose d'usagers qui visitent ces endroits une ou deux fois par nuit.¹⁴⁹

En général, les Antillais et les Africains qui prennent du crack ne sont pas d'anciens héroïnomanes. On dit souvent qu'ils préfèrent ne pas s'injecter la drogue par respect pour leur corps. Or, comme nous l'avons déjà indiqué, l'héroïne est presque toujours utilisée par voie intraveineuse en France. Les toxicomanes antillais et africains seraient donc plus attirés par des drogues à fumer.¹⁵⁰

Ingold & Toussirt soulignent qu'il existe un petit groupe d'usagers de crack qui n'a jamais consommé de drogues illicites avant (sauf du cannabis). Ces usagers peuvent être très jeunes et âgés de 18 ans, ou moins. Au contraire, une autre partie des "nouveaux usagers" est plus âgée et il arrive qu'ils aient dépassé la quarantaine. Cela prouve que les consommateurs de crack n'ont pas toujours un "parcours toxicomaniaque" derrière eux.¹⁵¹

Par contre, les autres catégories d'usagers de crack ont déjà un passé d'héroïnomanes. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la consommation de crack se propage en effet parmi les anciens héroïnomanes, qui se convertissent entièrement ou partiellement au crack. Chez certains, le rôle de "drogue principale" est repris par le crack et l'héroïne entre dans la consommation "additionnelle". L'héroïne sert alors de sédatif à l'usager de crack.

Dans son rapport annuel de 1994, l'OCRTIS souligne que l'usage de crack reste modeste par rapport à celui de cannabis, de cocaïne et d'héroïne, mais il demeure un phénomène en expansion depuis 1990. On peut lire dans ce rapport annuel que la consommation de crack était autrefois limitée à un milieu marginalisé, mais qu'elle se propage aujourd'hui parmi la population d'héroïnomanes, qui le prennent soit en complément, soit en substitut total, notamment dans les cités de la région parisienne.¹⁵²

Les anciens héroïnomanes qui se sont convertis au crack sont en majorité des Français (autochtones) et des Maghrébins. On peut même affirmer que la majorité des usagers actuels de crack non-noirs prenaient autrefois de l'héroïne.¹⁵³ Le mode de consommation de l'héroïne étant presque toujours intraveineux, une pratique qui reste solidement ancrée, les anciens héroïnomanes s'injectent également le crack. La méthode la plus courante consiste à dissoudre le crack dans du jus de citron avant de se l'injecter. Une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 55 prostituées qui prenaient, ou avaient pris du crack, a montré que presque un tiers (29%) consommait du crack par voie intraveineuse. En ce qui concerne l'origine des prostituées, on remarque qu'elles sont en majorité de nationalité française, mais qu'une grande partie d'entre elles est originaire des DOM-TOM.¹⁵⁴

Malgré leurs similitudes et le fait que les *scènes* du crack et de l'héroïne se recouvrent parfois, la *scène* du crack décrite par Ingold & Toussirt se distingue par certains éléments spécifiques. Il convient de s'y arrêter un moment.

La *scène* du crack se déroule surtout la nuit. A Paris, le crack est sans aucun doute une "drogue de nuit". D'après Ingold & Toussirt, les effets stimulants et anxiolytiques produits par une consommation abusive de crack seraient incompatibles avec un usage diurne du produit. Autrement dit, le crack serait trop "speed" pour être consommé de jour. Les toxicomanes fument du crack toute la nuit, ou une partie d'entre elle, et partent dès l'aube à la recherche d'héroïne ou de médicaments pour arriver à dormir ou à travailler (c'est le cas des prostituées notamment).¹⁵⁵

Un second aspect de la *scène* du crack est que cette drogue est étroitement liée à la marginalisation. Les usagers de crack problématiques qu'on rencontre à Paris sont en

majorité des marginaux et des exclus. Bertrand Lebeau de Médecins du monde a souligné que plus les usagers sont désocialisés, plus la consommation de drogue est problématique et plus les individus sont prédisposés à prendre du crack.¹⁵⁶ Mohammed Toussirt, qui travaille aussi bien pour l'IREP que pour La Boutique, déclare que la consommation de crack à Paris est étroitement liée à l'exclusion. La progression du crack est surtout due à la misère sociale et à la pauvreté. En effet, une grande partie des nouveaux usagers de crack étaient déjà marginalisés avant d'essayer cette drogue. A preuve, le fait que même certains vieux clochards se sont mis à consommer du crack.¹⁵⁷

La consommation de crack progresse également dans certains quartiers défavorisés, qui souffrent d'une accumulation de problèmes de toute sorte. Nous avons rappelé plus haut le rapport annuel de 1994 de l'OCRTIS qui soulignait la consommation croissante de crack dans les cités de la région parisienne. En France, on entend souvent dire que dès qu'une drogue comme le crack apparaît dans ce genre de quartiers (défavorisés), les conséquences peuvent être désastreuses.

Etant donné la relation entre le crack et l'exclusion, il peut sembler paradoxal que cette consommation soit aussi coûteuse. Comme nous l'avons indiqué au chapitre précédent, le crack n'est pas une drogue chère en elle-même, mais sa consommation revient nettement plus cher dans la pratique car exige des prises plus fréquentes que la cocaïne et l'héroïne. Ainsi, Ingold & Toussirt estiment qu'un usager de crack peut dépenser entre 3.000 et 5.000 francs en une seule nuit, soit l'équivalent de plusieurs grammes de cocaïne.¹⁵⁸ En conséquence, la prostitution est l'une des rares sources de revenu qui peut permettre de financer une telle consommation.

4.4 Le passage de l'héroïne au crack

Comme nous l'avons déjà remarqué, on voit en France – encore une fois, surtout à Paris – que certains héroïnomanes franchissent plus au moins le pas vers le crack. On constate même cette évolution chez les toxicomanes qui consomment de l'héroïne depuis longtemps.

Ce phénomène a bénéficié d'une attention toute particulière lors des travaux sur le terrain et des nombreux entretiens menés avec les usagers d'héroïne et/ou de crack, la raison principale étant que le phénomène ne se manifeste pas à une telle échelle aux Pays-Bas.¹⁵⁹ La seconde raison de cette attention accrue tient au fait que ce phénomène n'est pas "logique". En effet, l'usager sait que la consommation de crack revient beaucoup plus cher que l'héroïne. La dose de crack est peut-être moins chère que celle d'héroïne (100 francs au lieu de 200), mais le besoin de renouveler la prise est plus rapide chez un grand nombre d'usagers de crack. En fin de compte, le crack revient donc beaucoup plus cher. Si la consommation de crack est nettement plus coûteuse que l'héroïne, pourquoi consomme-t-on cette drogue ?

Le passage de l'héroïne à la cocaïne est un phénomène mal connu et une étude devrait être réalisée afin d'en déterminer les causes éventuelles. Il faudrait tout d'abord voir s'il est

vraiment question de passage, ou qu'il s'agit seulement d'une mode. Le paragraphe suivant présente différentes explications possibles à cet égard.

Une catégorie d'usagers qui franchit assez souvent le pas entre l'héroïne et le crack est celle des prostituées (de rue) toxicomanes. Des entretiens menés avec les prostituées, les animatrices et les organisations chargées de l'assistance¹⁶⁰ indiquent que la consommation de crack serait en partie liée à leur genre d'activités. La prostitution de rue est un travail épuisant sur le plan physique et psychique, car les prostituées travaillent sous une pression énorme et sous la menace permanente de la police et des clients (violents). Ce travail serait pratiquement insupportable sans l'aide du crack, telle est l'explication avancée. Les "passes" seraient également moins désagréables sous l'effet du crack. En un mot, le crack répondrait bien au travail pénible des prostituées de rue.

Les dealers se sont adaptés au phénomène en s'installant à proximité des zones de prostitution. Dès qu'une prostituée a terminé avec son client, les dealers sautent sur l'occasion pour lui vendre une nouvelle dose de crack. Le tarif moyen d'une passe est de 100 francs, le même prix qu'un caillou, c'est-à-dire une dose normale de crack. Les dealers préfèrent proposer du crack que de l'héroïne, car cette drogue fidélise plus le client. Le dealer qui a vendu du crack à un usager, sait qu'il a toutes les chances de le voir bientôt revenir pour lui acheter une nouvelle dose.

Une visite à une zone de prostitution et différents entretiens avec des prostituées montrent clairement que la prostitution est devenue un "travail à la chaîne" pour les prostituées très marginalisées et dépendantes du crack. Les clients et les doses de crack se succèdent sans arrêt, un schéma peut durer 24 heures, 48 heures ou même plus. Ingold & Toussirt soulignent qu'il n'est pas rare de rencontrer des toxicomanes qui n'ont pas dormi depuis trois ou quatre jours; le seul moyen de tenir le coup étant pour elles de prendre du crack en permanence.¹⁶¹ Ce travail est si épuisant qu'il est impossible d'y résister plusieurs jours d'affilée. Après un tel "marathon passes-crack", ces prostituées prennent d'ailleurs quelques jours de "repos" à l'héroïne. Ingold & Toussirt parlent ici d'un "usage thérapeutique" de l'héroïne parmi les usagers de crack. Après avoir "récupéré" à l'héroïne, le rythme passes-crack reprend.

L'hypothèse, selon laquelle la consommation de crack pourrait s'expliquer par le type de travail de prostitution en soi, n'est pas entièrement convaincante. Si l'on prend le cas des prostituées de rue toxicomanes d'Amsterdam par exemple, on ne constate pas cette substitution de l'héroïne par le crack comme drogue principale. La relation prostitution-crack n'est donc pas aussi linéaire que la situation à Paris pourrait le faire croire au premier abord.

La seconde raison invoquée par les prostituées de rue pour justifier leur consommation de crack, est que "l'héroïne ne réchauffe plus". Cet aspect est important pour les prostituées qui passent souvent beaucoup de temps dehors, dans le froid. Les taux de pureté de l'héroïne dont nous avons traité précédemment, taux qui peuvent être très bas, justifient dans une certaine mesure ces rumeurs. La progression du crack chez les (anciens) héroïnomanes pourrait donc s'expliquer par la mauvaise qualité de l'héroïne proposée sur le marché.

Cette théorie est renforcée par un autre facteur, à savoir la consommation additionnelle de crack chez les usagers de méthadone; un problème auquel certaines structures chargées des programmes de méthadone sont confrontées de façon croissante.¹⁶² Les dealers de crack fréquentent désormais les abords des centres de méthadone car ils savent que les patients de ces centres constituent un intéressant marché – potentiel – pour leur marchandise.

L'explication invoquée à Paris pour la consommation additionnelle de crack chez les usagers d'opiacés est que l'héroïne prise en complément reste sans effet, justement à cause de la méthadone. Autrement dit, le taux élevé d'opiacés généré par la prise de méthadone, annihilerait l'effet de l'héroïne, les récepteurs étant alors (déjà) bloqués. Pour ressentir tout de même un "flash", le toxicomane doit se tourner vers un autre produit, le crack par exemple.

Si l'on compare à nouveau la situation avec celle des Pays-Bas, cette hypothèse n'est pas convaincante non plus. En effet, aux Pays-Bas il existe bien une consommation additionnelle parmi usagers de méthadone qui prennent de l'héroïne en complément; chez eux, l'héroïne produit bien un effet de "flash". Les usagers d'opiacés néerlandais qui continuent à consommer de la drogue (en complément), prennent en effet, en plus de l'héroïne, aussi de l'alcool, des benzodiazépines et de la cocaïne, mais l'héroïne reste presque toujours leur principale drogue. Cette seconde comparaison avec les Pays-Bas renforce quelque peu l'hypothèse selon laquelle la progression du crack en France tiendrait à la mauvaise qualité de l'héroïne.

En France, les patients sous méthadone représentent une minorité parmi les usagers d'opiacés. L'exemple sus-mentionné des patients sous méthadone qui prennent du crack en complément ne s'applique, en fait, qu'à un petit nombre d'usagers d'opiacés.

Une autre raison déjà invoquée par les toxicomanes pour préférer le crack à l'héroïne est que la dose de crack revient moins cher que la dose d'héroïne. Une dose d'héroïne (1/5 de gramme environ) coûte 200 francs, alors qu'une dose de crack (un caillou) coûte la moitié. S'il a 200 ou 400 francs en poche, le toxicomane préfère parfois s'acheter une dose de crack car il est sûr de ressentir un "flash". Une dose d'héroïne de 200 francs, surtout si elle est de mauvaise qualité comme c'est généralement le cas, ne garantit pas toujours l'effet visé, alors que c'est toujours le cas avec le crack - même si le "flash" est de courte durée. En somme, les toxicomanes préfèrent ne pas prendre de risques : mieux vaut ressentir un effet que pas d'effet du tout, même si ce choix leur revient nettement plus cher en fin de compte.

4.5 Conclusion

Le présent chapitre a rassemblé un aperçu des données dont on dispose en France sur les usagers de cocaïne et de crack. Comme nous l'avons souligné en début de chapitre, les sources d'informations sont rares dans ce domaine. Nous exprimons donc certaines

réerves quant aux informations présentées ici. On pourrait même se demander si ces sources, ajoutées à des observations personnelles et à des entretiens avec les personnes concernées, permettent de rédiger un tel chapitre.

L'utilisation de sources d'information rares présente un danger. En effet, les données disponibles quant à la consommation de crack concernent seulement le milieu toxicomaniaque marginalisé de Paris et ne tiennent pas compte d'un usage de crack moins visible et non-déviant. Un tableau simpliste et erroné de la situation peut en résulter et aboutir à des conclusions fausses sur la consommation de crack. Dans le chapitre précédent, nous avons déjà souligné que de plusieurs phénomènes visibles qui accompagnent la consommation de crack (dans certains cas) sont souvent attribués aux propriétés pharmacologiques du produit, avec les risques de négliger l'utilisateur lui-même (le contexte dont il est issu).¹⁶³

Ce chapitre traite donc uniquement de ce qu'on sait en France sur la consommation de cocaïne et de crack, données que nous avons complétées par nos propres informations. Les sources françaises ont été présentées ici sans vérifier la fiabilité de l'image des usagers.

On sait peu de la consommation de cocaïne en France. Aucune étude de population n'a été menée dans ce domaine, et nous devons nous contenter d'une seule étude réalisée selon la méthode de "boule de neige". Elle montre que les usagers vivent en général dans des conditions relativement confortables et qu'ils ont peu de problèmes de santé.

La consommation de crack progresse en France depuis la fin des années quatre-vingt. Parti de Paris, son usage s'est lentement étendu, mais ce phénomène concerne surtout la capitale. Un "malentendu" sur le type de produit – les usagers ne pensaient pas avoir affaire à du crack – a intensifié sa consommation au départ. Alors qu'elle se limitait à l'origine aux Antillais (Français), elle a peu à peu englobé les usagers Africains. L'usage du crack, du moins sous sa forme visible, est longtemps resté un phénomène en majorité "noir".

Bien que la majorité des usagers soit aujourd'hui encore composée d'Antillais et d'Africains, la consommation de crack s'est répandue pendant les années quatre-vingt-dix parmi d'autres groupes ethniques et d'autres types d'usagers, dont les héroïnomanes. Ces derniers, habitués à la consommation de drogue par voie intraveineuse, s'injectent même le crack alors que ce produit a été conçu pour être fumé. Les nouveaux usagers sont en majorité des (anciens) héroïnomanes, qui se convertissent entièrement ou partiellement au crack. Cela implique que le crack est désormais utilisé aussi par des Français d'origine et des Maghrébins. On estime à plusieurs milliers le nombre total d'usagers parisiens.

Différentes explications ont été avancées quant au passage de l'héroïne au crack, mais elles ont seulement un caractère provisoire. La popularité du crack serait due à la mauvaise qualité de l'héroïne proposée en France, une explication qui ne peut toutefois pas être confirmée. Il pourrait aussi s'agir aussi d'une mode.

Ce qui est certain, c'est que la consommation problématique de crack est étroitement liée à la marginalisation. Il s'agit d'ailleurs d'une différence majeure entre les usagers "classiques" de cocaïne et les usagers de crack. Les données relatives à la scène parisienne

L'héroïne, la cocaïne et le crack en France

du crack montrent que ce phénomène se déroule en marge de la société et qu'il concerne en quelque sorte une *sène* clandestine, active surtout la nuit. Les toxicomanes qui atterrissent dans ce milieu étaient pour la plupart déjà marginalisés, une situation qui s'est aggravée dès qu'ils ont touché au crack. La description d'Ingold & Toussirt présentée plus haut en dit long : en l'espace d'un mois, on voit l'usager sombrer vers une dépendance totale accompagnée des symptômes suivants : amaigrissement, pâleur, épuisement et état de confusion. Une fois de plus, cette dégradation n'est pas imputable au produit seul, mais il convient de prendre aussi en considération le contexte auquel appartient le toxicomane.

TOME II : LA POLITIQUE

5 La loi de 1970 : répression et soins

5.1 Introduction

La politique française en matière de drogue repose sur la loi du 31 décembre 1970, par laquelle on ambitionnait de combiner l'aspect répression et l'aspect soins. Aux termes de la loi, tout usage de drogue est un délit, mais un usager de drogue peut échapper aux poursuites en se prêtant à un traitement : c'est l'injonction thérapeutique.

Dans ce chapitre, nous nous pencherons tout d'abord sur la législation française en matière de stupéfiants, en présentant brièvement les diverses dispositions prises dans ce domaine. Ensuite, nous étudierons le contexte entourant la naissance de la législation française sur les stupéfiants. Pour comprendre la sévérité de celle-ci, il nous faut en effet évoquer le contexte historique dans lequel cette législation a été adoptée : la fin des années soixante, et plus particulièrement l'année 1968. Dans le paragraphe suivant, l'injonction thérapeutique fera l'objet d'une analyse plus détaillée : qu'implique ce traitement et quelle est la fréquence de son application ? Ensuite, l'application de la loi sera mise sur la sellette : combien d'usagers de drogue sont arrêtés et combien parmi eux sont jugés ? Le chapitre se terminera par une réflexion sur cette combinaison de soins et de répression.

5.2 La législation

La politique française en matière de drogue repose sur la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970. Cette législation sur les stupéfiants poursuit un double objectif : d'une part, la répression de l'usage et du trafic de drogues et d'autre part, l'offre d'une série de soins. L'aspect soins de la législation ressort de l'intégration de celle-ci au Code de la Santé Publique. Quant à l'aspect répressif de la loi, il est attesté par le fait que toute infraction à la législation sur les stupéfiants est considérée comme un délit. Selon la loi, l'usager de drogue est donc un délinquant. Toutefois, si tout usage de drogue est punissable aux termes de la loi, celle-ci offre la possibilité d'échapper aux poursuites judiciaires en suivant un traitement, l'injonction thérapeutique.

La politique française en matière de drogue peut sans aucun doute être qualifiée de sévère. C'est pourquoi, la loi de 1970 est désignée comme une "loi d'exception".¹⁶⁴ L'entrée en vigueur de la loi s'est accompagnée d'une reformulation de la politique en vigueur à l'époque. Si, avant 1970, l'usage de drogue n'était pas punissable dans tous les cas -uniquement s'il avait lieu en public- la loi de 1970 considère toute forme d'usage de drogue comme un délit, quelles que soient les circonstances de l'usage, notamment l'usage individuel ou occasionnel. De plus, la loi n'établit aucune distinction entre les types de

drogues. Selon la loi, un usager de drogue est un individu qui utilise des substances ou des plantes classées comme des stupéfiants. Toute infraction à la loi est passible d'une peine de prison de deux mois à un an et/ou d'une amende de 500 à 25.000 francs.

Depuis le 1er mars 1994, la législation française en matière de stupéfiants a fait l'objet de quelques modifications. Si au départ, toutes les dispositions dans ce domaine étaient reprises dans le Code de la Santé Publique, depuis le 1er mars 1994, ce n'est plus le cas. En effet, à cette date, le Nouveau Code Pénal est entré en vigueur et les dispositions relatives aux délits autres que l'**usage** ont été transférées dans ce Code. Simultanément, les peines correspondant à ces délits ont été considérablement alourdies. Le Nouveau Code Pénal contient les dispositions suivantes :

- Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicite de stupéfiants est passible de la réclusion criminelle à perpétuité et/ou de cinquante millions de francs d'amende (art. 222-34).
- La production ou la fabrication illicite de stupéfiants est passible de vingt ans de réclusion criminelle et/ou de cinquante millions de francs d'amende (art. 222-35, premier alinéa). Ces faits sont passibles de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'ils sont commis en bande organisée (art. 222-35, deuxième alinéa).
- L'importation ou l'exportation illicite de stupéfiants est passible de dix ans d'emprisonnement et/ou de cinquante millions de francs d'amende (art. 222-36, premier alinéa). Ces faits sont passibles de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'ils sont commis en bande organisée (art. 222-36, deuxième alinéa).
- Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'incitation à l'usage de stupéfiants, par tout moyen, est passible de dix ans d'emprisonnement et/ou de cinquante millions de francs d'amende (art. 222-37).
- Le blanchiment de l'argent de la drogue est passible de dix ans d'emprisonnement et/ou de 1 million de francs d'amende (art. 222-38).
- L'offre ou la cession de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle est passible de cinq ans d'emprisonnement et/ou de 500.000 francs d'amende (art. 222-39, premier alinéa). La peine d'emprisonnement est aggravée à dix ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation, ou dans des locaux d'administration (art. 222-39, deuxième alinéa).

5.3 Contexte de la législation en matière de stupéfiants

Pour comprendre la sévérité de la législation française, il convient de la resituer dans le contexte de l'époque, à savoir la fin des années soixante. En soi, l'usage de drogue n'était pas un phénomène nouveau au sein de la société française. Avant la guerre déjà, opium et cocaïne étaient consommés à grande échelle en France.¹⁶⁵ En 1924 par exemple, on estimait à 80.000 le nombre de cocaïnomanes de l'agglomération parisienne.¹⁶⁶

L'usage, à la fin des années soixante, de drogue ou de stupéfiants, ne suffit pas à expliquer la naissance de la législation sur les stupéfiants. Bien sûr, il s'agissait de mettre un frein à l'usage "croissant" de stupéfiants, mais les divers spécialistes consultés durant la période précédant l'adoption de la nouvelle législation insistent sur le fait que, quantitativement, le phénomène de l'usage de drogue n'était pas aussi dramatique que certains ont voulu le faire croire. Par contre, une série de tendances nouvelles observées sur le terrain ont joué un rôle beaucoup plus important.

Dans son ouvrage récapitulatif sur la création de la législation française en matière de stupéfiants, Bernat de Célis tente d'étudier en profondeur le contexte ayant entouré cette création. Selon elle, à la fin des années soixante, trois nouvelles tendances se dessinaient quant à l'usage de drogue. Pour commencer, il était question de nouveaux produits (cannabis, LSD), dont les usagers connaissaient mal les effets et avec lesquels les médecins n'étaient pas vraiment familiarisés. Par ailleurs, le phénomène de l'usage de drogue semblait s'étendre et surtout, ce phénomène concernait surtout les jeunes.¹⁶⁷

La volonté de réagir par la création d'une législation sévère ne peut être dissociée des années "mouvementées" ayant précédé 1970, surtout l'année 1968. En France, mai 1968 est le symbole d'une contestation culturelle érigée contre l'ordre établi. Né au sein du milieu étudiant, ce mouvement de contestation avait abouti à la grève de 10 millions de Français, grève qui avait quasiment paralysé tout le secteur public.¹⁶⁸ L'usage de drogue apparu à la fin des années soixante a été plus ou plus moins replacé dans le même contexte. Le rapport Henrion souligne lui aussi que la législation française a été adoptée au cours d'une période marquée par les mouvements étudiants, et que certaines drogues symbolisaient ces mouvements. Ainsi, poursuit le Rapport Henrion, la loi du 31 décembre 1970 était destinée à endiguer le mouvement contestataire, dans lequel certains voyaient une déchéance morale.¹⁶⁹ Rien d'étonnant donc à ce que la législation ait été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale française.

L'usage de drogue était considéré comme l'expression d'un comportement déviant, non-conformiste. Dans la mesure où il s'agissait non plus d'individus, mais d'un groupe, constitué de jeunes, celui-ci menaçait l'ordre social et public. En d'autres termes, l'usage de drogue était perçu comme un "danger social", le signe d'un mouvement de protestation érigé contre les normes et les valeurs existantes. Selon les propres termes du psychiatre Olievenstein, déjà fort influent à l'époque dans le domaine de la drogue et du traitement de la toxicomanie : "C'est la sensation excitante de faire quelque chose d'interdit et de s'opposer au monde des adultes".¹⁷⁰

Le sociologue Alain Ehrenberg s'est demandé pourquoi la France avait réagi aussi énergiquement à l'usage de drogue parmi les jeunes. Le phénomène ne se limitait en effet pas à ce pays. Ehrenberg établit une comparaison avec les Etats-Unis, où une législation (fédérale) en matière de drogue a également vu le jour en 1970 : le "*Comprehensive Drug Abuse and Control Act*". Cette loi incluait une classification des divers délits liés à la drogue et des sanctions pénales correspondantes. Simultanément, le gouvernement américain a commencé à développer des programmes de soins, notamment par la méthadone, alors que dans ce domaine, la France n'était vraiment pas très en avance. Comment se peut-il qu'au même moment, deux pays réagissent de façon tellement différente à un même phénomène, s'interroge Ehrenberg.¹⁷¹

Lui aussi estime que les événements de mai 1968 ont joué un rôle important dans la création d'une législation aussi sévère en France. Selon lui toutefois, d'autres causes, plus profondes, doivent être incriminées. La drogue qui, selon Ehrenberg, était en 1970 un problème sanitaire et social très marginal, concerne le statut du citoyen, parce qu'elle exprime des tensions nouvelles entre vie privée et vie publique. Elle exprime un conflit entre une vision républicaine archaïque – le modèle politique français – et les nouvelles valeurs attribuées à la vie privée durant les années soixante. La tradition républicaine française entend que les citoyens se conforment à la norme civique, les passions personnelles devant être subordonnées à cette norme. L'usage de drogue apparu à la fin des années soixante est entré en conflit avec cette culture politique, dans la mesure où désormais, les passions (privées) personnelles se manifestaient en public; en effet, les jeunes consommaient des drogues en groupe. Ehrenberg voit là une revalorisation, ou une extériorisation de la vie privée et de ses passions, alors qu'autrefois, celles-ci avaient toujours été réprimées. Ce nouveau phénomène, visible pour l'ensemble de la société, se heurtait à la culture républicaine, prônant la sujétion du "privé" au "public", et constituait de ce fait une menace.¹⁷²

5.4 L'injonction thérapeutique

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'infraction à la législation sur les stupéfiants n'entraîne pas nécessairement des poursuites judiciaires. Le Procureur de la République peut en effet renoncer aux poursuites en donnant au toxicomane la possibilité de suivre un traitement : c'est l'injonction thérapeutique. Dans ce cas, le parquet renvoie le toxicomane aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui examinent ensuite les types de soins les plus appropriés.

Pour le législateur, le fait que l'usager se soumette à une cure de ce type ne constitue pas nécessairement la meilleure réponse au délit d'usage de drogue. Le but d'une cure est en effet de soulager quelqu'un de sa dépendance, alors que celle-ci n'est pas forcément le corollaire de l'usage de drogue, loin de là. La plupart des usagers de drogue consomment en effet du cannabis, décrit dans le rapport Henrion comme une substance n'entraînant

qu'une faible accoutumance.¹⁷³ Suite à la loi de 1970, le ministère de la Justice a donc publié une série de circulaires indiquant grosso modo qu'en principe, les usagers de cannabis ne doivent pas être poursuivis, mais faire l'objet d'un avertissement.¹⁷⁴

Par contre, les usagers d'héroïne et de cocaïne ne s'en tirent pas à si bon compte; ils doivent en principe suivre une cure. Si la prescription d'une cure à un individu dépendant part d'un bon sentiment, dans la pratique, comme souvent d'ailleurs, les choses diffèrent de la politique officielle. La loi estime nécessaire qu'un toxicomane suive une cure de désintoxication afin de se libérer de sa dépendance. Cette cure peut durer aussi longtemps que nécessaire, la loi laissant peu de chances d'échapper aux poursuites judiciaires si la cure n'est pas menée à terme, ou si le toxicomane rechute après la cure. A ce sujet, le rapport Henrion fait observer que dans la pratique, une cure de désintoxication n'est pas si simple que cela. L'abstinence totale n'est pas un processus linéaire, mais lent et progressif, qui connaît des paliers et des retours en arrière. Malheureusement, poursuit le rapport Henrion, dans l'ensemble, la loi ne reconnaît aucun droit à l'erreur, alors qu'il s'agit là d'une condition de la réussite du traitement.¹⁷⁵

Par ailleurs, toujours au sujet de l'injonction thérapeutique, le rapport Henrion écrit que durant les quinze premières années qui ont suivi son introduction, celle-ci n'a pas bénéficié d'une très grande compréhension de la part de ceux censés l'exécuter, à savoir les médecins, et surtout les psychiatres.¹⁷⁶ Ainsi qu'il apparaîtra au chapitre suivant, jusque dans les années quatre-vingt-dix, ceux-ci ont en effet exercé en France une espèce de monopole sur les soins aux toxicomanes. Aux yeux des psychiatres, l'injonction thérapeutique est une forme quelque peu contraignante d'appel à l'aide. Pour eux, ce choix contraint et forcé, ayant pour seule alternative les poursuites judiciaires, ne constitue pas une réelle demande d'aide, à savoir une demande totalement cautionnée par le toxicomane. Les psychiatres partent du principe que, pour réussir, la cure doit être choisie librement et pleinement par le toxicomane.

Du côté de la magistrature, indique le rapport Henrion, on notait également une certaine défiance vis-à-vis des médecins, due notamment au fait qu'en matière de lutte contre la toxicomanie, les mesures répressives semblaient plus fiables. De ce fait, la magistrature a souvent négligé de faire appel à l'injonction thérapeutique. D'autre part, l'injonction thérapeutique était souvent préconisée pour la forme.¹⁷⁷

Pendant longtemps, la méfiance mutuelle, voire l'animosité entre les deux parties concernées par la réalisation de l'injonction thérapeutique, ont conduit la magistrature et le secteur médical (les psychiatres), à évoluer au sein de deux mondes plus ou moins distincts. C'est pourquoi, l'injonction thérapeutique n'a pas répondu aux attentes de l'époque.

Ce n'est pas un hasard si l'une des premières remarques du rapport Henrion est précisément consacrée à l'injonction thérapeutique. Selon la commission, celle-ci constitue un exemple très clair du fossé existant entre une mesure et l'indifférence avec laquelle celle-ci est appliquée. "A tous les stades de la procédure juridique consécutive à une incrimination pour usage de drogue, la loi prévoit une série d'aiguillages permettant de mettre l'usager sur la voie des soins socio-médicaux plutôt que de le poursuivre et le condamner à une peine de prison. Les structures nécessaires ne sont toutefois pas adaptées

au niveau des demandes d'aide spontanées, sans compter les personnes contraintes de suivre une injonction thérapeutique. On a soigné les aiguillages jusque dans les moindres détails, mais on a négligé de poser les rails."¹⁷⁸

Cette constatation est développée plus loin dans le rapport, qui affirme également que dans la pratique, la politique est fortement tributaire des circonstances locales, notamment des rapports entre le parquet, les DDASS et les institutions spécialisées (chargées de l'exécution finale de l'injonction thérapeutique). Concernant ces dernières, le rapport fait encore observer que si elles sont excellentes à certains endroits, ailleurs, elles sont pratiquement inexistantes.¹⁷⁹

Les différences régionales entre les modes d'application, ou non, de l'injonction thérapeutique, ressortent également de l'évaluation de l'injonction thérapeutique effectuée en 1989-1990 sous la houlette de Françoise Facy, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).¹⁸⁰ Dans les 86 départements ayant fourni des données, chaque année, quelque quarante traitements étaient imposés en moyenne. Leur nombre total atteint donc environ 3500. L'écart entre le nombre d'injonctions thérapeutiques par département est toutefois très important, puisqu'il varie de 0 à 580.

La durée moyenne d'une injonction thérapeutique est de 178 jours. Parmi les personnes ayant suivi une injonction thérapeutique, 60% ont arrêté, 20% suivent encore l'injonction thérapeutique, et 10% ont été perdues de vue. Il faut faire remarquer que 59% des personnes qui suivent une injonction thérapeutique n'ont eu auparavant aucun contact avec les "centres spécialisés".¹⁸¹

La diversité régionale en la matière ressort également d'un rapport plus récent, le *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.¹⁸² On peut lire dans ce rapport qu'en 1994, dans 21 départements, aucune injonction thérapeutique n'a été prescrite. Il s'agit essentiellement de départements ruraux, connaissant peu de cas de toxicomanie, et une toxicomanie moins visible, explique le Bilan. Il est probable que dans ces départements ruraux, les constats de toxicomanie ont débouché sur une condamnation.

Le rapport Henrion signale également qu'en règle générale, peu d'injonctions thérapeutiques sont suivies d'une application. En 1993, sur 6.342 injonctions thérapeutiques, à peine un tiers ont engendré des résultats satisfaisants - le rapport ne précise pas ce que l'on entend par là. Le nombre d'injonctions thérapeutiques contraste avec le nombre d'interpellations d'usagers de drogue pour la même année : 45.206, dont 28.351 pour cannabis et 14.959 pour héroïne.¹⁸³

Suite peut-être aux conclusions de la commission Henrion, le 28 avril 1995, le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de la Ville ont publié une circulaire concernant l'harmonisation des modes d'application de l'injonction thérapeutique. La circulaire indique clairement que les usagers de cocaïne et d'héroïne sont concernés.

Pour commencer, la circulaire précise que toute injonction thérapeutique doit être précédée d'une procédure juridique, impliquant que pour toute constatation d'usage de drogue, la police et la gendarmerie doivent établir un procès-verbal et signaler le délit aux autorités judiciaires. A cet effet, ils disposent d'un procès-verbal simplifié.

Concernant l'application de l'injonction thérapeutique, le parquet, les autorités judiciaires et les DDASS collaborent. Le parquet prend l'initiative de prescrire l'injonction thérapeutique et les DDASS sont ensuite chargées de son exécution. Les personnes responsables du traitement ou du suivi de l'usager détermineront la durée de l'injonction thérapeutique.

Après le test médical, pratiqué par un médecin de la DDASS, il existe trois possibilités. Premièrement, le toxicomane peut être suivi par la DDASS elle-même. Dans ce cas, on juge souhaitable de faire bénéficier le toxicomane d'un suivi social et psychologique, les personnes nécessaires étant mobilisées. Deuxièmement, la DDASS peut renvoyer le toxicomane à une institution spécialisée dans ce domaine. Enfin, troisième possibilité, le toxicomane est suivi par un médecin, généraliste ou psychiatre. Par ailleurs, la circulaire signale qu'il est possible de soumettre un toxicomane à diverses injonctions thérapeutiques. Le non respect délibéré d'une mesure peut être sanctionné, auquel cas on procédera sans tarder aux poursuites pénales qui s'imposent.

Dernière remarque de la circulaire : l'injonction thérapeutique doit toujours être prescrite lors de la première constatation d'usage de drogue, mais lors des interpellations suivantes pour usage de drogue, l'injonction thérapeutique peut s'accompagner de poursuites.

5.5 L'application de la législation

Au début du paragraphe précédent, nous avons fait brièvement allusion au fait que le ministère de la Justice avait publié des circulaires recommandant, en principe, de ne pas poursuivre les usagers de cannabis ni de les soumettre à une injonction thérapeutique. Dans la pratique, c'est-à-dire dans les grandes villes, les usagers de cannabis s'en tirent souvent avec une "mise en garde" ou un "avertissement", ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas arrêtés. Par contre, la situation des usagers d'héroïne ou de cocaïne appréhendés est tout autre. Les risques de poursuites existent bel et bien, mais les circulaires du ministère de la Justice soulignent clairement que préférence doit être accordée à la solution de l'injonction thérapeutique.

Sur base de ces constatations, on pourrait avoir l'impression que l'objectif prioritaire de la politique n'est pas de poursuivre les toxicomanes et que, dans cette optique, les recherches sont essentiellement axées sur la répression du trafic de drogue. Cette impression pourrait être confirmée par le fait que les peines à l'encontre d'autres délits liés à la drogue ont été alourdies depuis l'entrée en vigueur du Nouveau Code Pénal. Les chiffres révèlent toutefois qu'une telle impression est erronée.

Si l'on prend la peine d'examiner les chiffres relatifs au nombre d'interpellations pour délits liés à la drogue, il apparaît clairement que ce sont surtout les usagers qui sont interpellés. Ces dernières années, les trois quarts des interpellations fondées sur une infraction à la législation sur les stupéfiants concernaient les usagers. Si l'on ajoute à ce

chiffre les usagers-revendeurs – la distinction n’est pas toujours aisée – on arrive à près de 90% des interpellations pour délits liés à la drogue (voir tableau 5.1).

Tableau 5.1: Le nombre d’interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants en France, ventilées par délit

Délit	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
Trafic (international)	1.089	(2)	1.035	(2)	1.162	(2)	1.347	(2)	1.241	(2)
Trafic (local)	4.214	(9)	4.947	(9)	5.289	(10)	5.832	(10)	5.866	(8)
Usage-revente	5.449	(12)	6.937	(13)	7.017	(14)	8.257	(14)	10.213	(15)
Usage	34.311	(76)	41.549	(76)	38.189	(74)	44.261	(74)	52.112	(75)
Total	45.063	(100)	54.468	(100)	51.657	(100)	59.697	(100)	69.432	(100)

Source: Rapports annuels de l’OCTRIS, ministère de l’Intérieur

Tableau 5.2 : Les interpellations pour usage et usage-revente de drogues, ventilées d’après les types de drogues

	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
Cannabis	27.928	(70)	32.179	(66)	28.351	(63)	32.686	(62)	41.711	(67)
Héroïne	10.499	(26)	14.577	(30)	14.959	(33)	17.149	(33)	17.356	(28)
Cocaïne/crack	803	(2)	955	(2)	1.021	(2)	1.278	(2)	1.374	(2)
Autres	391	(1)	775	(2)	875	(2)	1.405	(3)	1.884	(3)
Total	39.760	(100)	48.486	(100)	45.206	(100)	52.518	(100)	62.325	(100)

Source: Rapports annuels de l’OCTRIS, ministère de l’Intérieur

Comme on l’a dit, les circulaires du ministère de la Justice recommandent de ne pas poursuivre en principe les usagers de cannabis. On pourrait en déduire que, dans la pratique, il existe une sorte de politique de tolérance à l’égard du cannabis et que la police et la Justice se consacrent en priorité à la lutte contre les drogues “dures”. Un coup d’oeil aux chiffres nous apprend qu’il n’en est rien. Si l’on examine les chiffres relatifs au nombre d’usagers et usagers-revendeurs interpellés, il apparaît que la majorité des activités policières sont axées sur le cannabis. Deux tiers environ de ces interpellations concernent des usagers de cannabis.

L’interpellation des usagers de drogues se justifie par la volonté de démanteler les réseaux de drogues en trafic par le bas de l’échelle : via l’usager, on arrive au petit dealer, par le biais duquel on peut atteindre le gros trafiquant. A cela il nous faut encore ajouter qu’en réalité, le nombre d’interpellations pour délits liés à la drogue dépasse celui indiqué par le tableau, surtout en ce qui concerne le cannabis. Lorsqu’il s’agit en effet de petites quantités, les instances responsables ne dressent pas de procès-verbal, mais se contentent

d'inscrire les personnes arrêtées dans un registre – écrit à la main – au commissariat de police concerné : la main courante. Dans ce cas, le Procureur n'est pas informé.¹⁸⁴

Les usagers d'héroïne par contre n'aterrissent jamais à la main courante. Dès qu'un héroïnoman est arrêté, on dresse systématiquement un procès-verbal et le Procureur est informé. Celui-ci décide ensuite de procéder à des poursuites ou de soumettre le toxicomane à l'injonction thérapeutique. Souvent, la police et la Justice justifient l'interpellation d'héroïnomanes en arguant du fait que dans la plupart des cas, ceux-ci n'ont jamais pu bénéficier de soins. D'après eux, ce serait l'interpellation qui, via l'injonction thérapeutique, leur fournirait l'accès à ces soins. Comme on l'a dit plus haut, le rapport d'évaluation relatif à l'injonction thérapeutique signale que 59% des personnes concernées n'ont jamais été auparavant en contact avec un centre de soins.¹⁸⁵

Le paragraphe précédent était clair : le propos de la politique officielle ne consiste en principe pas à poursuivre les toxicomanes, mais bien à leur fournir l'accès à l'injonction thérapeutique. Les condamnations dont les toxicomanes font néanmoins l'objet sont généralement attribuées au fait qu'ils ont commis d'autres délits. Les chiffres révèlent pourtant que cela n'est pas toujours le cas.

Odile Timbart, du ministère de la Justice, a mené une enquête portant sur la politique judiciaire en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants.¹⁸⁶ L'une des questions de l'enquête était la suivante : combien de ces infractions mènent à une condamnation et une peine de prison, et pour quelles raisons ? En 1991, selon l'étude de Timbart, 48.420 infractions à la législation sur les stupéfiants ont débouché sur 22.699 condamnations. 70% de ces condamnations ont été prononcées sur base d'infractions multiples, les 30% restants étant donc de simples infractions. Pour environ la moitié des condamnations, l'usage de drogue était mis en cause, en l'occurrence dans 11.500 cas sur 22.699. Pour 4.242 de ces 11.505 condamnations, soit 37%, l'usage de drogue était le seul délit incriminé.

Ce qui précède signifie donc qu'en 1991, 4.242 sentences ont été prononcées pour usage -et uniquement usage- de drogue. Sur ces 4.242 sentences, une peine de prison a été imputée dans 2.844 cas (67%), dont 1.034 cas d'emprisonnement inconditionnel et 1.810 cas d'emprisonnement – partiellement – conditionnel. Les 4.242 verdicts prononcés sur base du délit d'usage de drogue ont conduit dans 964 cas au paiement d'une amende.

Les chiffres de Timbart sont donc éloquentes : l'usage de drogue donne bel et bien lieu à une condamnation, puisqu'en 1991, ce cas s'est présenté à 4.242 reprises. Ces 4.242 condamnations n'ont sans doute pas toujours débouché sur une peine de prison, mais cette situation s'est néanmoins présentée plusieurs fois.¹⁸⁷ Dans le rapport Henrion, on peut lire qu'en 1993, environ 1000 peines de prison ont été prononcées pour usage de drogue. Ces peines n'ont pourtant pas toujours été purgées, loin s'en faut. Au 1er janvier 1994, on estimait en effet à 168 le nombre de personnes incarcérées pour usage de drogue.¹⁸⁸

5.6 L'incompatibilité des soins et de la répression

Dans ce chapitre, nous avons déjà fait plusieurs fois observer que 59% des personnes soumises à une injonction thérapeutique n'avaient eu auparavant aucun contact avec les centres de soins. C'est donc l'intervention de la police et de la Justice qui a permis à ces 59% d'accéder à ces soins. On pourrait donc en déduire que l'interpellation et la prise de contact de ces usagers avec la Justice sont une bonne chose, sans quoi ils n'auraient peut-être jamais eu accès aux soins.

Ce point de vue est quelque peu naïf, car il convient avant tout de se demander pourquoi ces toxicomanes ne se sont pas rendus de leur propre initiative dans un centre de soins. On pourrait répondre à cette question en disant que ces usagers n'ont pas besoin de soins, ce qui impliquerait que, pour ce groupe, la toxicomanie ne pose pas de problème, ou n'est en tout cas pas perçue comme tel. Ce raisonnement est également naïf, car les chapitres antérieurs, consacrés aux héroïnomanes et de cocaïnomanes, ont clairement montré qu'en France, la situation de nombreux toxicomanes est loin d'être rose.

A cela, il faut ajouter que ces dernières années, les centres de soins de ce pays se sont retrouvés confrontés à une demande d'aide à laquelle ils sont -provisoirement- incapables de répondre. A cet égard, la liste d'attente pour le traitement à la méthadone est très éloquente. Les usagers ne sont donc pas les seuls à mettre en cause. La réponse à la question n'est que trop évidente : l'offre de soins est insuffisante. Une conclusion peu édifiante, dans la mesure où depuis longtemps déjà, tout le monde sait qu'en France – et le phénomène est reconnu comme tel – cette offre est inférieure à la normale.¹⁸⁹ Du reste, les toxicomanes ne sont pas les seuls à avoir intérêt à se prêter aux soins, la santé publique est ici également en jeu. Etant donné qu'un grand nombre d'héroïnomanes sont contaminés par divers virus, il s'agit là d'une véritable menace pour la santé publique.

Mais ce n'est pas tout. La réticence de nombreux toxicomanes à se soumettre aux soins ne peut s'expliquer par le seul déficit en la matière. Dans certains cas, les soins existent bel et bien, mais les toxicomanes ne se présentent pas dans les centres parce que parfois, la police a établi ses quartiers à proximité immédiate de ceux-ci. Les personnes désireuses de se rendre dans une institution de ce type risquent d'être arrêtées par la police. Il n'est même pas nécessaire d'être en possession de drogue pour être appréhendé. Il suffit de se trouver en possession d'une seringue pour être présumé usager de drogue.¹⁹⁰ A la fin des années quatre-vingt, lorsque l'on a autorisé les pharmaciens à vendre des seringues, cette attitude de la police a posé de sérieux problèmes. Les toxicomanes sortant des pharmacies munis de seringues neuves étaient attendus à l'extérieur par la police. Médecins du Monde, la première organisation en France à introduire le concept des bus d'échange de seringue, a également connu ce type de problème avec la police.

La préface du rapport annuel de La Boutique, l'une des rares institutions de soins accessibles à tous en France, est également très éloquente à cet égard. La Boutique est située dans le 18^e arrondissement de Paris, et constitue l'un des rares centres qui accueillent les toxicomanes marginalisés. Dans cette préface, on peut lire ce qui suit : "Au moment où ce rapport est mis sous presse, la rue Philippe de Girard, dans laquelle se

trouve La Boutique, est devenue, sans avertissement préalable (...) le rendez-vous de toutes les forces de police du quartier. La rue est bouclée et les visiteurs sont arrêtés à la porte de La Boutique.”

Aujourd'hui encore, ce type de question continue à se poser en France. Peu à peu, une partie des obstacles sont levés par une meilleure coopération entre la police et les centres de soins. La collaboration et la compréhension de la police (de quartier) sont une condition indispensable. Mais aussi longtemps que le ministère de l'Intérieur demeurera le ministère “fort”, chargé d'exécuter la politique en matière de drogue, et que la Santé publique – reléguée l'an dernier au rang de secrétariat d'Etat – sera tributaire du ministère de l'Intérieur, il sera difficile de combiner de façon réellement efficace la lutte contre la drogue et l'aide aux toxicomanes.

5.7 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons dressé un bref portrait de la législation française sur les stupéfiants. Cette loi était conçue pour combiner d'une part la répression, la lutte contre le trafic et l'usage de drogues, et d'autre part les soins.

La législation française en matière de stupéfiants, qui date de 1970, est particulièrement sévère. Aux termes de la loi, toute forme d'usage de drogue est un délit. La cause d'une telle sévérité doit être cherchée dans les mouvements étudiants et de protestation de la fin des années soixante, symbolisés par mai 1968. A l'époque, c'étaient surtout les jeunes qui se droguaient, et cet usage était assimilé à un comportement non-conformiste, déviant, contre lequel il s'agissait de prendre des mesures.

Si l'usage de drogue est considéré comme un délit, les poursuites peuvent être évitées par le suivi d'un traitement, l'injonction thérapeutique. Dans la pratique, ce système semble n'avoir pas aussi bien fonctionné qu'on l'espérait à l'époque, conséquence notamment à la piètre collaboration entre la Justice et le secteur des soins de santé. D'une part, le nombre d'injonctions thérapeutiques prescrites était trop faible et d'autre part, il n'était pas rare que celles-ci soient uniquement prescrites pour la forme. En réalité, ce sont les conditions locales qui déterminent l'application de la politique. Dans certains départements par exemple, l'injonction thérapeutique n'est pas appliquée.

La politique officielle en matière de drogue – la législation et les circulaires de la Justice – préconise de ne pas poursuivre, en principe, les usagers de drogues. Dans le cas du cannabis, les circulaires conseillent de se limiter à un avertissement, tandis que les usagers de cocaïne et d'héroïne se voient proposer l'injonction thérapeutique. On pourrait en déduire que les recherches ne se focalisent pas sur l'usage. Or, les statistiques de la police révèlent qu'il n'en est rien. Les trois quarts des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants concernent les usagers. En 1994, 44.000 usagers ont été arrêtés, sur un total de 60.000 interpellations pour délit lié à la drogue. Sur les (44.000) usagers arrêtés, dans les deux tiers des cas, il s'agissait d'usagers de cannabis.

Tim BOEKHOUT VAN SOLINGE

Une interpellation pour délit lié à la drogue ne débouche pas toujours sur des poursuites. On prétend que les usagers de drogues n'ayant pas commis d'autres délits ne sont pas condamnés. Les chiffres de 1991 révèlent pourtant que cette année-là, plus de 4.000 condamnations pour usage de drogue ont été prononcées. Dans les deux tiers des cas, il s'agissait d'une peine de prison, mais celle-ci n'est pas toujours purgée. Au 1er janvier 1994, 168 toxicomanes étaient incarcérés pour usage de drogue.

Dans la pratique, il semble difficile de conjuguer soins et répression. En France, l'accent est souvent mis sur la répression, et la présence de la police peut, dans certains cas, empêcher les toxicomanes de se soumettre aux soins.

6 Le modèle français de traitement de la toxicomanie

6.1 Introduction

A bien des égards, la politique française en matière de drogue accuse un retard considérable sur celle d'autres pays européens. Dans la pratique, la combinaison de soins et de répression évoquée dans le chapitre précédent n'a pas donné les résultats escomptés. Ce décalage est non seulement dû au rôle dominant joué par le ministère de l'Intérieur eu égard à l'application de la politique dans ce domaine, mais également à l'approche française du problème de la toxicomanie.

Depuis l'entrée en vigueur de la législation française sur la drogue, l'état français a plus ou moins confié les soins des toxicomanes à des spécialistes: les intervenants en toxicomanie, consistant essentiellement en psychiatres. Durant longtemps, jusque dans les années quatre-vingt-dix environ, cette catégorie professionnelle a exercé une espèce de monopole sur le traitement de la toxicomanie, sans avoir à craindre la concurrence d'autres catégories, notamment les sociologues et les criminologues. En France, les psychiatres ont donc en grande partie déterminé les conceptions et les approches en vigueur dans le domaine de la drogue. De ce fait, la France a toujours mis l'accent sur une approche clinique de la consommation de drogue et la toxicomanie. Selon le modèle de toxicomanie psycho-analytique, sur lequel se fonde la politique appliquée, les causes de la consommation de drogue et de la toxicomanie se situent avant tout au niveau de l'individu et de ses troubles. Conformément à une telle conception, les programmes de méthadone et l'échange de seringues ne sont pas vraiment jugés efficaces, car pour les psychiatres, une telle approche néglige les causes réelles, profondes, du phénomène. Finalement, dans les années quatre-vingt-dix, le problème du sida a débouché sur une approche de réduction des risques dans ce domaine (lire à cet égard le chapitre suivant).

Le présent chapitre se penchera sur la politique de la drogue telle qu'elle a durant longtemps été appliquée en France. Pour commencer, nous décrirons comment les psychiatres chargés des soins aux toxicomanes considéraient la consommation de drogue et la toxicomanie. A ce propos, nous étudierons également le rôle de ces intervenants en toxicomanie au sein du débat sur la drogue en France. Ensuite, nous nous pencherons sur les soins aux toxicomanes en France: en quoi consistent-ils et quel est le budget alloué à ces soins ? Le chapitre se conclura par une réflexion sur la toxicomanie et le contexte socio-économique. Le modèle français de toxicomanie laisse en effet peu de place à l'établissement d'un lien entre ces deux phénomènes, même si celui-ci semble évident dans les quartiers défavorisés. En fait, dans ce paragraphe, nous adopterons un point de vue néerlandais pour étudier le problème de la drogue en France.

6.2 Le rôle des psychiatres

Le concept français du phénomène de l'usage de drogue est pour le moins particulier. En France, l'accent est mis sur une approche clinique de cet usage, une vision imputable au rôle que les psychiatres français ont joué dans ce domaine. Il existe sans doute d'autres pays où les psychiatres ont accaparé ce secteur, mais la situation française est particulière en ce sens que dans ce pays, les psychiatres n'ont pas vraiment eu à souffrir de la concurrence, par exemple, des sociologues et des criminologues. En France, les psychiatres ont su s'arroger un monopole sur les soins aux toxicomanes et de ce fait, ce sont eux qui ont en grande partie déterminé les conceptions en vigueur sur les "origines" de l'usage de drogue et de la toxicomanie.

Au fil du temps, le modèle explicatif proposé par les psychiatres de l'usage de drogue et de la toxicomanie est devenu un véritable paradigme, et exerce une telle influence que l'on retrouve des traces de celle-ci dans une série de publications françaises (officielles). Dans le rapport Pelletier de 1978, rédigé à la demande de Giscard d'Estaing, alors Président de la République, on peut lire que: "La vraie toxicomanie (...) semble exprimer plutôt (...) des problèmes à dominante plus individuelle, liés à l'existence de troubles de la personnalité et du comportement et/ou (...) à un phénomène de désinsertion dont le recours à la toxicomanie n'est qu'un mode d'expression parmi d'autres".¹⁹²

Le rapport Pelletier, publié en 1978, était le premier rapport officiel publié par le gouvernement suite à l'entrée en vigueur de la loi de 1970. Douze ans plus tard, en 1990, un nouveau rapport gouvernemental a été publié, le rapport Trautmann, cette fois à la demande du premier ministre de l'époque, Michel Rocard. Dans ce rapport, on retrouve en fait les mêmes arguments que dans le rapport susmentionné. L'usage de drogue est considéré comme un "message de mal être" émis par l'usager, message qu'il convient d'écouter. Dans cette optique, l'usage de drogue est l'expression de problèmes profonds, liés à l'individu.¹⁹³

Les Belges Isabelle Stengers et Olivier Ralet ont comparé les visions française et néerlandaise du problème de la drogue.¹⁹⁴ Dans une réflexion critique sur le modèle - psychiatrique - de toxicomanie à la française, ils démontrent les principes de base de ce modèle. Stengers & Ralet soulignent l'influence que la psycho-analyse de Freud et, notamment, Lacan, a exercée sur les idées en matière d'usage de drogue. Souvent, l'origine de l'usage de drogue et de la toxicomanie est attribuée au phénomène de la "transgression". Le fait de consommer de la drogue est considéré comme une transgression de la norme - bourgeoise - de la loi, une loi que l'on peut symboliquement définir comme la loi du père.¹⁹⁵ Selon cette conception, les jeunes en difficulté, notamment les jeunes toxicomanes, ont en commun une vie insuffisamment structurée. En d'autres termes, ils ne disposent pas d'un point de référence symbolique. En créant la législation sur la drogue, le législateur français a précisément voulu créer ces structures, afin de remettre les jeunes sur la bonne voie. De ce fait, la loi et l'Etat jouent, selon Stengers & Ralet, un rôle paternaliste, afin de restructurer la vie de "l'enfant".¹⁹⁶ Concernant le modèle de toxicomanie français, Alain Ehrenberg a fait observer que ce

dernier confond systématiquement droit pénal et psychologie clinique, ce qui a débouché sur une définition unilinéaire du problème de la toxicomanie.¹⁹⁷

Stengers & Ralet accusent en outre le dogmatisme avec lequel on s'accroche en France au paradigme de la toxicomanie et de quelle façon, dans cette optique, les Français désignent les échecs du "modèle" néerlandais. L'affaire Schwartzberg constitue un bon exemple du climat tabou qui entoure en France la politique de la drogue. En 1988, ce spécialiste du cancer, désigné secrétaire d'Etat à la santé auprès du gouvernement Rocard, a dû démissionner dix jours plus tard parce que, lors d'un passage à la télévision, il avait déclaré que la distribution d'héroïne par l'Etat était peut-être préférable au trafic sur le marché illégal. Suite aux propos de Schwartzberg, le psychiatre Olievenstein, le plus célèbre spécialiste de la toxicomanie en France, avait déclaré que l'échec des expériences espagnole et néerlandaise (semi-légalisation) devait inciter à la prudence.¹⁹⁸ Dans leur livre de 1991, Stengers & Ralet s'étonnent que les experts français persistent à prétendre que les expériences néerlandaises ont débouché sur un fiasco, alors que les experts néerlandais présentent leur politique comme une réussite. Ils affirment que les références françaises à la situation aux Pays-Bas donnent plutôt l'impression qu'il ne s'agit là que d'une "image-repoussoir", contre laquelle il convient de s'insurger, destinée à faire croire qu'en dehors de la voie choisie par la France, il n'existe point de salut. De ce fait, la politique néerlandaise en matière de drogue et toute référence à celle-ci constituent une menace.

Alain Ehrenberg a décrit la politique française en matière de drogue comme le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication.¹⁹⁹ Ainsi s'explique ce qu'écrivent Stengers & Ralet, à savoir que le jugement français par rapport à la politique néerlandaise est avant tout axé sur la "normalisation" de l'usage de drogue dans ce pays. Cette attitude est perçue en fait comme une sorte de "trahison", une "désertion sur le front d'une guerre qui serait livrée par l'humanité contre la drogue".²⁰⁰ Dans une telle perspective, poursuivent Stengers & Ralet, il est clair que l'expérience néerlandaise ne peut être envisagée de façon sérieuse.

L'approche clinique du problème de la drogue qui prévaut en France a réduit cette question à un problème individuel, au détriment du contexte au sens large, notamment le problème social. Sachant cela, on comprendra mieux, peut-être, pourquoi la France n'a pas voulu faire confiance à une politique plus pragmatique, la réduction des risques. Selon le paradigme français de la toxicomanie, une telle politique ne combat en effet que les symptômes, et passe sous silence la problématique psychologique sous-jacente. Si l'on en croit les têtes pensantes du traitement de la toxicomanie, une politique de réduction des risques est un acte désespéré, le signe que l'on a renoncé à lutter. Dans un article récent, la sociologue Anne Coppel cite le psychiatre Francis Curtet, actif dans le domaine des soins aux toxicomanes et ex-président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT). En 1992, lors d'un débat sur l'échange de seringues, Curtet a posé une question rhétorique, à savoir si l'on avait renoncé aux ambitions thérapeutiques: "Allons-nous baisser les bras? Allons-nous abandonner les toxicomanes à leur toxicomanie?"²⁰¹

Curtet ne croyait précisément pas à la politique de réduction des risques, notamment parce que, d'après lui, la France est le pays qui "a le mieux limité la toxicomanie" grâce à

“l’efficacité du réseau de soins français”. Il s’agit maintenant d’oser reconnaître notre efficacité pour en convaincre nos partenaires européens.”²⁰² Deux ans auparavant, le rapport de la commission gouvernementale, sous la houlette de Catherine Trautmann, était arrivé à des conclusions similaires. Dans le rapport, on peut lire que la France a su contrôler l’usage de drogue grâce à une politique qui équilibre soins, prévention et répression.²⁰³

6.3 Le traitement de la toxicomanie

Il nous faut tout d’abord signaler qu’en France, les soins aux toxicomanes relèvent d’une administration centrale. Ils dépendent donc – directement – de la compétence de l’Etat, ce qui est exceptionnel pour des questions relatives à la santé (publique). L’existence d’une organisation centrale chargée de la politique de la drogue, la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) reflète, selon le rapport Henrion, la “singularité très marquée” du traitement de la toxicomanie au sein de l’ensemble de la politique sociale.

Organisation interministérielle, la DGLDT a vu le jour en 1990. Elle était issue de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT), créée en 1982. Depuis 1993, la DGLDT dépend d’un ministère,²⁰⁴ ce qui implique qu’elle n’emploie pas directement du personnel, mais que les “collaborateurs” sont “prêtés” par les divers ministères. Le caractère interministériel et de coordination de l’organisation se base sur les recommandations du rapport Pelletier de 1978. Simultanément, le caractère interministériel constitue également un frein au bon fonctionnement de l’organisation. Personne n’ignore en effet que ce fonctionnement laisse à désirer, ce qui ressort notamment du fait que, depuis sa création, la DGLDT voit régulièrement (pratiquement tous les quatorze mois) désigner à sa tête un nouveau responsable. Le rapport Henrion émet donc des doutes quant à l’adaptation de ce service central au problème qu’il est censé résoudre. L’organisation n’est en effet pas vraiment apte à prendre des mesures sur le terrain, c’est-à-dire au niveau local. En outre, l’efficacité du service est limitée par les “divergences” entre les divers ministères déléguant du personnel auprès de la DGLDT.²⁰⁵

Par ailleurs, toujours dans le rapport Henrion, on peut lire qu’une autre particularité des soins aux toxicomanes est que ces 25 dernières années, les développements survenus dans le domaine de la politique sociale et de la politique sanitaire sont passés outre au traitement de la toxicomanie. Un meilleur système de sécurité sociale, un accès amélioré aux hôpitaux et la centralisation des soins, autant de progrès dont n’ont pas bénéficié les soins aux toxicomanes. La solidarité accrue observée dans d’autres domaines a donc escamoté le problème de la toxicomanie. Le rapport Henrion traduit ce phénomène comme suit: “La toxicomanie est restée isolée dans le paysage de la solidarité”. Cet isolement, signale le rapport, découle des principes de la loi de 1970, à savoir une politique de soins relevant de la compétence de l’Etat, un traitement gratuit et anonyme de la toxicomanie et la répression de l’usage de drogue. De tels principes ont dressé une barrière symbolique entre les toxicomanes et le reste de la population.²⁰⁶

Nous avons déjà indiqué que, parallèlement à l'entrée en vigueur de la législation française sur la drogue, l'Etat avait en quelque sorte confié le traitement de la toxicomanie aux psychiatres: les intervenants en toxicomanie. Le fait de déléguer ces soins à des spécialistes apparemment bien outillés pour assumer une telle tâche a pu donner à la plupart des gens l'impression que l'affaire était "réglée". Dans l'introduction du rapport, on lit à ce sujet que le prestige intellectuel de certains intervenants a masqué le manque de moyens mis en oeuvre, et que de nombreux citoyens ont pu avoir l'impression que la politique appliquée était équilibrée.²⁰⁷

En outre, le fait de "confier" le traitement de la toxicomanie à un groupe de spécialistes a peu à peu fait naître parmi les médecins (généralistes) le sentiment que les toxicomanes avaient besoin de soins spéciaux. En d'autres termes, l'idée s'est peu à peu enracinée parmi ces médecins que la toxicomanie n'était pas leur affaire. De ce fait, de nombreux toxicomanes se sont retrouvés dépourvus d'accès aux soins de base ou, dans tous les cas, pas dans la même mesure que n'importe quel autre citoyen.²⁰⁸ A cela, il faut encore ajouter qu'en France, les généralistes sont très mal informés concernant la toxicomanie. Lors d'un congrès, Roger Henrion a souligné que dans l'ensemble, les études de médecine négligeaient totalement la toxicomanie.²⁰⁹

La conclusion de la commission Henrion sur ce point est que l'existence d'un groupe de spécialistes chargés des soins aux toxicomanes s'est accompagnée d'une médicalisation insuffisante des toxicomanes, soit "une sous-médicalisation".

Le rapport Henrion écrit par ailleurs que la politique française en matière de drogue a également échoué sur un autre point. Malgré les efforts de la DGLDT pour arriver à une politique intégrée dans ce domaine, il est apparu que la politique en matière de toxicomanie est totalement coupée de la politique sociale (d'intégration) générale, une erreur fatale. Le problème de la drogue n'a pas obtenu la place qui lui revenait au sein de la politique sociale sur le terrain. Au niveau local, où cette politique est prioritaire, les autorités jugent souvent que la toxicomanie n'est pas de leur ressort, mais dépend de la responsabilité de l'Etat.²¹⁰

Les psychiatres, poursuit le rapport, n'ont pas réussi non plus à fournir une réponse satisfaisante au problème. Si, dans le cadre de leurs activités, ceux-ci ont consacré une grande attention aux aspects relationnels – et familiaux – du phénomène de la toxicomanie, ils sont néanmoins peu présents dans les quartiers où est concentrée une grande partie de la population de toxicomanes.²¹¹

L'absence d'une véritable politique de la santé publique

L'échec de la politique française du point de vue sanitaire ne peut toutefois être uniquement attribué au rôle dominant des psychiatres. La nature du système sanitaire français constitue probablement l'une des composantes de l'explication.

Ce système est en effet essentiellement curatif et, dans une moindre mesure, préventif. Il peut de ce fait arriver que d'éventuelles menaces pour la santé publique ne soient pas signalées à temps ou soient sous-estimées. Un bon exemple à cet égard est l'affaire des transfusions sanguines, dans le cadre de laquelle un grand nombre de patients hémophiles se sont vu administrer du sang contaminé par le virus HIV.

Selon Alain Ehrenberg, l'absence en France d'une véritable politique sanitaire est à incriminer. D'après lui, on attache en France trop de foi au modèle de la médecine curative individuelle et à la technologie médicale, au détriment de la prévention. Ehrenberg estime que c'est cette absence de politique préventive qui explique la piètre préparation de la France à l'arrivée du virus du sida et le fait, notamment, qu'un si grand nombre de personnes aient été contaminées par du sang donné par des prisonniers. En 1985, le sang de ces donneurs représentait à peine 2% du total, ce qui ne l'a pas empêché d'être responsable de 40% des contaminations cette année-là.²¹² Le ministère de la santé publique n'a jamais été un "grand" ministère en France et actuellement, il est carrément relégué au rang de secrétariat d'état, ce qui confirme la conception qui veut que la France n'a jamais eu de politique sanitaire digne de ce nom.

Du reste, même au niveau officiel, on reconnaît que la politique sanitaire en France est médiocre et souffre d'un sérieux retard. Dans le rapport *La santé en France*, du Haut Comité de la Santé Publique, on peut lire que l'importance de la santé publique n'est pas suffisamment mise en exergue dans la politique française et que l'on peut à peine parler de politique dans ce domaine. L'approche épidémiologique des questions de santé est tout à fait inhabituelle pour la catégorie professionnelle médicale en France. Le rapport affirme en outre que la politique sanitaire n'est pas suffisamment institutionnalisée, ainsi qu'il ressort du nombre de personnes travaillant dans ce secteur et de la place accordée à la santé publique dans le cadre de la formation médicale.²¹³

Le problème du sida, qui s'est manifesté parmi les toxicomanes par voie intraveineuse et qui est très nettement sous-estimé, ajoute encore de l'eau au moulin de ceux qui affirment que la France ne dispose pas d'une politique sanitaire préventive satisfaisante. Anne Coppel a fait observer que dans le rapport Trautmann de 1990, consacré au problème de la drogue, seules deux des 267 pages sont consacrées au sida. Bien sûr, le rapport admet qu'un pourcentage relativement élevé de toxicomanes par voie intraveineuse sont séropositifs et que les toxicomanes constituent une frange importante du nombre total de séropositifs et de cas de sida, mais l'impression que l'on retire à la lecture du rapport est que la France a la situation bien en main et que le problème n'est pas si dramatique que chez des voisins comme l'Italie et l'Espagne.²¹⁴

Sur base de ce qui précède, on peut en tout cas conclure qu'en France, dans le domaine de la drogue, la prévention est insuffisante. Certains vont même plus loin, et affirment que la France a toujours voulu cultiver l'idée selon laquelle les instances responsables gardaient le contrôle de la situation. Anne Coppel, par exemple, se range à cette opinion. L'absence de données épidémiologiques concernant la mortalité et la morbidité des toxicomanes est, selon elle, tout sauf un handicap. Coppel cite à cet égard le statisticien Padiou, qui a rédigé un ouvrage statistique de fond sur les drogues et la toxicomanie. Padiou prétend en effet que la question n'est pas de savoir si ces statistiques sont correctes, mais que le rôle mythique que celles-ci jouent au sein de la société est bien plus important. Padiou résume la question comme suit: "C'est la société entière qui se drogue: elle se dope avec de la répression et se shoote à la statistique".²¹⁵

Quelles que puissent être les raisons précises, il est un fait qu'en France, on n'a pas suffisamment tenu compte de l'importance de l'épidémie d'héroïne et des dangers de la toxicomanie par voie intraveineuse, notamment eu égard à la propagation du virus du sida. On a remarqué trop tard -du moins officiellement -le lien existant entre la toxicomanie par voie intraveineuse et la contamination par le sida. Par conséquent, la décision d'adopter des mesures préventives n'a été prise que fort tard, en l'occurrence en 1992.

Coppel a analysé de façon approfondie le remarquable phénomène du silence qui a entouré durant si longtemps en France le lien entre la toxicomanie (par voie intraveineuse) et le HIV/le sida. A cet égard, elle parle de "l'exception française", parce que selon elle, la France a été le dernier pays européen à avoir revu sa politique en matière de drogue à la lumière du problème du sida, sans compter que la France n'a aucunement pris en compte les résultats positifs d'autres pays ayant déjà adopté des mesures préventives. Coppel signale que durant longtemps, les spécialistes ont négligé d'affronter cette question. Elle signale que dans *Intervention*, la revue des intervenants en toxicomanie, le mot sida n'apparaît pour la première fois dans le titre d'un article qu'en 1987. Il a fallu attendre 1990 avant que le magazine consacre une discussion à l'échange de seringues et à la méthadone.²¹⁶ On comprend mieux dès lors pourquoi en 1993, le premier ministre Balladur, lors de la présentation de la nouvelle politique de la drogue (notamment axée sur la réduction des risques), a répondu à un journaliste qui l'interrogeait sur la place du sida au sein de la nouvelle politique en lui demandant quel était le rapport entre le sida et la toxicomanie.²¹⁷

La gamme de soins aux toxicomanes

Le rapport Henrion énumère les soins aux toxicomanes proposés à la fin de 1994.²¹⁸

- Il existe 182 centres spécialisés, proposant divers types de traitements. Fin 1994, ces centres proposaient un total de 1.645 places de méthadone.
- En outre, il existe 1.357 places de suivi avec hébergement, consistant en diverses structures:
 - ⇨ 55 centres spécialisés pouvant accueillir pour une période allant de trois mois à un an les toxicomanes ayant décroché, mais éprouvant encore des difficultés à se passer de leur produit. Neuf de ces centres accueillent des toxicomanes non encore sevré. Diverses méthodes sont employées qui visent à restaurer l'autonomie des personnes ainsi accueillies.
 - ⇨ 33 réseaux de familles d'accueil regroupent plus de deux cents familles autour des centres de soins sans hébergement ou de post-cure. L'objectif de ces réseaux est d'aider les toxicomanes désintoxiqués ayant besoin d'une séparation avec leur milieu d'origine et leur environnement.
 - ⇨ 53 réseaux d'appartements thérapeutiques-relais.

Après cette énumération, le rapport Henrion affirme que cette gamme de formules de soins ne suffit pas à répondre à la demande de soins des toxicomanes. Et le rapport ajoute que cette remarque vaut notamment pour les toxicomanes les plus marginalisés, qui ne se présentent pas dans les centres de soins.

L'insuffisance de l'offre de soins ressort par exemple de la longueur des listes d'attentes pour les centres de soins. Ce temps d'attente peut atteindre quelques heures ou quelques jours pour une consultation dans un centre spécialisé, quelques jours pour une hospitalisation afin de se désintoxiquer, voire quelques semaines ou quelques mois pour voir sa demande de post-cure prise en considération.²¹⁹

En 1993, Alain Morel, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) -l'organisation des personnes (les psychiatres) s'occupant des soins aux toxicomanes- a admis, lors d'un congrès, qu'en France, les soins dans ce domaine étaient insuffisants. Selon lui, la France possède non seulement la législation la plus répressive d'Europe en la matière, mais a également le triste privilège d'être le pays où la gamme de soins est la plus réduite. Celle-ci peut en effet carrément être qualifiée de sous-développée. Morel procède à une énumération de la gamme de soins aux toxicomanes en France, et fait ensuite observer que celle-ci est encore moins étendue qu'en Suisse, un pays comptant pourtant dix fois moins d'habitants que la France.²²⁰

6.4 Le budget des soins aux toxicomanes

En règle générale, on considère qu'en France, le budget alloué aux soins aux toxicomanes est insuffisant. Même les augmentations graduelles du budget de ces dernières années n'ont pas changé grand-chose à cette situation.

Le rapport d'évaluation de l'injonction thérapeutique effectué en 1989-1990 par l'INSERM constitue l'une des rares sources détaillées fournissant des informations spécifiques.

Sur les 86 départements français ayant collaboré à l'évaluation, les DDASS, c'est-à-dire les services de santé départementaux, disposaient d'un budget de soins annuel moyen de 122.099 francs. Les écarts sont toutefois considérables d'un département à l'autre. Le rapport d'évaluation effectue une distinction entre les départements, qu'il range en sept catégories, sur base du budget de soins alloué aux DDASS. La subdivision se présente comme suit:

- 16 départements disposent d'un budget inférieur à 30.000 francs.
- 13 départements disposent d'un budget allant de 30.000 à 50.000 francs.
- 13 départements disposent d'un budget allant de 50.000 à 75.000 francs.
- 18 départements disposent d'un budget situé entre 75.000 et 125.000 francs.
- 12 départements disposent d'un budget situé entre 125.000 et 200.000 francs.
- 9 départements disposent d'un budget situé entre 200.000 et 350.000 francs.
- 5 départements disposent d'un budget supérieur à 350.000 francs.

Les services sanitaires départementaux ou DDASS sont notamment chargés de l'exécution et/ou la coordination de l'injonction thérapeutique. Les DDASS consacrent en moyenne plus de la moitié du budget dont elles disposent à l'injonction thérapeutique. Les soins

autres que l'injonction thérapeutique absorbent en moyenne 27% du budget. Enfin, 19% du budget sont consacrés à des questions autres que les soins aux toxicomanes et l'injonction thérapeutique.

A cet égard, il ne faut pas oublier non plus ce qui a été évoqué au chapitre précédent, à savoir que l'injonction thérapeutique touche en moyenne une quarantaine de personnes par département, et que l'exécution de l'injonction thérapeutique laisse nettement à désirer. Les chiffres susmentionnés sont ainsi replacés dans une perspective un peu plus correcte et révèlent qu'en 1989/90, le système de l'injonction thérapeutique a absorbé plus de la moitié du budget de soins des DDASS, et ce malgré son inefficacité.

Dans l'introduction du rapport Henrion, on signale qu'il est très difficile, voire impossible, de déterminer le budget de la politique en matière de drogue. Le rapport précise pourtant un peu plus loin qu'en 1993, le budget se montait à 450 millions, ajoutant que cela équivalait au budget d'un hôpital de taille moyenne. Ce budget, fait observer le rapport, est révélateur de l'importance accordée au traitement de la toxicomanie. Bien sûr, le budget de 1994 a été doublé, pour atteindre 850 millions de francs, mais la commission Henrion estime que ce montant demeure nettement insuffisant.²²¹ En 1995, le budget consacré aux soins aux toxicomanes a de nouveau bénéficié d'une augmentation, et atteint aujourd'hui le milliard de francs. Ce montant est constitué de 685 millions de francs en provenance du Ministère de la Santé et une partie des 230 millions du budget interministériel (de la DGLDT).

En dépit de ces augmentations du budget alloué au traitement de la toxicomanie, d'aucuns jugent que ce montant demeure insuffisant. D'autres, et ils ne sont pas rares, estiment que la politique française en matière de drogue, qui s'efforce de combiner répression et soins, met beaucoup plus l'accent sur la répression que sur les soins, une observation qui vaut également pour les moyens financiers mis à disposition.

6.5 Toxicomanie et contexte socio-économique

Conformément à l'approche psychologique du problème de la drogue, qui recherche avant tout les causes de la toxicomanie dans l'individu, l'un des grands principes du "modèle" français de soins aux toxicomanes veut que la toxicomanie touche toutes les couches sociales de la population. Bien sûr, il n'est pas faux de dire que la toxicomanie est un phénomène présent dans toutes les couches sociales, mais il convient toutefois ici d'étudier dans quelle mesure il affecte telle ou telle couche.

Pour un Néerlandais, habitué à considérer le problème de la drogue sous l'angle du contexte social, le principe susmentionné, selon lequel la toxicomanie toucherait toutes les couches sociales, est singulier, pour ne pas dire surprenant. De même, il s'étonnerait qu'un si grand nombre de personnes travaillant en France dans ce domaine demeurent ancrées à ce paradigme, pour ne pas parler carrément de doctrine. Il s'agit probablement là de la conséquence de la grande influence exercée par les intervenants en toxicomanie,

c'est-à-dire les psychiatres. Ceux-ci ont surtout mis l'accent sur les causes individuelles de l'usage – problématique – de drogue, et de ce fait, le contexte social entourant ces problèmes individuels a été quelque peu négligé.

Pourtant, si l'on se donne la peine de "lire entre les lignes", notamment en visitant les centres de soins et en se rendant dans les quartiers particulièrement touchés par le problème de la toxicomanie, force est de constater qu'un grand nombre de toxicomanes appartiennent aux groupes minoritaires et sont en fait des personnes défavorisées sur le plan social. Impossible de nier que le problème de la drogue se pose avec plus d'acuité dans les quartiers défavorisés que dans les autres quartiers. Traditionnellement, les Français répondent à ce type d'observation (typiquement néerlandaise) que rien n'est moins sûr, parce que l'usage de drogue pose plus facilement problème dans un quartier défavorisé que dans un quartier plus avantagé sur le plan socio-économique. Si cette réponse est (également) valable, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de soutenir l'absence de lien entre le problème de la toxicomanie et les conditions socio-économiques.

Si l'on prend par exemple la peine d'étudier certains facteurs, comme l'éducation et l'emploi des toxicomanes recensés par les centres de soins, il apparaît que le niveau scolaire est faible et que plus de la moitié des toxicomanes sont sans emploi.²²² Rappelons à cet égard que cette remarque vaut pour les toxicomanes en contact avec les centres de soins, et que ces derniers ne sont pas les plus marginalisés.

Bien sûr, on pourrait soutenir que des facteurs individuels plus profonds (remontant à la jeunesse) expliquent pourquoi ces toxicomanes n'ont pas terminé leurs études et se sont ensuite avérés incapables de trouver un emploi. Cet argument est toutefois peu convaincant lorsque l'on constate que le problème de la toxicomanie frappe notamment des régions de France où le chômage est supérieur à la moyenne et où, toutes proportions gardées, l'extrême droite rassemble pas mal de suffrages. A un échelon plus bas, dans les grandes villes, le même schéma se présente à nos yeux: on recense davantage de toxicomanes dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers mieux lotis.

Dans le cadre d'une étude d'évaluation de l'injonction thérapeutique déjà citée, exécutée par Françoise Facy, de l'INSERM, on a effectué une enquête portant sur 94 toxicomanes ayant suivi une injonction thérapeutique dans le département Hauts-de-Seine. Les trois quarts de ces toxicomanes étaient des héroïnomanes. Ce département, situé à l'ouest de Paris, est généralement considéré comme un département jouissant d'un meilleur statut socio-économique que d'autres départements de la région parisienne, même s'il compte lui aussi quelques quartiers à problèmes. L'examen de certaines caractéristiques des toxicomanes repris dans le sondage permet de dégager une série d'éléments.

Le sondage portait essentiellement sur des hommes (94%) et l'âge variait entre 15 et 35 ans. 16% des personnes interrogées avaient moins de 20 ans, 28% étaient âgées de 20 à 24 ans, 2% avaient de 24 à 28 ans et 28% étaient âgées de 30 à 35 ans. La majorité de ces personnes vivaient (encore) chez leurs parents.

Le sondage fait apparaître très clairement le faible niveau d'étude des personnes concernées. Dans leur grande majorité, ces personnes avaient un niveau d'éducation

équivalent, voire inférieur, au premier cycle de l'enseignement secondaire. Un tiers des personnes interrogées avaient terminé l'enseignement secondaire et 7% d'entre elles avaient effectué des études supérieures. Le rapport souligne qu'à peine la moitié d'entre elles avaient obtenu un diplôme correspondant au niveau scolaire atteint.²²³

En ce qui concerne la situation familiale, le résultat le plus intéressant est, signale-t-on, le nombre de frères et soeurs. Pas moins de 40% des personnes du sondage avaient en effet 3 frères/soeurs, voire davantage. 30% d'entre elles avaient deux frères/soeurs, 20% en avaient un, et 10% étaient des enfants uniques. Parmi les 40% ayant au moins trois frères/soeurs, on pense bien sûr tout de suite à des familles allochtones. Le rapport ne mentionne toutefois rien à ce sujet, si ce n'est que ces données sont "intéressantes" et diffèrent de la taille moyenne des familles au sein du département Hauts-de-Seine. La raison de ce silence est bien connue; la législation française n'autorise pas l'enregistrement de l'ethnicité.

La situation à Lille

Dans le cadre de l'enquête menée pour ce rapport, la ville de Lille, connue pour souffrir d'un important problème de drogue, a également fait l'objet d'une visite. L'une des questions clés de la visite portait sur "l'origine" du problème de la drogue dans cette ville. On sait que la plupart des drogues (héroïne) que l'on trouve à Lille proviennent des Pays-Bas (Rotterdam). La France (les politiques) ne se prive d'ailleurs pas de pointer régulièrement un doigt accusateur en direction des Pays-Bas. Pourtant, les entretiens que nous avons eus avec différentes personnes travaillant pour des organisations impliquées dans le problème de la drogue à Lille, notamment A.I.D.E. et Itinéraires, démontrent clairement que les choses sont loin d'être aussi simples.

Le phénomène de la toxicomanie est important à Lille et ne cesse de croître. A cet égard, nous avons été frappés par l'âge, relativement jeune, de beaucoup d'héroïnomanes; il n'est pas rare de voir des jeunes usagers âgés de moins de 20 ans. Certes, les toxicomanes ne sont pas tous issus de quartiers défavorisés -ils proviennent également de quartiers bourgeois- mais il est clair que, dans ces quartiers, la toxicomanie est nettement plus répandue. Les personnes avec qui nous avons parlé ne cherchent pas tellement "la cause" du problème de la drogue à Lille "côté offre" (les drogues moins chères et plus faciles à trouver aux Pays-Bas), mais partent du principe qu'à la base du problème, résident des causes socio-économiques plus profondes.

Patrick Godelle, directeur d'Itinéraires, un club de prévention de Lille qui, via un réseau d'animateurs de quartier, suit plus de mille jeunes "difficiles", est lui aussi de cet avis. Itinéraires exerce ses activités dans cinq quartiers de Lille, considérés comme des quartiers à problèmes.²²⁴ Lorsque l'on sait que Lille compte 10 quartiers, et que ces cinq quartiers représentent plus de la moitié de l'ensemble de la population de la ville, on comprend d'emblée que Lille souffre d'un problème social. L'organisation Itinéraires ne se consacre pas spécifiquement aux toxicomanes, mais dans la pratique, elle est souvent confrontée à ces derniers, parce qu'une grande partie des toxicomanes de Lille proviennent des quartiers où travaille Itinéraires. On ignore le nombre précis de

toxicomanes à Lille; les estimations varient entre 3.000 et 7.000. Même si l'on se base sur l'estimation la plus optimiste de 3.000, il est clair en tout cas que pour une ville qui compte 170.000 habitants, cela fait pas mal de toxicomanes. Une grande partie d'entre eux proviennent des quartiers défavorisés de Lille. Parmi eux, on trouve un relativement grand nombre de Maghrébins; le directeur Godelle estime à 60% le nombre de toxicomanes de Lille d'origine maghrébine.²²⁵

Selon Godelle, le problème de la toxicomanie à Lille présente avant tout des origines sociales. La misère sociale et le mal être général expliquent le problème de la drogue dans cette ville. Le rapport annuel d'Itinéraires explique très clairement en quoi consiste la misère sociale dans ces quartiers.²²⁶ Ces quartiers défavorisés se trouvent confrontés à trois gros problèmes: chômage, drogues et logement. Une étude sociologique de l'Université de Lille va également dans ce sens. La plupart des quartiers de la ville sont classés comme "sensibles" et de nombreux habitants de ces quartiers doivent résoudre un "cumul de difficultés".²²⁷

En règle générale, le chômage est considéré comme le principal problème de ces quartiers. D'ailleurs, cette observation vaut non seulement pour ces quartiers, mais pour l'ensemble du département et, dans une certaine mesure, pour le Nord de la France.

Si cette région offrait, jusque dans les années soixante-dix, un grand nombre d'emplois (industrie, textile, mines), par la suite, la situation a périclité. Actuellement, le chômage atteint 20 à 25% dans les quartiers défavorisés de Lille. Il faut ajouter ici qu'environ 40% de la population de ces quartiers a moins de 24 ans et que le chômage est notamment élevé parmi les jeunes. Dans certains quartiers, comme Lille-Sud, 50% de la population a moins de 25 ans. Dans ce quartier de 23.000 habitants, 40% sont étrangers ou d'origine étrangère. D'après un sondage effectué dans ce quartier, il est apparu que "les drogues" sont perçues comme la principale menace pour la société.²²⁸

En règle générale, les jeunes qui grandissent dans ces quartiers ont fort peu de perspectives d'avenir. A cela, il faut ajouter que l'environnement physique, l'habitat, est constitué en grande partie de logements sociaux, de type tours d'habitation, et se caractérise par une quasi absence d'infrastructures récréatives, ce qui n'améliore pas l'atmosphère générale qui prévaut dans ces quartiers.

Après le chômage, le deuxième problème de ces quartiers est constitué par les drogues. L'héroïne est "apparue" ici vers 1984, mais ce n'est que quelques années plus tard, entre 1986 et 1990, que son usage s'est répandu. Les entretiens avec les animateurs de quartiers ont révélé que l'épidémie d'héroïne est le symptôme d'un mal être général. Le directeur Godelle explique qu'en 1984, lorsque la consommation d'héroïne n'était pas encore aussi répandue, le mal être se traduisait déjà par l'inhalation de colle et l'usage (l'abus) de médicaments et d'alcool. José Bayer, directeur de l'institution d'aide aux drogués A.I.D.E., signale lui aussi qu'au début des années quatre-vingt-dix, la colle était inhalée à grande échelle, notamment parmi les jeunes de Lille-Sud. Simultanément, Bayer rappelle que le département Nord, où est située Lille, est l'un des départements français où l'on observe le plus grand taux de consommation d'alcool.²²⁹ Plusieurs animateurs de quartier

travaillant dans les quartiers défavorisés de Lille ont signalé que, parmi les familles françaises (autochtones), il n'est pas rare que le père soit alcoolique.

Le sentiment de malaise qui règne dans certaines régions du Nord de la France ne date pas d'aujourd'hui. L'effondrement de l'industrie et la crise économique qui a suivi remontent en effet aux années soixante-dix. Aujourd'hui, une grande partie des jeunes qui grandissent dans les quartiers défavorisés du Nord de la France se retrouvent sur une "voie de garage", ce qui constitue le terreau idéal pour l'usage -abusif- de stupéfiants. Une étude sociologique de l'Université de Lille I consacrée au trafic de drogue décrivait l'héroïne comme la "drogue de l'oubli" et la "drogue du pauvre", parce que son usage était beaucoup plus répandu dans les quartiers "sensibles". Les chercheurs signalent qu'une grande partie des personnes interrogées ont répondu que les "drogues" étaient presque inévitables lorsque l'on était issu de ce type de quartier. C'est pourquoi, la toxicomanie qui en résulte est décrite comme une "toxicomanie de la misère". Ce n'est pas un hasard si le profil de l'héroïnomane est un "individu âgé de 18 à 25 ans, chômeur, pas ou peu formé, avec une absence totale de projets".²³⁰

L'existence de ce marché potentiel – corollaire du mal être – ne suffit toutefois pas à expliquer l'épidémie d'héroïne qui sévit dans le Nord de la France. D'autres facteurs doivent être cherchés "côté offre", et ces facteurs peuvent expliquer l'offre croissante de drogues.

Placés dans des conditions de vie misérables, sans avenir, certains jeunes des quartiers défavorisés voient dans le trafic de drogues une source de revenus alternative. Plusieurs animateurs de quartier de Lille ont signalé que les jeunes autrefois impliqués dans le trafic du haschisch sont passés par la suite au cambriolage et au vol pour se procurer de l'argent, pour enfin trouver dans l'héroïne un trafic particulièrement lucratif, sur lequel ils se concentrent aujourd'hui. Le trafic de drogue étant perçu comme une source de revenus (alternative), il est clair que ce trafic va bon train (surtout pour l'héroïne).

L'argent gagné grâce au trafic de drogue n'est pas seulement destiné à l'achat de biens matériels, mais sert également à entretenir les familles. Les animateurs de quartier des zones défavorisées de Lille nous ont expliqué que suite à la crise économique, de nombreuses familles se sont retrouvées en difficulté et, dans certains cas, ne s'en "sortaient" plus. Ce phénomène ne s'applique du reste pas uniquement aux familles dépendant d'une allocation, mais touche également certaines familles bénéficiant d'un salaire. Vu le nombre d'enfants, généralement plus élevé, dans les familles maghrébines, il est clair que ces familles ont en général plus de difficultés que les familles françaises autochtones.

Compte tenu des difficultés éprouvées par de nombreuses familles dans les quartiers défavorisés, on peut comprendre que certains soient disposés à utiliser la première source alternative de revenus qui se présente à eux. La proximité des Pays-Bas, où le prix de l'héroïne est nettement inférieur, facilite encore l'accès à une telle source de revenus. Les animateurs de quartier n'ont eu aucune difficulté à citer plusieurs familles dont l'un des membres vend de la drogue pour entretenir la famille. Le "schéma classique" est toujours le même: au départ, les parents s'opposent aux pratiques de leur enfant (fils), pour ensuite

laisser tomber leurs objections morales face aux avantages pratiques; l'argent est en effet le bienvenu dans ces familles.

Autre raison expliquant l'importance du trafic de drogue: le fait que ce trafic se trouve, partiellement en tout cas, entre les mains d'Algériens en situation illégale, les clandestins. Au début des années quatre-vingt-dix, ceux-ci se sont en effet "jetés" sur le trafic de drogue dans la région de Lille. Duprez et. al. écrivent que le premier acte posé par les clandestins a consisté à casser le marché local du haschisch en le proposant à bas prix, à des prix inférieurs à ceux du marché traditionnel. Ensuite, ils sont passés à l'héroïne, qu'ils vendaient également à bas prix, s'appropriant ainsi la majeure partie du marché local de l'héroïne.²³¹ Certains clandestins sont eux-mêmes toxicomanes. Pour eux, le trafic est une source de revenus nécessaire, leur permettant de s'approvisionner en héroïne. Pour d'autres clandestins, non héroïnomanes, le trafic peut être une façon de gagner rapidement de l'argent afin de pouvoir rentrer en Algérie.²³²

6.6 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons dépeint les conceptions qui, durant longtemps, ont dominé le débat sur la drogue en France. Les psychiatres français ont pris une part importante à ce débat. Après l'entrée en vigueur de la législation française sur la drogue, en 1970, le gouvernement a en quelque sorte confié le traitement de la toxicomanie aux psychiatres. De ce fait, durant longtemps, la France a surtout mis l'accent sur l'approche clinique de l'usage de drogue. Le modèle français de la toxicomanie, très nettement dominé par une composante psycho-analytique, a cherché les causes de la toxicomanie dans l'individu, et essentiellement dans l'individu. Le mot clé de ce modèle est la "transgression". L'usage de drogue est perçu comme un signal de manque de structuration de la vie du toxicomane. Quoi qu'il en soit, le modèle français abordait avant tout la toxicomanie sous l'angle de la problématique individuelle plutôt que sous celui du contexte social au sens large.

Le fait que cette vision de la toxicomanie ait longtemps prévalu en France et - contrairement à la plupart des autres pays- n'ait pas eu à subir de véritable concurrence de la part d'autres approches de l'usage de drogue et de la toxicomanie, explique en partie pourquoi la France a tellement tardé à prendre des mesures de réduction des risques. Les psychiatres français s'opposaient en effet à ces mesures. Aux yeux des psychiatres chargés des soins aux toxicomanes, la distribution de méthadone était un signe de faiblesse, négligeant les véritables problèmes. Pour la même raison, les spécialistes s'opposaient également à l'échange de seringues ou à la vente libre de seringues dans les pharmacies: il n'est pas cohérent selon eux d'interdire la drogue et, simultanément, d'autoriser l'injection de ces drogues par la vente de seringues.²³³

Outre la suprématie de cette vision dans le paysage français jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, l'absence d'une politique de la santé publique en bonne et due forme a également joué un rôle non négligeable. Les risques du sida et de l'usage par voie

intraveineuse ont été dans une grande mesure sous-estimés ou niés, et l'on ne voyait donc pas vraiment la nécessité d'encourager l'échange de seringues ou les programmes de méthadone.

Le mépris du lien entre la toxicomanie et le contexte socio-économique de celle-ci est une autre conséquence de la position de monopole détenue par les psychiatres sur les soins aux toxicomanes. Le modèle clinique français a réduit en effet la toxicomanie à une problématique individuelle. Cette vision semblera sans aucun doute très étrange à un observateur des Pays-Bas où, depuis longtemps déjà, les sociologues se consacrent au problème de la drogue. Pourtant, la situation dans les quartiers défavorisés et les banlieues de villes comme Paris et Lille souligne très clairement le lien entre l'usage problématique de drogue et le contexte socio-économique. M. Godelle, directeur de l'organisation Itinéraires, active dans les quartiers défavorisés de Lille, a expliqué à quel point il lui avait été difficile de faire passer le message selon lequel l'accumulation de problématiques individuelles ne pouvait pas tout expliquer et que les toxicomanes n'avaient peut-être pas tous besoin d'un psychiatre.

Les modèles explicatifs utilisés en France pour comprendre le phénomène de la toxicomanie semblent généralement dépassés. Ce n'est pas sans raison que le rapport Henrion conclut en disant que le système est peu novateur et que si innovations il y a, celles-ci demeurent marginales et se réalisent très difficilement.²³⁴ Apparemment, c'est toujours le modèle des années 70 qui prévaut, une époque à laquelle ce modèle pouvait peut-être expliquer – une partie du – phénomène.

Le problème de la toxicomanie tel qu'il se présente aujourd'hui, dans les années quatre-vingt-dix, en France, a peu de rapports avec les troubles de la jeunesse, mais beaucoup plus avec le contexte socio-économique et la situation sans avenir dans laquelle grandissent beaucoup de jeunes. La misère sociale qui les entourent crée en quelque sorte un débouché potentiel pour un euphorisant comme l'héroïne.

Au cours de la présente décennie, les approches sociologiques du problème de la toxicomanie ont enfin reçu un accueil favorable en France. Dans cette optique, les instances responsables se sont finalement décidées à adopter une politique constituée de mesures préventives, notamment les programmes de substitution à la méthadone et l'échange de seringues. Officiellement, la France est passée à une politique de réduction des risques.

7 La politique de soins des années quatre-vingt-dix

7.1 Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons cité le rapport Henrion, selon lequel les développements survenus ces 25 dernières années sur le plan de la politique sociale et de la politique sanitaire étaient passés outre aux soins de santé. Un système amélioré de sécurité sociale, un meilleur accès aux hôpitaux, une décentralisation des soins et une solidarité accrue, autant de progrès dont n'a pas bénéficié le traitement de la toxicomanie. Le rapport Henrion traduit cette situation comme suit: "la toxicomanie est restée isolée dans le paysage de la solidarité".

Les années quatre-vingt-dix allaient saluer une évolution de cette situation, la France s'étant enfin décidée à remettre en question le système appliqué en matière de toxicomanie. Le livre *Drogues, le défi hollandais*, des Belges Isabelle Stengers et Oliver Ralet, et qui porte un regard critique sur la politique française et ses antécédents, a donné une première impulsion à ce mouvement. Peu à peu, un contre-courant est apparu en France, regroupant notamment des sociologues favorables à une politique de réduction des risques et à l'application de programmes de méthadone. Ce nouveau courant plaide pour une approche plus pragmatique du problème de la drogue, au lieu du système français traditionnel, axé sur l'abstinence. Pour les psychiatres, désormais confrontés à la concurrence d'autres secteurs, l'émergence de ces nouveaux courants et conceptions concernant l'usage de drogue et la toxicomanie a signifié la perte progressive de leur suprématie. A l'heure actuelle, il existe deux courants principaux: l'ancien courant, traditionnellement hostile aux mesures de réduction des risques, et le nouveau, favorable à une réduction de ces risques, regroupé au sein de l'organisation de coordination "Limiter la casse".

En 1993, le gouvernement français allait lui aussi changer son fusil d'épaule. Jusqu'alors, la politique française en matière de drogue était effectivement axée sur l'abstinence ou, ainsi que le décrit le rapport Henrion, "une politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée qu'il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes (...)".²³⁵ Cette nouvelle politique s'inscrivait dans le sillage du lobby constitué par le contre-courant favorable à une politique de réduction des risques, et qui mettait en accusation les répercussions sanitaires de la politique appliquée jusque là. La prise de conscience des conséquences de cette politique, décrite dans le rapport comme "une catastrophe sanitaire et sociale",²³⁶ a finalement incité le gouvernement à adopter des mesures de réduction des risques, notamment un échange accru des seringues, ainsi qu'une extension des programmes de méthadone et autres produits de substitution. N'oublions pas non plus qu'en France, le problème du sida est en partie responsable du revirement subi par la politique de la drogue. Du fait de l'absence d'une politique sanitaire digne de ce nom, la France était en effet, en nombre absolu, le pays de l'Union européenne qui comptait le plus grand nombre de cas de sida, les toxicomanes par voie intraveineuse constituant la majorité des cas.²³⁷

Le présent chapitre débute par une description de la volte-face opérée par la politique en France. Ensuite, nous nous pencherons sur la distribution de produits de substitution. Les possibilités offertes en la matière par la politique officielle étant limitées, les médecins ont décidé de prendre les rênes et de prescrire des opiacés légaux aux toxicomanes, une pratique illégale et pouvant mener à la suspension. Dans le paragraphe suivant, nous donnerons un aperçu de la nouvelle politique officielle en matière de drogue, politique axée sur la réduction des risques. L'extension de la distribution de méthadone et de Subutex (buprénorphine) constituent une part importante de cette politique. Paradoxalement, dans le cadre de cette politique, un rôle de plus en plus grand est dévolu aux médecins généralistes.

7.2 Un revirement en faveur d'une approche plus pragmatique

Durant les années quatre-vingt-dix, les psychiatres, les intervenants en toxicomanie, allaient devoir renoncer à leur position de monopole sur le traitement de la toxicomanie. Si ceux-ci s'étaient en effet toujours opposés à une approche pragmatique, notamment axée sur les programmes de méthadone et l'échange de seringues, le mouvement apparu au cours de cette décennie défendait précisément ce type d'approche.

Les Belges Stengers & Ralet ont en quelque sorte ouvert la voie à ce nouveau courant. Dans leur ouvrage *Drogues, le défi hollandais*, paru en 1991, ils mettaient en effet le doigt sur le point sensible de la politique française en matière de drogue. Les deux auteurs ont en quelque sorte ouvert une brèche dans le consensus français qui régnait à l'époque, concernant le bien-fondé de la politique menée jusqu'alors. Par la suite, divers acteurs ont joué un rôle dans la mise en oeuvre de la nouvelle politique.

Les psychiatres n'ont pas hésité à qualifier ce nouveau courant de "militant", faisant ainsi allusion à la dévotion avec laquelle certains se prononçaient en faveur d'une politique de "réduction des risques". Le mouvement s'est regroupé au sein de l'organisation de coordination Limiter la casse, créé en 1992 au départ de diverses organisations, notamment AIDES, qui se consacre au problème du sida, l'association de toxicomanes Association d'usagers de drogue (ASUD), l'organisation médicale Médecins du Monde et divers centres d'aide. Limiter la casse a mis sur pied un lobby, afin d'obtenir la mise en oeuvre d'une politique de réduction des risques. Les figures clés de l'association étaient le médecin Bertrand Lebeau, de Médecins du Monde, et Anne Coppel, sociologue et, entre-temps, promue responsable de Limiter la casse.

Patrick Aeberhard, président d'honneur de Médecins du Monde a su convaincre Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, de la nécessité d'opter pour une politique différente, plus pragmatique. Si Kouchner n'est pas arrivé à la mise en oeuvre d'une telle politique, il a néanmoins donné une première impulsion à celle-ci.

Les paroles prononcées par Kouchner, en janvier 1993, lors du discours d'ouverture du congrès Trivilles, consacré au sida et à la toxicomanie, donnent une idée des difficultés

auxquelles le ministre s'est trouvé confronté dans sa volonté de modifier la politique.²³⁸ Tout d'abord, on peut lire dans la préface du rapport du congrès, rédigée par Patrick Aeberhard, que le projet d'un congrès consacré au sida et à la toxicomanie existait depuis longtemps déjà, mais que celui-ci n'a pu être organisé qu'une fois Kouchner devenu ministre de la Santé. Avant cela, en tant que secrétaire d'État à l'action humanitaire, et soumis à l'autorité du premier ministre, il ne disposait pas des moyens nécessaires.

Kouchner a entamé son discours d'ouverture en admettant ouvertement que la France était en retard sur le plan de la réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie. Il a qualifié la politique française d'hypocrite et jugé scandaleux le fait que la France n'ait pas mis en oeuvre les mesures nécessaires, notamment l'échange de seringues et la distribution de méthadone. Kouchner signale d'ailleurs que dans la pratique, l'échange de seringues ne fonctionne pas parce que la gendarmerie attend les toxicomanes à la sortie des pharmacies; quant à la distribution de méthadone, il se demande avec désespoir pourquoi les spécialistes français ont refusé de coopérer, alors que leurs homologues étrangers avaient pu ainsi aider des centaines de milliers de personnes. Kouchner confie qu'en tant que ministre de la Santé, il est allé de surprise en surprise. Il a voulu par exemple autoriser la distribution de méthadone, mais s'est rapidement rendu compte que sa liberté d'action était limitée. Selon Kouchner il fallait donc aller acheter la méthadone aux Pays-Bas: "(...) pour sauver nos enfants du sida, pour qu'ils ne meurent pas, ce qui échappe aux fonctionnaires jusqu'au jour où l'un de leurs proches est contaminé".²³⁹ Kouchner rappelle qu'il fallait aller chercher la méthadone aux Pays-Bas et affirme que si, deux siècles plus tôt, Voltaire avait été contraint de se rendre à l'étranger pour voir ses textes imprimés, à l'heure actuelle, la France souffrait du même retard sur le plan de la réduction des risques.²⁴⁰

Par la suite, Anne Coppel a écrit que le congrès Trivilles avait marqué un sérieux revirement. Elle fait observer qu'avant cette date, le concept de réduction des risques n'existait pas en France. Grâce au congrès Trivilles, la France a découvert le système sanitaire britannique et pris conscience qu'il existait des alternatives valables à la politique appliquée jusqu'alors.²⁴¹ Mais une fois de plus, Kouchner n'a pas pu concrétiser cette nouvelle politique, ce qu'il attribue au fait que la loi n'autorisait pas la mise en oeuvre de programmes de méthadone à grande échelle.

Outre les obstacles juridiques qui, à l'époque, empêchaient la distribution de méthadone à grande échelle, les sérieuses divergences entre Kouchner et certains collègues ministres concernant la politique à suivre ont également joué un rôle non négligeable. Ces divergences débouchèrent en décembre 1992 sur un conflit ouvert entre Kouchner et le ministre de l'Intérieur, Quilès. Lors de la présentation de son plan contre la drogue (le plan Broussard), ce dernier avait en effet déclaré une véritable guerre aux drogues. Kouchner s'est déclaré hostile à cette politique et a demandé au premier ministre Bérégovoy d'intervenir.²⁴² Incapable de convaincre totalement le gouvernement d'adopter une politique de réduction des risques, Kouchner s'est publiquement prononcé à plusieurs reprises en faveur d'une politique de ce type, s'efforçant ainsi de mobiliser l'opinion publique. Il a également fait appel aux médecins, plus précisément aux généralistes, afin

que ceux-ci se mobilisent pour venir en aide aux toxicomanes. Cette dernière déclaration a eu lieu en janvier 1993, lors d'une assemblée de l'organisation médicale, le Conseil de l'ordre national des médecins, et Kouchner a d'ailleurs répété son argumentation le lendemain à la télévision.²⁴³

Kouchner souhaitait que les généralistes s'impliquent davantage, tant au niveau de la prévention qu'au niveau du traitement de la toxicomanie. Il déplorait en outre que les généralistes aient si peu d'expérience en ce qui concerne la distribution de produits de substitution (comme la méthadone). Ainsi que nous l'évoquerons plus loin dans ce chapitre, au moment où Kouchner prononçait ces paroles, la France disposait en tout et pour tout de 52 places de traitement à la méthadone.

Par la suite, les généralistes allaient effectivement jouer un rôle plus important au niveau du traitement de la toxicomanie, mais comme on le comprendra à la lecture des paragraphes suivants, ce processus ne s'est pas déroulé en souplesse.

7.3 La distribution des produits de substitution

Suite aux expériences positives consenties par la méthadone aux Etats-Unis, dès 1973, la France a autorisé la prescription de méthadone. Cette prescription présentait un caractère expérimental et avait lieu sur une échelle réduite. Quatre centres ont été autorisés à prescrire de la méthadone: à Marseille, l'Intersecteur, à Paris, les hôpitaux Marmottan, Ferdinand-Widal et Saint-Anne. Seuls les deux derniers ont commencé à prescrire réellement – à petite échelle – de la méthadone. Les deux hôpitaux proposaient un programme de 20 places, ce qui porte à 40 le total des places de méthadone de Paris, et donc de la France.

En 1990, un troisième centre, également à Paris, a ouvert ses portes: Saint-Germain-Pierre-Nicole. Dans ce centre, 12 places ont été créées, ce qui a porté à 52 le nombre de places réservées au traitement à la méthadone. La situation est demeurée inchangée jusqu'en novembre 1993. Jusqu'à cette date, la France ou, plus exactement, Paris, comptait donc 52 places pour un traitement de ce type.

Un sérieux débat a été nécessaire avant que l'on ne se décide à adopter des programmes de substitution à grande échelle. Les raisons de ces tergiversations ont déjà été évoquées au chapitre précédent; la principale était bien entendu l'hostilité des intervenants en toxicomanie à la distribution de méthadone.

Le psychiatre Francis Curtet, actif dans le secteur du traitement de la toxicomanie et ex-président de l'Association nationale des Intervenants en toxicomanie (ANIT) s'est par exemple déclaré opposé aux programmes de méthadone: "Je ne peux accepter qu'on laisse les gens se droguer sous prétexte de combattre le sida".²⁴⁴

La position des spécialistes impliqués dans ce secteur ressort également d'un incident qui s'est produit en 1992. Le 9 septembre de cette année, le journal *Le Monde* publiait l'article d'un groupe de médecins, intitulé "Le repère du toxicomane". L'article appelait

les médecins à se mobiliser afin de pouvoir prescrire des produits de substitution aux toxicomanes. Deux semaines plus tard, le 23 septembre 1992, *Le Monde* publiait la réaction commune de l'Association Nationale des Généralistes en Toxicomanie (G&T) et de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT). A l'époque, cette dernière association s'occupait du traitement de la toxicomanie. La réaction des deux organisations s'énonçait comme suit: "Prescrire des opiacés à un toxicomane, ce n'est pas l'écouter, ce n'est même pas entendre son symptôme, mais c'est le conforter dans la toute puissance du produit puisque ce dernier parvient par exemple à transformer le médecin en dealer légal".²⁴⁵ Quelques mois plus tard, Jacques Chirac affirmait que "La généralisation des expériences de substitution de la méthadone aux drogués paraît être la porte ouverte à la libéralisation de l'usage de drogues".²⁴⁶

Par son refus d'adopter des programmes de substitution et une politique globale de réduction des risques, la France a fait figure d'exception européenne.²⁴⁷ La gamme restreinte de programmes de méthadone donne toutefois une image quelque peu faussée de l'importance réelle d'utilisation de produits de substitution. En effet, ainsi que précisé au chapitre deux, il existe en France plus de 100 préparations à la codéine en vente libre dans les pharmacies, préparations utilisées par les toxicomanes aux opiacés comme substitut de l'héroïne. La plus connue de ces préparations est le Néocodion, un produit contre la toux qui est vendu 12 francs (une boîte de 20 comprimés) en pharmacie. Chaque année, quelque onze millions de boîtes sont ainsi vendues, et dans 95% des cas, il n'est pas question d'indication médicale. En d'autres termes, ces comprimés sont utilisés en temps de crise par les toxicomanes pour remplacer l'héroïne. Il n'est pas rare qu'un héroïnomane "s'envoie" le matin deux boîtes de Néocodion. Il arrive également que le Néocodion soit utilisé par des individus désireux de se passer complètement de l'héroïne, auquel cas la quantité journalière de Néocodion peut atteindre dix boîtes.²⁴⁸ Le mode d'utilisation d'un produit comme le Néocodion l'assimile quelque peu à la méthadone; le produit ne suscite aucune euphorie, mais sert uniquement de substitut à l'héroïne. Personne n'ignore que l'antitussif est utilisé dans ce but par les toxicomanes aux opiacés. On peut donc parler ici de produit de substitution toléré.

Par ailleurs, depuis pas mal de temps déjà, à savoir la fin des années quatre-vingts, des généralistes et des médecins spécialisés en toxicomanie prescrivent des opiacés – légaux – aux toxicomanes. Les produits les plus courants sont la buprénorphine (Témgésic) et le sulfate de morphine (Skenan et Moscontin).²⁴⁹ La prescription de ces produits, qui sont en fait des analgésiques, n'est pas autorisée officiellement. On ignore donc le nombre précis de personnes se voyant prescrire des produits de substitution par cette voie. Le comité de suivi médical a pu "retracer" dans la région parisienne quelque 1.500 personnes auxquelles on prescrivait ce type de produit.²⁵⁰ Sur base de ce chiffre, on peut en déduire qu'il s'agit d'environ 4.000 personnes pour l'ensemble de la France.

Jean Carpentier est le plus célèbre médecin ayant prescrit des opiacés aux toxicomanes. En 1988, il a commencé à prescrire des opiacés dans son cabinet médical, de concert avec sa collègue Clarisse Boisseau. Au fil du temps, les deux médecins ont créé une formule axée non pas tant sur l'abstinence que sur la stabilisation des toxicomanes,

un contrat étant conclu avec le toxicomane afin que celui-ci se limite à la dose convenue. En 1992, le cabinet de Carpentier et Boisseau a commencé à être “envahi” de toxicomanes. Non seulement les clients envoyaient leurs amis, mais les médecins eux-mêmes leur envoyaient des patients toxicomanes, ainsi que des pharmaciens désireux de se débarrasser de clients difficiles. Même la police leur envoyait de jeunes délinquants.²⁵¹

A la longue, la moitié de leur clientèle consistait en toxicomanes, et ils ont été contraints de confier une partie de ceux-ci à d’autres généralistes. Ce mouvement a donné naissance au réseau de médecins *REPSUD*, regroupant des médecins (généralistes) spécialisés dans les soins aux toxicomanes.²⁵²

La prescription de ces produits aux toxicomanes a suscité des débats pour le moins houleux dans le monde médical. Les médecins prescrivant ces produits ont été traités par les autres médecins de “fournisseurs de drogues” ou de “dealers en blouse blanche”. Le Conseil national de l’ordre des médecins a voulu cesser la prescription non réglementaire d’opiacés aux toxicomanes et a donc décidé de créer des règles plus strictes.

En automne 1992, la prescription d’opiacés a été limitée. Les médecins ne pouvaient plus en effet utiliser les ordonnances médicales usuelles, mais un “carnet à souches” spécial, dès lors qu’il s’agissait de produits enregistrés comme des stupéfiants. A partir de ce moment, les pharmaciens n’ont plus pu vendre ces produits que si l’ordonnance provenait du carnet (spécial). Les divisions départementales de l’Ordre des médecins étaient chargées de la diffusion du carnet à souches, mais les exemplaires distribués étaient insuffisants pour que les médecins prescrivent les quantités d’opiacés auxquelles ils étaient habitués. C’est pourquoi, concrètement, l’introduction de ce carnet à souches spécial a restreint la prescription d’opiacés par les médecins.

Les médecins Carpentier et Boisseau, dont la clientèle consistait en nombreux toxicomanes, “contournèrent” les règles plus strictes en réclamant de plus grandes quantités (boîtes) de Temgésic au moyen d’une seule ordonnance spéciale. Les toxicomanes pouvaient ensuite obtenir très facilement du Temgésic chez ces médecins.²⁵³ L’inspection médicale eut vent de l’affaire et finalement, les deux médecins furent condamnés par le Conseil national de l’ordre des médecins pour prescription non réglementaire d’opiacés. Finalement, en décembre 1994, les deux médecins se sont vu retirer le droit d’exercer durant un mois. La décision de l’organisation médicale a fait couler beaucoup d’encre et suscité un ardent débat sur la toxicomanie, les produits de substitution et le rôle des médecins dans ce domaine.

Face à l’interdiction temporaire du droit d’exercer de Carpentier et Boisseau, de nombreux médecins ont rédigé une déclaration de solidarité. Imprimée dans *Le Monde* et *Libération*, cette déclaration a été signée par plusieurs centaines de médecins. Dans la déclaration, les signataires déclarent notamment que le cadre réglementaire régissant la prescription de produits est insuffisant, et protestent contre l’absence d’un cadre légal, ce qui les contraint à enfreindre un règlement inadéquat.²⁵⁴ En outre, la suspension de Carpentier et Boisseau a conduit à l’occupation du bureau régional (Ile-de-France) de l’Ordre des médecins, responsable de ladite suspension.

En juin 1994, quelques mois avant la condamnation de Carpentier & Boisseau, la faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry avait accueilli une conférence de consensus,

organisée par la DGLDT, sur les produits de substitution. Lors de cette conférence, la méthadone avait été officiellement désignée comme un médicament par les conseils nationaux de l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens. Une telle déclaration marquait un tournant décisif. D'autres opiacés, notamment le Temgésic, n'étaient toutefois toujours pas considérés comme des substituts à l'héroïne ou des médicaments pour les toxicomanes.

Selon les règles en vigueur à l'époque, les médecins pouvaient donc toujours être blâmés pour la prescription aux toxicomanes d'un opiacé comme le Temgésic. Après l'affaire Carpentier/Boisseau, cette habitude s'est toutefois peu à peu perdue. Officiellement, la prescription d'opiacés comme le Temgésic, le Skenan et le Moscontin n'est sans doute pas autorisée, mais dans la pratique, une espèce de politique de tolérance s'est peu à peu développée.

Eu égard à la mise en oeuvre de la politique de substitution, le Conseil national de l'ordre des médecins a joué un double rôle. En effet, malgré l'autorisation finalement accordée à la méthadone et la tolérance de la prescription d'autres opiacés, l'organisation n'a rien fait pour favoriser l'évolution de la situation. Pour commencer, l'organisation a défini des règles plus strictes eu égard à la prescription d'opiacés en introduisant à cet effet un carnet spécial d'ordonnances. Pour les médecins, il s'agissait là d'une restriction des possibilités de prescription d'opiacés. Une fois les carnets spéciaux épuisés, l'organisation a fait traîner la réimpression de ces carnets. Cette nouvelle réglementation a conduit un certain nombre de médecins à se soustraire à la loi, ce qui n'a évidemment pas plu à l'organisation, pour preuve la suspension de Carpentier et Boisseau. La politique appliquée par le Conseil National de l'Ordre des médecins allait en fait à l'encontre de la politique devenue entre-temps officielle. En effet, un an plus tôt, en 1993, le ministère français de la Santé avait officiellement adopté une politique de réduction des risques, dont l'extension des programmes de substitution constituait l'un des piliers.

7.4 Une politique officiellement différente

En elles-mêmes, les possibilités d'adoption de mesures préventives existaient depuis longtemps déjà en France. En 1987, les pharmaciens ont notamment été autorisés à vendre des seringues. Toutefois, cette autorisation s'est durant longtemps heurtée à une série de complications, notamment le fait que toutes les parties impliquées, ou censément impliquées, dans l'exécution de la politique, n'étaient pas toujours disposées à coopérer. Ainsi par exemple, il a fallu attendre un certain temps avant que les toxicomanes ne puissent réellement acheter des seringues en pharmacie. Une partie des pharmaciens ne désiraient pas collaborer à la nouvelle politique, probablement parce qu'ils étaient peu désireux de se retrouver avec des "clients difficiles" comme les toxicomanes. L'autre raison expliquant le mauvais fonctionnement de la vente libre de seringues a déjà été évoquée. Régulièrement, les héroïnomanes ayant acheté une seringue en pharmacie

étaient attendus à l'extérieur par la police ou la gendarmerie, et appréhendés. Le simple fait de se trouver en possession d'une seringue est en effet suffisant pour justifier une interpellation. Ce problème peut être attribué à l'opposition presque "traditionnelle" entre le ministère de l'Intérieur et le ministère des Affaires sociales ou de la Santé publique. Traditionnellement, en politique française, c'est ce dernier ministère qui a toujours eu le dessous.

Malgré les bonnes intentions de Kouchner, ce n'est pas sous son administration, mais bien sous celle de ses successeurs, la ministre Simone Veil et le secrétaire d'Etat Philippe Douste-Blazy, que le ministère français de la Santé est officiellement passé à une politique de réduction des risques. Cette transition a eu lieu en automne 1993, sous le gouvernement Balladur.

En juin 1993, le secrétaire d'Etat à la santé Douste-Blazy a expliqué que l'émergence du problème du sida avait modifié le regard que l'on portait jusque là sur les toxicomanes. Il ne s'agissait plus simplement de les traiter, mais d'éviter qu'ils ne deviennent séropositifs, dans la mesure où ils constitueraient alors un réel danger pour la santé publique. A cet effet, il convenait non seulement de mettre sur pied des programmes d'échange de seringues, mais également des programmes de substitution. La politique qui serait appliquée, toujours selon Douste-Blazy, consistait à limiter les risques de contamination. Par ailleurs, Douste-Blazy a admis lors de l'interview que la France ne disposait pas d'une politique de santé publique.²⁵⁵

Le 21 septembre 1993, le premier ministre Balladur présentait la nouvelle politique de la drogue du gouvernement: le *Plan Gouvernemental de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*. Avec ce plan, le gouvernement faisait un premier pas -timide- vers une politique de réduction des risques. Le plan permettait d'accroître le nombre de places de méthadone, en le portant à 269. Le nombre de centres fournissant de la méthadone a été accru de neuf, ce qui portait le nombre total de ces centres à douze. Simultanément, trois projets pilotes d'échange de seringues ont démarré, dans le département Seine-Saint-Denis, à Marseille et à Paris (sous la férule de Médecins du Monde). Par ailleurs, trois centres d'accueil pour toxicomanes accessibles à tous ont ouvert leurs portes, notamment La Boutique, à Paris. Enfin, le plan prévoyait une extension du nombre de sites de posture et des fonds ont été libérés pour la prévention. Concernant cette dernière, le gouvernement a notamment décidé de lancer une campagne nationale de prévention.²⁵⁶

En 1993 et 1994, le gouvernement est allé plus loin, développant une politique de la drogue axée sur la réduction des risques. Dans le Premier bilan du plan de lutte contre la drogue présenté en mars 1994 par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, de nouvelles mesures faisaient leur apparition. Le rapport commence par constater que les soins sont insuffisants. A peine 50% des toxicomanes sont en contact avec les soins, dont sont privés les toxicomanes les plus marginalisés. Par ailleurs, le rapport signale que la situation dramatique de la population des toxicomanes eu égard à la contamination par des maladies infectieuses (25%-30% de HIV, 70% d'hépatite C) nécessite la mise en oeuvre d'une politique active de limitation des risques. En outre, le rapport énumère les avantages de la distribution de méthadone, en ajoutant que celle-ci doit être élargie. Non sans une

certaine fierté, le bilan fait le point des résultats déjà obtenus; il signale en l'occurrence qu'en dix mois de temps, on a davantage progressé qu'en dix ans. Au cours de cette période, la nouvelle politique a permis de concrétiser ce qui suit:

- Six "dispensaires de vie", accessibles à tous pour toxicomanes
- Seize programmes d'échange de seringues²⁵⁷
- 525 places de méthadone
- 1.000 lits de sevrage dans les hôpitaux
- Création de dix réseaux toxicomanie-ville-hopital.

En mars 1994, le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de la Ville a pris diverses initiatives, sous la houlette de Simone Veil, ministre, et du secrétaire d'Etat Philippe Douste-Blazy. Le premier jour de ce mois, Madame Veil a désigné la Commission des traitements de substitution. Cette commission était chargée de coordonner la mise sur pied de nouveaux centres spécialisés pour toxicomanes, centres habilités à fournir de la méthadone. Simultanément, la commission devait rédiger un protocole relatif à la distribution de produits de substitution. Au moment de désigner la commission, Madame Veil a souligné la nécessité d'élargir la distribution de produits de substitution. "Nous devons faire face à une situation aggravée, avec tous les moyens, pour réduire les risques de contamination des toxicomanes. (...) Nous ne pouvons plus ignorer l'existence du sida dans nos stratégies de prise en charge. C'est notre devoir, notre obligation. Il est indispensable de jeter un autre regard sur les drogues de substitution pour ceux qui se révèlent inaptes à réagir aux traitements classiques."²⁵⁸

Le sept mars 1994, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville a émis une circulaire relative à l'extension des programmes de méthadone. Le secrétaire d'Etat Douste-Blazy indique dans cette circulaire que dans le cadre des soins aux toxicomanes, le développement ultérieur des programmes de méthadone était prioritaire en 1994. Alors que le nombre de places de méthadone avait déjà été porté à 525, Douste-Blazy s'est fixé pour but de porter ce nombre à 1.000 d'ici la fin de 1994. En 1995, le nombre de places devra encore être accru. Des fonds ont été libérés pour l'extension des programmes et les centres de soins spécialisés ont été invités à se manifester.

Dans une lettre, datée du neuf mars 1994, Simone Veil annonce sa mission à Roger Henrion, qui a déjà accepté à l'époque la présidence de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. La commission Henrion devra étudier dans quelle mesure la politique en vigueur donne toujours satisfaction face à l'évolution des faits et des pratiques.

Il a fallu près d'un an avant que la commission ne termine le rapport. Pour commencer, il a fallu pas mal de temps avant que l'on ne s'accorde sur la composition de la commission. Finalement la commission -bientôt désignée comme la commission des sages- a été constituée de gens issus de divers horizons, tant des personnes travaillant sur le terrain, notamment des médecins, des commissaires de police et des magistrats, que des personnes étrangères à ce problème et n'ayant donc, en principe, aucun parti pris par rapport au problème en question. Le président lui-même, Roger Henrion, professeur en médecine,

était relativement peu familiarisé avec le problème de la drogue. La commission Henrion a effectué un travail approfondi. Un grand nombre de personnes ont été entendues, une partie de ces auditions étant publiques et certaines diffusées en direct à la télévision. Le travail de la commission a duré un an, et durant un an, elle a fait les beaux jours de la presse. Le déroulement de l'opération démontrait qu'il s'agissait là d'un réel problème de société.

Sur un certain nombre de points, la commission n'a pu se mettre d'accord, notamment concernant la dépénalisation de l'usage de drogue et la possession de petites quantités de drogue. Une faible majorité de la commission – neuf contre huit – s'est prononcée en faveur de la dépénalisation de l'usage du cannabis et de la possession de petites quantités de cannabis.²⁵⁹ Concernant la dépénalisation d'autres drogues que le cannabis, la proportion des voix était exactement inversée –neuf contre huit. De nombreuses (autres) conclusions de la commission ont déjà été analysées dans ce rapport et nous allons brièvement citer quelques-unes des conclusions générales.²⁶⁰

- La commission juge peu réaliste une politique axée sur l'éradication totale des drogues. Le véritable enjeu de la politique de la drogue est de tenter de "vivre avec" au moindre coût en termes sanitaires et sociaux.
- La politique de lutte contre la drogue doit privilégier la prévention. Etant donné qu'il est difficile de traiter les toxicomanes, il s'agit d'éviter que les gens ne le deviennent. Seule une politique de prévention peut en fin de compte faire chuter le nombre de toxicomanes.
- La politique à l'égard des toxicomanes doit avoir pour objectif et pour principe le refus de l'exclusion. La politique appliquée jusque là (surtout ne rien faire qui facilite la vie des toxicomanes) a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales. Il est donc urgent de rompre avec cette logique de l'exclusion tant pour améliorer la santé des toxicomanes que pour les aider à sortir de la toxicomanie.
- Malgré la division concernant la question de la dépénalisation, la commission se prononce à l'unanimité pour une réforme de la loi du 31 décembre 1970.

En outre, la commission signale les avantages liés à la distribution de méthadone. Si cette distribution ne met pas fin à l'usage de drogue par voie intraveineuse, elle autorise néanmoins des contacts avec la population des toxicomanes, ce qui permet de mettre en place des mesures de prévention mieux ciblées. C'est pourquoi, la commission souligne que l'efficacité de la distribution de méthadone dans le cadre de la lutte contre la propagation du sida dépend de son accessibilité. Celle-ci est notamment importante pour les héroïnomanes qui ne sont pas encore prêts à interrompre leur consommation. Pour ce groupe d'utilisateurs, le message de la prévention, joint à la distribution de méthadone, revêt une importance cruciale.²⁶¹

Le rapport de la commission Henrion a été publié en mars 1995. A de nombreux égards, il confirmait les tendances qui étaient en train de se dessiner. Les instances responsables avaient en effet déjà pris conscience des avantages des programmes de méthadone, lesquels faisaient l'objet d'un développement ultérieur.

En juin 1994, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville a présenté un nouveau plan: *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes*. Pour la première fois, un document politique relatif à la politique de la drogue était officiellement axé sur la réduction des risques. Le plan consistait en dix mesures, parmi lesquelles 25 nouveaux programmes d'échange de seringues, une extension ultérieure du nombre de places de méthadone, qui atteignaient ainsi 1.625 places, et l'ouverture de neuf (nouveaux) "boutiques". Simultanément, la circulaire autorisait l'achat en pharmacie d'une trousse de prévention contenant deux aiguilles stériles et un produit désinfectant, le tout pour cinq francs. La circulaire indique en outre que ces mesures ne sont pas décisives, et qu'à côté de la méthadone, d'autres produits doivent être pris en considération, notamment la buprénorphine.

Le 11 janvier 1995, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville a émis une nouvelle circulaire, stipulant l'extension ultérieure des soins aux toxicomanes. Cette nouvelle mesure implique notamment une extension du nombre de centres d'accueil avec hébergement pour les toxicomanes, davantage de "boutiques" et un développement ultérieur du nombre de places de méthadone. Parallèlement, il s'agit de stimuler les généralistes à prendre en charge les toxicomanes, notamment par la création d'un nombre accru de réseaux médicaux.

Le 15 février 1995, soit un mois plus tard, le même ministère a diffusé une *Note d'information* parmi les services sanitaires régionaux. On peut lire dans cette note que les services d'inspection des pharmacies constatent une augmentation de la prescription d'analgésiques comme le Temgésic, le Moscontin, le Skenan et le Palfium pour les toxicomanes. Ce phénomène pose problème à une série de pharmaciens, vu les doses élevées prescrites par les médecins et le fait que les indications médicales qui accompagnent ces produits ne sont pas respectées. Pour les raisons susmentionnées, les pharmaciens ont demandé à l'inspection quelle ligne politique il s'agissait de respecter. La *Note d'information* indique que ces difficultés doivent être considérées comme "inhérentes à la période transitoire actuelle". Tout cela prendra fin dès lors que d'autres produits de substitution, approuvés, seront commercialisés.

A l'époque, le seul produit de substitution légitime pour les toxicomanes était la méthadone. Seuls les centres spécialisés en soins aux toxicomanes étaient toutefois autorisés à prescrire ce produit, après accord du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. En mars 1995, la méthadone a pu être commercialisée. Cette autorisation, baptisée Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), permettait désormais aux centres spécialisés de prescrire de la méthadone sans autorisation spéciale. Cette autorisation a été également réclamée pour la buprénorphine à haute dose (Subutex), afin de mettre fin à la prescription -illégale- de buprénorphine sous forme de Temgésic, ainsi que la prescription d'opiacés comme le Moscontin, le Skenan et le Palfium.

Ce qui précède trouve confirmation dans une circulaire du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, datée du 31 mars 1995. Cette circulaire stipule qu'à partir de cette date, deux produits de substitution sont mis à la disposition des toxicomanes aux opiacés, la méthadone et le Subutex. L'utilisation dans ce but du dernier produit, précise

la circulaire, bénéficiera bientôt d'une autorisation. Concernant la méthadone, la circulaire conseille de ne pas prescrire plus de 100 mg par jour. Elle autorise par ailleurs la prescription de méthadone par un généraliste, à condition que le patient lui ait été envoyé par un centre spécialisé, où il avait déjà reçu ce produit durant un certain temps.

Une fois que l'autorisation sera donnée, la prescription de buprénorphine sera plus simple. Les généralistes ont en effet le droit de prescrire ce produit. La buprénorphine sera commercialisée sous le nom de Subutex, et existera en trois dosages: 0,4, deux et huit mg.

En septembre 1995, le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie a présenté, sous l'égide du premier ministre Balladur, un nouveau plan politique relatif à la drogue. Ce plan regroupe un ensemble de mesures préventives, notamment orientées sur les jeunes. Par ailleurs, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a vu le jour, chargé d'assurer une meilleure collecte de données relatives à l'usage de drogue et aux toxicomanes.²⁶² Simultanément, le plan prévoit une série d'autres mesures, notamment un accroissement de la recherche, une extension des soins aux toxicomanes et une campagne de vaccination contre l'hépatite B. A terme, le nombre de personnes à prendre en considération pour la distribution de produits de substitution devra se monter à 45.000 individus.²⁶³

Le dernier développement observé dans ce domaine a été l'introduction, en 1995, de l'autorisation de prescrire du Subutex aux toxicomanes à titre de médicament. En février 1996, ce produit a été commercialisé et à partir de cette date, n'importe quel médecin a été autorisé à prescrire ce produit à un toxicomane aux opiacés.

7.5 Des soins accrus et un rôle plus important dévolu aux généralistes

La politique de la drogue des prochaines années accordera un rôle croissant aux généralistes. Plus que jamais, ceux-ci seront impliqués dans la distribution de produits de substitution comme la méthadone et le Subutex. Dans ce cadre, le rôle joué par un médecin comme Jean Carpentier est pour le moins frappant. Apôtre de la prescription de produits de substitution, ce dernier n'a pas hésité à aller à l'encontre des consignes en vigueur. Vilipendé par certains de ses confrères et suspendu durant un mois, ainsi que son collègue Boisseau, par l'Ordre des médecins, il est aujourd'hui considéré comme un éminent spécialiste dans ce domaine et à ce titre, invité à prendre la parole dans de nombreux congrès. Le congrès organisé le 18 novembre 1995 à la Sorbonne, à Paris, par la caisse d'assurance-maladie Mutualité française, souligne très nettement ce revirement.

La Mutualité française, une des principales caisses d'assurance-maladie de France, se consacre depuis 1994 au problème de la drogue. Sous la direction de Jean-Pierre Davant, la caisse d'assurance-maladie a joué un rôle de pionnier dans la mise en oeuvre d'une – nouvelle – politique de soins pour les toxicomanes, incluant davantage de programmes de substitution et un rôle accru pour les généralistes. En novembre 1995, la Mutualité française a organisé le congrès, La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane.

Comme l'indique le titre, le congrès était dédié au rôle que peut jouer le "médecin généraliste" face au problème de la drogue. La raison pour laquelle la Mutualité française s'est ainsi lancée dans cette bataille apparaît très clairement dans les paroles prononcées lors du discours d'ouverture par Etienne Caniard, au nom de la Mutualité française. Caniard explique que l'arrivée du sida a contraint l'assureur à jouer un rôle plus actif au sein du débat sur la drogue. Caniard déclare que le directeur Davant, conscient du fait qu'un tiers des 150.000 héroïnomanes sont séropositifs, a décidé de prendre une part active à ce débat. Il s'agissait bel et bien d'un problème affectant la santé publique. Caniard poursuit en disant que, pour Davant, les positions dogmatiques de la France sont responsables du retard pris par ce pays en matière de traitement de la toxicomanie.²⁶⁴ Un an auparavant, lors d'une interview, Davant avait déclaré "en avoir assez d'une santé dépendante des aléas politiques. (...) Une politique de santé publique devrait englober tout cela, y compris la drogue". Davant rappelle qu'avant sa désignation au poste de premier ministre, Balladur avait souligné la nécessité de développer la politique de la santé publique, ce à quoi Davant ajoute: "Aujourd'hui, elle reste à faire".²⁶⁵ Davant a donc décidé d'opter pour une approche pragmatique, laquelle empruntera trois voies: un meilleur accès aux produits de substitution, le développement d'initiatives au niveau local et un rôle accru pour les généralistes.

Le message global du congrès de la Mutualité française était que l'on s'était "trompé": la politique de la drogue appliquée jusqu'alors ne constituait pas la bonne réponse au problème. Bernard Glorion, président du Conseil national de l'ordre des médecins, qui a pris la parole après le discours d'ouverture, a notamment reconnu que dans ce domaine, l'accent avait trop souvent été mis sur la répression.

Avec humilité, il a exprimé notamment sa reconnaissance envers les personnes qui "ont eu le courage de créer elles-mêmes des réseaux de soins pour les toxicomanes". Roger Henrion a aussi admis que lui-même, avant d'assurer la présidence de la commission, avait adopté le "point de vue classique" sur le problème de la drogue, point de vue essentiellement fondé sur la répression. Depuis, sa commission et lui ont tiré un précieux enseignement des expériences réalisées à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, en Belgique et aux Pays-Bas. Auparavant, Henrion avait déjà affirmé qu'en règle générale, les médecins connaissaient mal les drogues et la toxicomanie; entre 1970 et 1991, les facultés de médecine n'ont accordé aucune importance à ces thèmes.

La prise de position de la Mutualité française a suscité une réaction de la part de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT).²⁶⁶ Cette organisation de spécialistes chargés des soins aux toxicomanes jugeait que l'on attachait trop de crédit à la distribution de méthadone, sans avoir organisé au préalable de véritable débat à ce sujet. Selon l'ANIT, la méthadone n'était pas la panacée universelle au problème de la drogue. Il est un fait certain que les intervenants en toxicomanie, de tout temps considérés comme les spécialistes dans ce domaine, se sentaient dépassés par les événements. Madame Veil, ministre, s'était en effet déclarée favorable aux propositions de la Mutualité française, sans que l'avis des intervenants ne soit sollicité.

Finalement, en 1994, l'ANIT s'est également prononcée en faveur de mesures de réduction des risques, notamment l'échange de seringues et les programmes de

substitution. Précisons à ce sujet qu'ils n'avaient pas vraiment le choix; la nouvelle politique allait en effet en ce sens, ce qui impliquait la mise à disposition de fonds pour l'application de cette politique. Certains intervenants en toxicomanie de l'ANIT se sont toutefois déclarés hostiles aux programmes de méthadone.

L'ANIT n'est pas la seule organisation à avoir changé de point de vue, et ce revirement vaut, dans une certaine mesure, pour l'ensemble du milieu médical. La position du Conseil national de l'ordre des médecins est à cet égard très significative. Si cette organisation défendait au départ le point de vue médical "classique" – une politique axée sur l'abstinence –, à l'heure actuelle, l'ordre se prononce en faveur d'une réduction des risques. En septembre 1995, l'ordre a consacré un numéro spécial de son bulletin à la toxicomanie.²⁶⁷ Dans l'éditorial, Bernard Glorion écrit que "dans la situation désastreuse qui ne fait qu'empirer, il était nécessaire de réfléchir à et chercher d'autres réponses que celles de la répression ou de l'exclusion." Dans le même bulletin, les avantages, d'un point de vue médical, de la distribution de produits de substitution sont soigneusement étudiés, et le bulletin souligne la nécessité de miser davantage sur cette solution.

Le consensus général qui a prévalu jusque dans les années quatre-vingt-dix au sein du milieu médical, concernant le "bien-fondé" de la politique appliquée jusque là – à savoir ne pas céder à la toxicomanie – a peu à peu fait place à une approche consistant à accepter l'usage de drogue et à mettre davantage l'accent sur la réduction des risques.

Les dépliants de prévention qui existent aujourd'hui témoignent du fait qu'aujourd'hui, l'usage de drogue est acceptée. L'association des usagers de drogue ASUD, l'un des défenseurs de la politique de réduction des risques et membre de Limiter la casse, peut aujourd'hui distribuer des dépliants destinés aux toxicomanes, expliquant comment se piquer sans risques. Autrefois, cela était impensable, parce que la loi n'autorisait pas l'adoption de mesures équivalentes à accepter l'usage de drogue ou la toxicomanie.²⁶⁸ Outre ASUD, l'organisation de lutte contre le sida AIDES distribue également des dépliants de prévention expliquant comment se piquer sans risques.

Les généralistes sont appelés à jouer un rôle croissant dans la distribution de méthadone et de Subutex aux toxicomanes. Le Subutex peut être prescrit par n'importe quel médecin aux toxicomanes aux opiacés. Ceux-ci sont remboursés à 65%, tout comme pour la méthadone.

La prescription de méthadone par les généralistes est par contre soumise à des règles plus strictes. Pour pouvoir prescrire de la méthadone à un toxicomane, il faut que celle-ci ait d'abord été prescrite par un centre spécialisé. Si, après quelques mois de traitement à la méthadone, la personne s'est totalement stabilisée (personnellement, socialement et thérapeutiquement), à sa demande ou à l'instigation de son médecin traitant, cette personne peut être envoyée à un généraliste. Ensuite, un contrat sera conclu entre elle et le médecin, stipulant également dans quelle pharmacie le patient peut se procurer la méthadone.

Si le rôle croissant dévolu aux généralistes dans ce cadre doit être perçu comme positif, cette politique présente quelques inconvénients, essentiellement liés au nombre – provisoirement – restreint de centres spécialisés et de la surcharge à laquelle ceux-ci sont

confrontés. Toute personne ayant droit à un traitement à la méthadone doit en effet commencer par suivre durant quelques mois un traitement similaire auprès d'un centre spécialisé. Les listes d'attente sont très longues, et il faudra donc encore pas mal de temps avant que les personnes désireuses de recevoir de la méthadone voient leur demande acceptée.

7.6 Conclusion

C'est dans les années quatre-vingt-dix que la France a commencé à ajuster sa politique en matière de drogue. On a assisté à une véritable volte-face, signifiant la mort d'une politique caractérisée par Alain Ehrenberg comme le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication.²⁶⁹ En 1993 et, surtout, en 1994, le gouvernement français est officiellement passé à une politique de réduction des risques.

La conversion aux programmes de substitution n'est pas vraiment à mettre sur le compte des spécialistes (psychiatres), responsables durant des années du traitement de la toxicomanie. Le gouvernement n'a pas non plus de véritable responsabilité en la matière, même si certains politiciens ont joué un rôle important. Par contre, les nouveaux courants qui se sont fait jour dans ce domaine ont certainement joué un rôle très actif. Qualifiés au début de "militants", ils ont finalement réussi à obtenir ce qu'ils voulaient.

D'un côté, on trouvait donc le nouveau courant, constitué de diverses organisations, prônant une politique de réduction des risques. Ce mouvement était rassemblé sous la houlette de Limiter la casse. De l'autre, on trouvait un certain nombre de médecins "inspirés" qui, en l'absence de produits de substitution légaux comme la méthadone, prescrivaient de leur propre initiative des produits de substitution, et allaient donc à l'encontre du courant en vigueur. Le plus célèbre de ces médecins est Jean Carpentier. Il a pris de son propre chef l'initiative de prescrire des opiacés illégaux aux toxicomanes, invoquant son devoir médical d'assistance aux toxicomanes. Carpentier n'était certes pas le seul médecin à agir ainsi, mais il fut l'un des seuls à persister lorsque l'organisation du Conseil national de l'ordre des médecins imposa des restrictions à la prescription de ces produits aux toxicomanes. Jean Carpentier et d'autres médecins "militants" furent vilipendés par leurs confrères et traités de "dealers en blouse blanche". Le Conseil national de l'ordre des médecins a suspendu Carpentier et sa collègue durant un mois, pour prescription non réglementaire d'opiacés.

Les partisans de la prescription d'opiacés aux toxicomanes semblent pourtant avoir gagné la bataille. Sous le gouvernement Balladur, sous la direction de Simone Veil et de son secrétaire d'Etat Douste-Blazy, les mesures de réduction des risques ont commencé à s'imposer. Le nombre de places de méthadone est passé de 52 en 1993 à 525 en 1994 et plus de 1.000 en 1995.

Outre la méthadone, un autre produit, le Subutex (buprénorphine à haute dose) a fait son apparition sur le marché, qui est censé mettre fin à la prescription illégale d'opiacés

aux toxicomanes. Dorénavant, le Subutex peut être prescrit par n'importe quel médecin, le patient peut ensuite se procurer le produit en pharmacie et se voit rembourser les frais à raison de 65%. La méthadone par contre ne peut être prescrite par un généraliste. Pour pouvoir prescrire de la méthadone à un toxicomane, il faut d'abord que la méthadone ait été prescrite par un centre spécialisé. Si, après quelques mois de traitement à la méthadone, la personne est totalement stable (sur le plan personnel, social et thérapeutique), à sa demande ou à celle du médecin traitant, elle peut être envoyée chez un généraliste. Un contrat sera ensuite conclu entre la personne et le généraliste, stipulant notamment auprès de quelle pharmacie elle doit se procurer la méthadone. La méthadone est également remboursée à raison de 65% par la sécurité sociale.

Les généralistes sont appelés à jouer un rôle croissant eu égard à la distribution de produits de substitution. A cet égard, il est significatif que l'assurance soins de santé la Mutualité française se soit avérée le principal chef de file de ce mouvement. Si le rôle croissant dévolu aux généralistes doit être perçu comme positif, cette politique n'est pas sans inconvénients, notamment liés au nombre -provisoirement- restreint de centres spécialisés et à la surcharge à laquelle ceux-ci sont confrontés. Toute personne désireuse de suivre un traitement à la méthadone doit en effet d'abord subir un traitement de ce type dans un centre spécialisé. Les listes d'attente sont très longues, et il faudra donc encore pas mal de temps avant que toute personne intéressée par ce type de traitement y accède de façon effective. Le plan du gouvernement de septembre 1995 ambitionnait de prescrire des produits de substitution à pas moins de 45.000 opiomanes. La question est de savoir comment arriver à un tel résultat et dégager les moyens financiers nécessaires.

Conclusions et résumé

Conclusions générales

La France est confrontée à un grave problème en matière de drogue. Cela ne tient pas tant au nombre relativement élevé d'héroïnomanes – 160.000 selon les estimations les plus basses –, mais surtout à l'approche française du problème de la drogue. La plupart des pays européens ont revu leur politique en matière de drogue dans les années quatre-vingt, lorsque le problème du sida a commencé à se manifester. L'usage intraveineux de drogue et le prêt de seringues entre les toxicomanes ont alors entraîné de graves risques de contamination. L'apparition du sida a incité la majorité des pays concernés à adopter une approche plus pragmatique de la drogue, avec l'adoption de mesures telles que l'échange des seringues usées contre des neuves et des programmes de méthadone.

La France a ignoré ces développements. On peut donc parler, à juste titre, d'une exception française. Jusque dans les années quatre-vingt-dix, elle s'est enfermée dans une politique que le sociologue Alain Ehrenberg a décrite comme le triangle d'or d'abstinence-désintoxication-éradication. Cette approche devait permettre de lutter contre l'usage de drogue et la toxicomanie, qui ne devaient être "acceptés" d'aucune manière. Dans cette optique, la distribution de méthadone et l'échange de seringues étaient alors considérés comme un signe de faiblesse, puisque ces mesures impliquaient qu'on cédait devant l'usage de drogue et la toxicomanie. Cette attitude revenait, en résumé, à jeter l'éponge. La commission Henrion, "commission de sages" qui s'est penchée pendant une année sur le problème de la drogue à la demande du gouvernement et a rendu son rapport en 1995, a résumé la politique française en matière de drogue comme "surtout ne rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes".²⁷⁰

Les effets de la politique suivie sont désormais bien connus. A cet égard, le rapport Henrion parle d'une "catastrophe sanitaire et sociale". Une grande partie des usagers de drogue par voie intraveineuse sont porteurs de maladies infectieuses. Environ 30% des héroïnomanes sont séropositifs et 60% ont contracté une hépatite B ou C. De plus, beaucoup de toxicomanes occupent une position marginale, situation qui semble s'aggraver. Il faut ajouter que ces chiffres concernent seulement les usagers de drogue connus des services d'assistance. On estime que la moitié des toxicomanes échappe notamment à l'assistance et que ce sont justement les plus marginalisés qui doivent se passer de ce contact.

Quelles raisons la France avait-elle d'appliquer une telle politique ? La première doit être recherchée dans le système sanitaire français, qui est avant tout curatif et seulement préventif à une échelle limitée. Le risque est donc que des menaces éventuelles pour la santé publique ne peuvent pas être signalées à temps. Ce fut le cas de l'affaire du sang contaminé, au cours de laquelle un grand nombre d'hémophiles a reçu du sang contaminé par le virus du sida. De même, lorsqu'on s'est aperçu – trop tard – qu'un

pourcentage élevé de toxicomanes était séropositif. Le problème était d'une ampleur telle qu'il constituait un danger pour la santé publique. Ce qui s'est alors passé en France est en fait imputable à l'absence de politique sanitaire dans ce pays. Depuis l'apparition du sida comme un problème de santé publique, ce fait a été reconnu à haute voix par les ministres et par le Haut comité de la santé publique.

Une seconde raison de la politique particulière suivie par la France est que depuis l'entrée en vigueur de la législation française sur les stupéfiants (en 1970), la politique en matière de drogue relève directement de l'autorité de l'Etat, qui a confié l'assistance aux toxicomanes à un groupe de spécialistes, composé en majorité de psychiatres : les intervenants en toxicomanie. Ces spécialistes n'ont pas vu l'intérêt de mesures de réduction des risques comme l'échange de seringues et la méthadone, qui à leurs yeux ne répondaient pas au problème profond (individuel) du toxicomane. Les intervenants en toxicomanie ont conservé le monopole de l'assistance aux toxicomanes jusque dans les années quatre-vingt-dix, sans avoir à redouter de concurrence notable de la part d'autres catégories professionnelles telles que les sociologues et les criminologues. C'est ce qui explique pourquoi, en France, l'accent a été mis sur une approche clinique de l'usage de drogue et de la toxicomanie.

Cette politique a subi un revirement dans les années quatre-vingt-dix. On s'est alors rendu compte des répercussions de la politique suivie jusqu'alors. En nombre absolu, la France comptait le plus grand nombre de victimes du sida de l'Union européenne, dont un large pourcentage résultait de l'usage intraveineux de drogue. On reconnut – officiellement – s'être trompé dans l'approche et on en conclut qu'une politique de réduction des risques était indispensable, sur quoi des programmes de méthadone et d'échange de seringues furent entamés. C'est au ministre de la Santé, Madame Simone Veil, et à son secrétaire d'Etat, Philippe Douste-Blazy, qu'on doit le lancement de cette politique. Il est toutefois bon de rappeler que ce n'est pas le gouvernement lui-même qui a pris cette initiative, mais que la décision politique en revient à un groupe de pression composé de différents mouvements en faveur d'une réduction des risques. Ces mouvements étaient regroupés dans une organisation de coordination intitulée "Limiter la casse".

Depuis l'arrivée au pouvoir du président Chirac et de son premier ministre Juppé, on assiste à une tendance légèrement différente. L'ambitieux programme du gouvernement précédent, en d'autres mots, arriver à une véritable politique de réduction des risques, c'est-à-dire rattraper le retard que la France connaît dans ce domaine, a été abandonné par les responsables actuels. Il est vrai que ces derniers n'ont pas officiellement opté pour une ligne de conduite différente, mais les problèmes budgétaires auxquels le gouvernement Juppé doit faire face empêchent d'élargir l'assistance comme cela avait été envisagé. De plus, le ministère de la Santé a désormais été ramené au statut de secrétariat d'Etat. Cela implique non seulement que le gouvernement accorde moins de priorité aux questions de santé que le cabinet précédent, mais aussi qu'il dispose de moins d'options que son prédécesseur pour adopter des mesures.

La France est peut-être officiellement passée à une politique en matière de drogue qui accorde une place plus importante à la réduction des risques, on peut se demander ce qu'il

en adviendra dans la pratique. En effet, une approche basée sur la réduction des risques ne se limite pas seulement à élargir la prise en charge des toxicomanes. Le concept de réduction des risques, tel qu'il est aujourd'hui pratiqué en France, se résume seulement à quelques manifestations directes de cette approche, telles que les programmes de méthadone et l'échange de seringues, alors qu'une véritable politique de réduction des risques qui dépasse cette réduction "directe", va bien plus loin. Il existe en effet d'autres formes de réduction des risques : faire la distinction entre les drogues douces et les drogues dures, tolérer la vente de drogue pour usage individuel et maintenir les toxicomanes à l'écart de la police et de la Justice. En résumé, ces autres formes de réduction des risques relèvent des conditions dans lesquelles la drogue est consommée, avec acceptation de la consommation de drogue. Un premier pas dans cette voie pourrait être de dépénaliser l'usage de drogue.

La France se refuse pour le moment à discuter d'une telle éventualité. Il ne faut pas oublier que malgré le revirement officiel qui est apparu dans la politique, les notions "traditionnelles" liées à l'usage de drogue et à la toxicomanie subsistent en France. On en trouve même la trace dans un rapport plutôt favorable à la politique néerlandaise en matière de drogue, le rapport Ghysel.²⁷¹

Ce n'est pas sans raison que ce rapport souligne que l'usage de certaines drogues dures est toléré dans plusieurs villes des Pays-Bas. Mis à part le fait que l'usage de drogue n'y est pas considéré comme un délit, ce qui est d'ailleurs le cas de la plupart des pays de l'Union européenne, une telle remarque montre bien que les Français arrivent encore difficilement à imaginer une politique qui accepte l'usage de drogue.

Il convient d'ajouter que c'est le ministère de l'Intérieur qui définit l'application finale de la politique en matière de drogue. Malgré le revirement officiel de cette politique, le nombre d'interpellations dues à des infractions à la législation française en matière de stupéfiants en 1995 continue à augmenter. On a enregistré l'année dernière quelque 70.000 interpellations de ce type (un nouveau record), concernant surtout l'interpellation d'un plus grand nombre d'usagers. Une approche axée sur une véritable réduction des risques semble difficilement compatible avec une telle politique de répression.

Le présent rapport contient un aperçu de la situation concernant l'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Il traite en particulier du trafic et de la consommation des drogues en question, ainsi que de la politique appliquée dans ce domaine. Avec le rapport "*Le cannabis en France*", publié antérieurement, il offre un tableau clair de la situation de la drogue en France.

Les données contenues dans le présent rapport proviennent d'entretiens menés avec des intervenants en toxicomanie, tels que des médecins, des travailleurs sociaux, des scientifiques, des responsables de la police et de la Justice, et bien sûr des toxicomanes. A côté de ces entretiens, un travail intensif a été réalisé sur le terrain, sous forme de visites à la scène toxicomaniaque et aux quartiers défavorisés, principalement à Paris et dans la banlieue. La situation à Lille a également été étudiée dans le cadre de cette enquête. Outre les nombreux entretiens qui ont servi de base au présent rapport, nous avons utilisé la

documentation disponible à ce sujet, notamment des livres, des articles de presse, etc. Le présent rapport comprend deux volets. Le premier volet est consacré au “marché”, c’est-à-dire à l’offre et à la demande en matière de drogue. Les deux premiers chapitres traitent de l’héroïne. Le premier évoque le trafic d’héroïne, aussi bien au niveau international (France) qu’en Europe. Le second chapitre étudiera l’aspect demande de l’héroïne, c’est à dire les usagers. Les chapitres trois et quatre seront respectivement consacrés à l’offre et à la demande de cocaïne et de crack : le chapitre trois à leur trafic en particulier, tandis que le chapitre quatre reproduira les connaissances dont la France dispose sur les usagers de ces substances.

Le second volet de notre rapport traite de la politique en matière de drogue. Le chapitre cinq précisera le contexte de la législation et son application. La méthode française d’assistance aux toxicomanes sera approfondie au chapitre six. Pour terminer, le chapitre sept décrira les lignes de la nouvelle politique des années quatre-vingt-dix, date à laquelle la France a opté pour une réduction des risques, comme nous l’avons fait remarquer plus haut.

Chapitre 1 : L’offre d’héroïne²⁷²

Ce chapitre présente un aperçu de l’aspect offre de l’héroïne : le trafic. Pour commencer, nous évoquerons les pays producteurs d’opium, matière première de l’héroïne et ses axes de pénétration en Europe. La majorité de l’héroïne qui circule sur le marché européen provient d’opium cultivé en Afghanistan. L’héroïne ou la morphine base transite ensuite par des pays comme le Pakistan, l’Iran et la Turquie avant d’arriver sur le marché européen. La Turquie joue un rôle-clé dans la distribution de l’héroïne vers l’Europe, non seulement grâce à la position particulièrement favorable dont ce pays jouit du point de vue géographique et de ses sphères d’influence à l’Est, mais aussi grâce à la diaspora turque disséminée dans toute l’Europe qui facilite l’acheminement des produits. Parmi les récents développements, on signalera la découverte en Turquie de laboratoires où la morphine base est transformée en héroïne.

La filière traditionnelle que l’héroïne emprunte entre l’Europe du Sud-Est et l’Europe de l’Ouest a été baptisée route des Balkans. Bien que cette filière continue à jouer un rôle important, les axes commerciaux se sont considérablement diversifiés depuis la guerre des Balkans et la disparition du rideau de fer. L’héroïne transite de façon croissante par l’Europe de l’Est. La Méditerranée représente aujourd’hui une autre voie d’accès.

Malgré la diversification des filières commerciales, la plus grande partie de l’héroïne continue à pénétrer en Europe de l’Ouest par la voie terrestre. Que ce soit par la traditionnelle route des Balkans ou par l’Europe de l’Est, l’Allemagne représente dans la plupart des cas la porte d’entrée de l’Union européenne. Cela explique pourquoi l’Allemagne totalise 30% des saisies d’héroïne de l’Union européenne.

Lorsqu’on prend l’héroïne saisie en France, on s’aperçoit qu’une part considérable et croissante de celle-ci provient des Pays-Bas. Malgré la gravité du sujet, il convient d’assortir les chiffres de certaines remarques. Il est étonnant de voir, par exemple, qu’on

intercepte aussi peu d'héroïne en provenance de pays comme l'Allemagne, l'Italie, la Turquie et la Suisse. On présume donc que l'héroïne originaire des Pays-Bas est sur-représentée dans les statistiques françaises; cela pourrait signifier que les autres filières y sont sous-représentées. On peut également se demander si la quantité d'héroïne interceptée en France est si importante. Compte tenu de l'ampleur du marché français et en comparaison des saisies d'héroïne réalisées dans les autres (grands) pays d'Europe de l'Ouest, ces quantités sont en tout cas peu impressionnantes.

Le prix de l'héroïne en France est généralement élevé. Sur l'ensemble du pays, il tourne autour de 800 à 1.000 francs par gramme. L'héroïne proposée sur le marché est de mauvaise qualité. Différents échantillons prélevés à Paris indiquent un taux de pureté entre 5 et 20%. Dans le 18^{ème} arrondissement de Paris, quartier qui compte une importante population de toxicomanes, ce taux dépasse rarement 10%, alors qu'un taux de 5% est courant. C'est ce qui ressort des nombreux entretiens menés avec les usagers, qui sont d'avis que la qualité n'a pas cessé de baisser ces dernières années.

A première vue, l'héroïne n'est pas facile à acheter en France. Cette notion est toutefois relative et dépend beaucoup de l'endroit où on la cherche. Contrairement aux Pays-Bas, la *scène* toxicomaniaque est généralement implantée en périphérie des villes, ce qui la rend nettement moins visible aux yeux des profanes. L'usager en quête d'héroïne saura, quant à lui, où la trouver. Il est très facile de trouver de l'héroïne dans certains quartiers, ainsi que dans plusieurs cafés de la région parisienne.

On assiste depuis quelques années à un nouveau phénomène, notamment qu'il est plus facile de trouver du crack que de l'héroïne. On ignore quelle est la cause précise de ce phénomène. Pour les dealers, il est en tout cas plus lucratif de vendre du crack que de l'héroïne. Le crack doit peut-être sa popularité à la mauvaise qualité de l'héroïne.

Chapitre 2 : La demande d'héroïne : les usagers

Ce chapitre dresse un tableau de ce qu'on sait des héroïnomanes en France. La prévalence de l'héroïne a tout d'abord été étudiée, à savoir les estimations concernant le nombre de toxicomanes.²⁷³ Le manque de fiabilité des chiffres disponibles présente un problème. Cela est en partie dû au fait que la législation française sur les stupéfiants garantit l'anonymat aux personnes qui font appel au service d'assistance, ce qui empêche l'enregistrement des toxicomanes concernés. En conséquence, on ne sait pas qui se présente dans ces services et depuis combien de temps ces contacts existent. Le manque de données résulte aussi du fait que le problème de la toxicomanie n'a pas eu droit à une grande priorité au sein de la santé publique.

Des chiffres très variés circulent en France quant au nombre de toxicomanes, étant donné que la notion de "toxicomanes" n'est pas toujours claire. Deux estimations "officielles" ont été avancées au cours des dernières années. Selon la première, qui remonte à 1990, le nombre de toxicomanes (tous produits) est de l'ordre de 150.000 à 300.000. Ce chiffre s'applique aux personnes qui détournent les substances légales de leur usage, ou à

celles qui ont régulièrement consommé des produits illicites au cours des derniers mois. (La nicotine et l'alcool ne sont pas pris en compte).

La seconde estimation date de 1995 et arrive à un nombre de 160.000 toxicomanes. Elle concerne (uniquement) les usagers d'héroïne et repose sur une estimation minimum du nombre d'héroïnomanes en contact avec les services d'assistance.

La marge d'erreur de ces estimations est élevée. Elles sont en effet basées sur une série de présomptions et d'extrapolations. Il faut ajouter que ces estimations concernent les toxicomanes qui font appel aux services d'assistance, alors qu'on ignore quel pourcentage de toxicomanes établit ce contact. Certaines sources d'information, dont des documents officiels, partent du principe qu'un toxicomane sur deux seulement s'adresse à ces services, ce qui pourrait impliquer un nombre de toxicomanes nettement plus élevé.

En France, l'héroïne est presque toujours consommée par voie intraveineuse; selon l'enquête annuelle de novembre, 87% des usagers se l'injectent. Tout comme ailleurs, la polyconsommation existe dans ce pays. La situation française se distingue par le fait qu'il est généralement assez facile de se procurer des médicaments, non seulement par le généraliste mais aussi dans la rue. Ainsi, on assiste fréquemment à une polyconsommation avec des opiacés comme le Rohypnol, le Temgésic et autres produits à base de buprénorphine. Il existe aussi une polyconsommation avec des produits à base de codéine, la plupart de ces médicaments étant délivrés sans ordonnance par les pharmacies. La plus connue de ces spécialités est le Néocodion, un médicament contre la toux, dont 11 millions de boîtes sont vendues chaque année, presque uniquement aux usagers d'opiacés.

L'âge moyen des héroïnomanes, tel qu'il ressort de certaines sources, est d'environ 27 ans. La moyenne d'âge présente certes une hausse depuis quelques années, mais elle est lente, ce qui traduit peut-être l'arrivée de jeunes toxicomanes.

On manque de données sûres (comme des statistiques) sur le contexte auquel appartiennent les toxicomanes, tel que l'origine ethnique, le milieu socio-économique, etc. Cela s'explique notamment par le fait que la législation française ne permet pas d'enregistrer séparément l'origine ethnique des usagers. Contrairement à ce qui se fait aux Pays-Bas, il n'est pas possible de calculer le pourcentage "d'allochtones" concerné en France. Seule la nationalité peut être définie : selon différentes sources, entre 65 et 90% des toxicomanes ont la nationalité française.

Les différences entre la France et les Pays-Bas ne tiennent pas seulement à la législation, il existe également des divergences d'opinion quant aux causes – possibles – du phénomène de la toxicomanie. Les Pays-Bas ont tendance à l'analyser sous un angle sociologique, c'est-à-dire en étudiant le contexte social dans lequel le phénomène apparaît. En France au contraire, l'accent est justement mis sur les facteurs individuels qui expliquent la toxicomanie. Cette différence tient au monopole que les psychiatres français ont longtemps occupé dans le domaine de l'assistance aux toxicomanes. Le principe en France est d'ailleurs que "la toxicomanie touche toutes les couches sociales". Bien que cela soit vrai, les sources disponibles semblent néanmoins indiquer que le problème de la toxicomanie concerne plus les quartiers défavorisés que les quartiers résidentiels.

La situation sanitaire d'un grand nombre de toxicomanes en France est précaire. Pour autant qu'on puisse se fier aux sources, une très grande part d'héroïnomanes souffre de maladies infectieuses. Entre 60 et 80% d'entre eux ont contracté une hépatite B ou C. Les cas de sida sont également très répandus. On ne dispose pas à cet égard de chiffres "solides", mais en se basant sur les différentes sources disponibles on peut estimer à 30% le pourcentage d'héroïnomanes séropositifs. Il convient de rappeler que l'héroïne est presque toujours consommée par voie intraveineuse en France.

L'état de santé précaire des toxicomanes se reflète également dans la hausse régulière du nombre de décès par overdose enregistrés au cours des dernières années. En 1994, on a recensé 564 cas de décès, dont l'overdose était la cause principale, mais de l'avis général le nombre réel d'overdoses dépasse les statistiques de la police. Cette donnée est confirmée par plusieurs études qui soulignent que le nombre d'overdoses suivies de décès est nettement sous-estimé dans ces statistiques. Le rapport Henrion indique que selon certaines sources 9% des décès dans l'agglomération parisienne sont imputables à une overdose dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, ce qui mettrait l'overdose au troisième rang des causes de décès dans cette même tranche d'âge, derrière le sida et le suicide.

Chapitre 3 : L'offre de cocaïne et de crack

Ce chapitre décrit l'aspect offre de la cocaïne et du crack en France. Il faut souligner que la France dispose de peu d'informations sur le sujet et que certaines données présentées ici – comme le trafic de crack – reposent seulement sur quelques bases sommaires. L'utilisation de telles sources risque d'entraîner une sous-représentation d'autres aspects moins apparents et moins bien documentés du phénomène. Quand on parle de trafic de crack en France, il est presque toujours question de la *scène* du crack implantée dans le Nord-Est de Paris et composée d'usagers (extrêmement) marginalisés. Les formes de trafic plus discrètes sont en effet mal connues. Le présent aperçu ne prétend donc pas décrire en détails le trafic de cocaïne et de crack, mais vise seulement à énumérer les données dont la France dispose à ce sujet.

Nous avons d'abord étudié le contexte de la fabrication et du trafic de cocaïne, avec présentation des chiffres relatifs aux saisies de cocaïne dans les pays de l'Union européenne, dont l'ampleur est frappante ces dernières années. En effet, les saisies de cocaïne représentent un multiple de celles d'héroïne. Alors qu'on avait intercepté 5.908 kilos d'héroïne en 1994, ce volume atteignait 28.968 kilos pour la cocaïne, soit presque le quintuple. C'est aux pays-Bas et en Espagne que les saisies sont les plus fréquentes ces dernières années.

En France aussi, les saisies sont en hausse depuis quelques années. 1994 s'est avérée être une année exceptionnelle avec 4.743 kilos, un volume qui dépasse le total des trois années précédentes. (Les Pays-Bas ont d'ailleurs brisé un record la même année en interceptant 8.200 kilos de cocaïne). Contrairement à l'héroïne, un pourcentage négligeable de cocaïne de provenance néerlandaise est saisi en France.

Une quantité croissante de crack est proposée sur le marché français depuis la fin des années quatre-vingt. Parti de Paris, ce phénomène s'est étendu en dehors de la capitale, bien que cette drogue se maintienne principalement à Paris. La station de métro Stalingrad est le centre traditionnel du trafic de crack, qui s'est également dispersé à la suite des opérations de nettoyage lancées par la police.

À l'origine, le trafic de crack était presque entièrement aux mains des Antillais (français), mais il a progressivement été repris par les Africains. Il arrive aujourd'hui qu'il est plus facile de se procurer du crack que de l'héroïne dans certains quartiers de Paris. On peut se demander si ce phénomène est imputable à la présence plus abondante de crack par rapport à l'héroïne, ou au fait que les dealers préfèrent se livrer au trafic plus lucratif du crack.

Chapitre 4 : La demande de cocaïne et de crack : les usagers

On trouvera dans ce chapitre un aperçu des données disponibles en France au sujet des usagers de cocaïne et de crack. Les sources manquent dans ce domaine et nos informations sont donc présentées avec une certaine réserve. On peut même se demander s'il est raisonnable de consacrer un chapitre à ce sujet en se basant sur ces rares sources, ainsi que sur nos observations personnelles et les entretiens que nous avons menés.

L'emploi de sources d'information maigres n'est pas sans danger. En effet, les données disponibles en matière d'usage de crack s'appliquent seulement à la *scène* marginalisée de Paris et ne tiennent pas compte d'une consommation moins visible et non-déviante. Le tableau ainsi obtenu risque d'être partiel et erroné, et des conclusions éventuellement fausses seront peut-être liées à l'usage du crack. Comme nous l'avons montré au chapitre précédent, de nombreuses manifestations visibles de la consommation de crack (dans certains cas) sont souvent attribuées à ses propriétés pharmacologiques, au risque de négliger les usagers eux-mêmes (ou leur contexte).²⁷⁴

Ce chapitre se contente donc de présenter les données dont la France dispose sur la consommation de cocaïne et de crack, assorties des informations que nous avons collectées. Les sources françaises ont été présentées ici sans se demander si elles offraient un tableau fiable des usagers.

Il existe peu de données sur la consommation de cocaïne en France. Aucune étude de population n'a été réalisée et on doit se contenter d'une seule étude effectuée selon la méthode de "boule de neige". Il en ressort que les usagers en général vivent dans des conditions assez confortables et qu'ils connaissent peu de problème de santé.

Depuis la fin des années quatre-vingt, la consommation du crack est en hausse en France. Partie à l'origine de Paris, la consommation s'est lentement étendue, mais ce phénomène concerne surtout la capitale. Un "malentendu" sur le type de produit – les usagers ne savaient pas qu'ils prenaient du crack – a intensifié sa consommation. Alors qu'elle se limitait à l'origine aux Antillais (Français), elle a peu à peu englobé les usagers Africains. L'usage du crack, du moins sous sa forme visible, est longtemps resté un phénomène en majorité "noir".

Bien que la majorité des usagers soit composée d'Antillais et d'Africains, la consommation de crack s'est répandue pendant les années quatre-vingt-dix parmi d'autres groupes ethniques et d'autres types d'usagers, dont les héroïnomanes. Ces derniers, habitués à la consommation de drogue par voie intraveineuse, s'injectent même le crack alors que ce produit a été conçu pour être fumé. Les nouveaux usagers sont en majorité des (anciens) héroïnomanes, qui se convertissent entièrement ou partiellement au crack. Cela implique que le crack est désormais utilisé aussi par des Français d'origine et des Maghrébins. On estime à plusieurs milliers le nombre total d'usagers parisiens.

Différentes explications ont été avancées quant au passage de l'héroïne au crack, mais elles ont seulement un caractère provisoire. La popularité du crack serait due à la mauvaise qualité de l'héroïne proposée en France, une explication qui ne peut toutefois pas être confirmée. Il pourrait s'agir aussi d'une mode.

Ce qui est certain, c'est que la consommation problématique de crack est étroitement liée à la marginalisation. Il s'agit d'ailleurs d'une différence majeure entre les usagers "classiques" de cocaïne et les usagers de crack. Les données relatives au milieu du crack à Paris montrent que ce phénomène se déroule en marge de la société et qu'il concerne en quelque sorte un milieu souterrain, actif surtout la nuit. Les toxicomanes qui atterrissent dans ce milieu étaient pour la plupart déjà marginalisés, une situation qui s'est aggravée dès qu'ils ont touché au crack. La description d'Ingold & Toussirt présentée plus haut en dit long : en l'espace d'un mois, on voit l'utilisateur sombrer vers une dépendance totale accompagnée des symptômes suivants : amaigrissement, pâleur, épuisement et état de confusion. Une fois de plus, cette dégradation n'est pas imputable au produit seul, mais il convient de prendre aussi en considération le contexte auquel appartient le toxicomane.

Chapitre 5 : La loi de 1970 : répression et soins

Le présent chapitre offre un aperçu de la législation française en matière de stupéfiants. L'objectif de cette loi était double : répression, lutte contre le trafic et l'usage de drogue d'une part, soins aux toxicomanes d'autre part.

La loi française datant de 1970 est sévère : tout usage de drogue est considéré comme un délit. Son contexte doit être recherché dans les mouvements étudiants et les manifestations de la fin des années soixante, symbolisées par Mai 68. A l'époque, les usagers de drogue étaient surtout des jeunes et cette consommation était considérée comme un comportement réactionnaire et déviant contre lequel il fallait sévir.

L'usage de drogue est certes considéré comme un délit, mais le toxicomane peut échapper à des poursuites en suivant un traitement, l'injonction thérapeutique. Ce procédé n'a pas donné les résultats escomptés, ce qui résulte notamment de la mauvaise collaboration entre la Justice et les services d'assistance. D'une part trop peu d'injonctions thérapeutiques ont été prononcées, d'autre part elles ont parfois seulement été prononcées pour la forme. En outre, ce sont les conditions locales qui déterminent la politique

employée dans la pratique. Il s'avère ainsi que certains départements n'appliquent pas du tout l'injonction thérapeutique.

La législation officielle sur les stupéfiants -la loi et les circulaires émanant de la Justice- visent en principe à ne pas poursuivre les usagers. Les circulaires recommandent, dans le cas du cannabis, de se limiter à un avertissement, réservant l'injonction thérapeutique aux usagers d'héroïne et de cocaïne. On pourrait donc avoir l'impression que l'usage de drogue ne bénéficie pas de la priorité en matière de recherche. Les statistiques de la police montrent que c'est loin d'être le cas : les trois quarts des interpellations pour infraction à la loi sur les stupéfiants concernent des usagers de drogue. En 1994, on a compté 44.000 interpellations d'usagers sur un total de 60.000 interpellations liées à la drogue. Les deux tiers des (44.000) usagers arrêtés étaient des fumeurs de cannabis.

Une interpellation liée à la drogue ne donne pas toujours lieu à des poursuites. On raconte que les toxicomanes qui n'ont commis aucun autre délit, ne sont pas condamnés. Les chiffres de 1991 montrent également qu'au cours de l'année, plus de 4.000 condamnations ont été prononcées pour usage de drogue. Dans les deux tiers des cas, la peine de prison avait été prononcée, mais elle n'avait pas toujours été subie. Au 1er janvier 1994, 168 usagers étaient détenus en prison pour usage de drogue.

La combinaison soins-répression s'avère difficile à mettre en pratique. En France, l'accent est souvent mis sur la répression; ainsi, la présence de la police peut, dans certains cas, empêcher les usagers de s'adresser aux services de soins.

Chapitre 6 : Le système français d'aide aux toxicomanes

Le présent chapitre dresse un tableau des avis qui ont longtemps dominé le débat sur la drogue en France. Les psychiatres français ont joué un rôle prépondérant à cet égard. En effet, après l'entrée en vigueur de la loi de 1970 sur les stupéfiants, le gouvernement a quasiment confié aux psychiatres l'aide aux toxicomanes. En conséquence, l'accent a longtemps porté en France sur une approche clinique de l'usage de drogue. Le système français d'assistance, qui comporte une profonde composante analytique, recherchait les causes de l'usage de drogue surtout au niveau de l'individu. La "transgression" constitue le mot-clé de ce système. L'usage de drogue est considéré comme la violation d'une loi ou d'une norme civile et donc comme un signal que la vie du toxicomane n'est pas suffisamment structurée. En tout cas, le système français a tenu en premier lieu compte des problèmes individuels du toxicomane, et non pas du contexte social au sens plus large du terme.

Le fait que cette vision de la toxicomanie a longtemps prévalu en France et que, contrairement à la majorité des autres pays, elle n'a pas vraiment été concurrencée par d'autres optiques en matière d'usage de drogue et de toxicomanie, explique notamment pourquoi la France a adopté avec autant de retard une politique de réduction des risques. Les psychiatres français y étaient en effet opposés. Aux yeux de ceux qui étaient chargés de l'aide aux toxicomanes, la distribution de méthadone était un signe de faiblesse qui

négligeait le cœur du problème. Pour la même raison, ils s'opposaient à l'échange de seringues et à leur vente libre en pharmacie : il est incohérent d'interdire la drogue et en même temps de permettre de se l'injecter en vendant des seringues.²⁷⁵

Mis à part le fait que cette vision s'est maintenue jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, il convient d'y ajouter l'absence d'une bonne politique sanitaire en France. Les risques de contamination par le sida et d'usage de drogue par voie intraveineuse ont alors été gravement sous-estimés ou ignorés, de sorte que la nécessité de mettre en place des échanges de seringues et des programmes de méthadone n'a pas été reconnue non plus.

Le monopole des psychiatres dans le domaine de l'aide aux toxicomanes explique également pourquoi la relation entre la toxicomanie et le contexte socio-économique n'a pas été suffisamment envisagée. En effet, le système clinique français réduisait l'usage problématique de drogue aux problèmes de l'individu. Une telle vision peut sembler très étrange à une personne qui vient des Pays-Bas, où les sociologues s'intéressent depuis longtemps à la toxicomanie. La situation dans les quartiers défavorisés et les banlieues de villes comme Paris et Lille montre bien qu'il existe une relation manifeste entre l'usage problématique de drogue et les conditions socio-économiques. M. Godelle, directeur de l'association Itinéraires active dans les quartiers défavorisés de Lille, a déclaré qu'il avait eu beaucoup de mal à convaincre les responsables que la situation à Lille était bien plus qu'une accumulation de problèmes individuels, et que les toxicomanes n'avaient peut-être pas toujours automatiquement besoin d'un psychiatre.

Les raisons invoquées en France pour expliquer le phénomène de la toxicomanie semblent largement dépassées. Ce n'est pas pour rien que le rapport Henrion conclut en ce qui concerne la politique en matière de drogue que le système est peu innovant et que ses innovations sont toujours marginales et appliquées avec beaucoup de mal.²⁷⁶ On est en quelque sorte resté figé sur des méthodes datant des années soixante-dix, époque à laquelle le phénomène pouvait peut-être justifier en partie ces méthodes. Le problème de la toxicomanie, tel qu'il se manifeste aujourd'hui dans la France des années quatre-vingt-dix, relève bien moins de troubles d'origine juvénile que des conditions socio-économiques et de la situation dénuée d'avenir dans laquelle les jeunes grandissent. La misère sociale qu'ils connaissent engendre en réalité un marché potentiel pour un euphorisant comme l'héroïne.

Les années quatre-vingt-dix devaient voir la naissance d'une approche plus sociologique du problème de la toxicomanie en France. Elle a permis de passer finalement à une politique composée de mesures préventives, dont les programmes de méthadone et l'échange de seringues. Un passage officiel a eu lieu vers une politique de réduction des risques.

Chapitre 7 : La politique de soins des années quatre-vingt-dix.

Dans les années quatre-vingt-dix, la France commence à revoir sa politique en matière de drogue. Un revirement apparaît, mettant ainsi fin à une politique qu'Alain Ehrenberg avait qualifiée de triangle d'or "abstinence-désintoxication-éradication".²⁷⁷ En 1993, et surtout

en 1994, le gouvernement français est officiellement passé à une politique de réduction des risques.

Le fait que la France soit finalement passée à des programmes de substitution n'est pas tant imputable aux spécialistes (les psychiatres) chargés depuis des années de l'aide aux toxicomanes. Le gouvernement n'en est pas non plus responsable, même si certains hommes politiques ont joué un rôle prépondérant dans ce domaine. Ce revirement incombe beaucoup plus aux nouveaux mouvements qui sont intervenus dans l'aide aux toxicomanes. Qualifiés au départ de "militants, ces mouvements ont finalement atteint leurs objectifs.

Un nouveau mouvement, composé de différentes associations en faveur d'une politique de réduction des risques et rassemblé sous l'égide de "Limiter la casse" apparut d'un côté. De l'autre, certains généralistes "dévoués" se mirent de leur propre initiative et à contre-courant, à prescrire des médicaments, en l'absence de produits de substitution légaux comme la méthadone. Le plus connu de ces praticiens était Jean Carpentier. Il s'attaqua au problème et prescrivit à ses patients des opiacés en invoquant son devoir de médecin d'aider les toxicomanes. Carpentier n'était pas le seul à le faire, mais c'est un des rares médecins à avoir poursuivi cette pratique lorsque le Conseil national de l'Ordre des médecins a imposé des restrictions à la délivrance de tels produits aux toxicomanes. Jean Carpentier et les autres médecins "militants" furent vilipendés par leurs confrères et accusés d'être des "dealers en blouse blanche". Le Conseil national de l'Ordre des médecins priva pendant un mois Carpentier et ses collègues de leur droit d'exercer la médecine pour prescription non-réglementaire d'opiacés.

Les défenseurs de la prescription d'opiacés aux toxicomanes semblent avoir gagné la bataille. Le gouvernement Balladur, sous l'égide de Simone Veil et de son secrétaire d'Etat Douste-Blazy, a entamé des mesures de réduction des risques. Le nombre de places de méthadone est passé de 52 en 1993, à 525 en 1994 et à plus de 1.000 en 1995.

A la méthadone est venu s'ajouter le Subutex (buprénorphine à haute dose), destiné à mettre fin à la prescription illégale d'opiacés aux toxicomanes. Le Subutex peut désormais être prescrit par n'importe quel médecin. Le patient peut ensuite acheter le médicament en pharmacie et bénéficier d'un remboursement de 65% des frais. La méthadone au contraire ne peut pas être prescrite par le généraliste. Sa distribution aux usagers d'opiacés est réservée dans un premier temps aux centres spécialisés. Si l'état du patient reste entièrement stable (au niveau personnel, social et thérapeutique) après plusieurs mois de traitement, le patient pourra, à sa demande et à celle du médecin traitant, être adressé à un généraliste. Un contrat sera alors établi avec ce généraliste pour définir notamment la pharmacie chargée de délivrer la méthadone, qui est également remboursée à 65% par la sécurité sociale.

Les médecins généralistes occuperont une position prépondérante dans la prescription des produits de substitution. On note le rôle significatif de pionnier que la Mutualité française a joué dans ce domaine. Bien que l'intervention croissante des généralistes doive être considérée comme un élément positif, cette politique pose également des problèmes. Cela est dû principalement au nombre encore insuffisant de centres spécialisés et au fait qu'ils sont débordés. Le toxicomane qui désire être soigné à la méthadone doit d'abord

L'héroïne, la cocaïne et le crack en France

suivre pendant plusieurs mois un traitement dans un centre spécialisé. Les listes d'attente de ces centres sont longues, de sorte qu'un délai important s'écoulera avant que tous les intéressés aient vraiment droit à un traitement à la méthadone. On peut donc se demander comment les autorités prévoient d'atteindre le chiffre de 45.000 toxicomanes aux opiacés qui devraient bénéficier d'un traitement de substitution, objectif inscrit dans le programme gouvernemental de septembre 1995. Les moyens financiers nécessaires à cet effet n'ont d'ailleurs pas non plus été débloqués.

Annexe : Estimation du nombre de toxicomanes en France

La présente annexe étudie de plus près l'estimation du nombre de toxicomanes en France. Etant donné l'importance généralement accordée aux chiffres de prévalence – chiffres qui, extraits de leur contexte, risquent d'être mal interprétés – il est bon de préciser à quelle population cette estimation s'applique, et comment on est arrivé à ces chiffres. Comme on le verra, la marge d'erreur concernant ces chiffres est élevée car il s'agit seulement d'estimations grossières basées sur des présomptions, qui sont elles aussi sujettes à une certaine marge d'erreur.

Manque de données

Différents chiffres circulent en France en ce qui concerne le nombre de toxicomanes. Ce chiffre dépend notamment de ce qu'on entend par "toxicomane". En effet, la différence entre l'usager de drogue et le toxicomane n'est pas toujours établie; de plus, le type de drogue n'est pas toujours précisé, sans parler de la fréquence d'utilisation. Le statisticien René Padieu remarque que les estimations du nombre de toxicomanes ou d'usagers de drogue varient entre dix mille et quelques millions. Padieu affirme d'ailleurs qu'on l'ignore tout simplement.²⁷⁸

Cette profonde incertitude en ce qui concerne le nombre de toxicomanes est en partie imputable à la législation. En effet, la législation française sur les stupéfiants (la loi du 31 décembre 1970) garantit l'anonymat des personnes qui ont recours aux services d'aide aux toxicomanes. Il est donc impossible d'enregistrer, comme cela se fait aux Pays-Bas, les toxicomanes qui se présentent devant ces services (sous forme d'un système informatisé, par exemple).

La seconde explication du manque de données est que la toxicomanie n'est pas prioritaire au sein de la santé publique, comme il ressort des rares études épidémiologiques réalisées dans ce domaine.

Comme nous l'avons souligné plus haut, les estimations du nombre de toxicomanes varient entre quelques dizaines de mille et plusieurs millions. Les estimations qui tournent autour de quelques milliers de toxicomanes proviennent presque toujours des services de police, ou du service dont ils ressortent, le ministère de l'Intérieur. Michel Bouchet, chef de la brigade parisienne des stupéfiants a récemment affirmé au cours d'une émission télévisé que le nombre d'usagers de stupéfiants en France était de 52.000.²⁷⁹ En fait, ce chiffre concerne le nombre d'usagers de drogue interpellés en 1994, à savoir 52.518. Les estimations selon lesquelles le nombre d'usagers de drogue ou de toxicomanes atteindrait quelques millions sont basées – abusivement – sur un sondage de la SOFRES. Selon ce sondage, le nombre d'usagers de cannabis en France s'élèverait à 4,7 millions. Il s'agit uniquement ici d'une prévalence à vie de la tranche d'âge des 12 à 44 ans. Par ailleurs, ce sondage a été réalisé à une échelle trop réduite (N = 1.167) pour permettre de donner

trop de poids aux résultats de l'enquête; en tout cas moins de valeur qu'on ne lui accorde généralement, notamment dans les médias.

On ne répétera jamais assez que la France ne dispose pratiquement pas de données de prévalence fiables en ce qui concerne l'usage de drogue. La plupart des chiffres disponibles reposent sur des enquêtes réalisées à une échelle trop réduite pour qu'on puisse leur accorder une valeur scientifique. Les écarts importants qui apparaissent entre les chiffres tirés des différentes enquêtes traduisent d'ailleurs leur manque de fiabilité.²⁸⁰

Il existe certes quelques études qui ont été réalisées sur un échantillon suffisamment large pour justifier de telles déclarations; elles ont toutefois l'inconvénient de ne (presque) pas faire la distinction entre les types de drogues ou de ne (presque) rien dire de leur fréquence d'utilisation.²⁸¹ En France, on ne trouve pas non plus de chiffres concernant la prévalence à vie, la prévalence au cours de la dernière année, et la prévalence au cours du dernier mois pour un usage de drogue précis.

Les chiffres de prévalence sont volontiers utilisés par les hommes politiques pour démontrer la réussite ou l'échec d'une politique particulière. C'est pourquoi on demande parfois aux statisticiens de présenter certains chiffres, alors qu'ils ne disposent pas de sources fiables pour arriver à une telle évaluation. Cela arrive par exemple en France (et pas seulement dans ce pays).

Estimations officielles du nombre de toxicomanes

Si l'on prend les estimations du nombre de toxicomanes avancées sur le plan officiel, on remarque qu'il est généralement question de deux estimations. La première se situe entre 150.000 et 300.000 usagers, la seconde plus récente en date (1995) est de l'ordre de 160.000.

Le chiffre de 150.000 à 300.000 s'applique aux usagers de drogue ("tous produits"), c'est-à-dire aux personnes qui détournent les produits licites de leur usage, ou à celles qui ont régulièrement consommé des produits illicites au cours des derniers mois.²⁸² La nicotine et l'alcool ne sont cependant pas pris en compte. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), l'organisation interministérielle chargée de coordonner la politique en matière de drogue, a longtemps maintenu ces estimations.

Les estimations plus récentes, soit 160.000 usagers, concernent uniquement les héroïnomanes, en ajoutant toutefois qu'il s'agit d'une **estimation minimisante du nombre d'héroïnomanes qui ont eu recours au dispositif de soins.**²⁸³

Les deux estimations reposent sur les chiffres des établissements des soins et non pas sur des études de population. L'enquête annuelle du "Service des statistiques, des études et des systèmes d'information" (SESI), du ministère des Affaires sociales a servi de source à ces deux estimations. Ce service mène chaque année au mois de novembre une enquête auprès des visiteurs de trois types d'institutions : les centres spécialisés, les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés. On parle souvent d'"enquête de novembre" du fait qu'elle est réalisée au cours de ce mois. Faute de mieux, l'enquête de novembre du SESI constitue la principale source d'information dont la France dispose en ce qui concerne les toxicomanes. Le chiffre de 150.000 à 300.000 repose sur les données du SESI de 1990, celui de 160.000 sur les données de 1993.

Etant donné que la législation française sur les stupéfiants (la loi du 31 décembre 1970) garantit l'anonymat des personnes qui ont recours aux services d'aide aux toxicomanes, il est impossible d'enregistrer ceux qui s'y présentent. On ignore donc qui se présente dans ces services et quelle est la durée des contacts.

Une autre limite du système est que les institutions de soins n'enregistrent pas le nombre annuel de demandes d'assistance. Du moins, parmi les trois types d'institutions sus-mentionnés, seuls les centres spécialisés le font; ce n'est pas le cas des hôpitaux et des centres sociaux non spécialisés.

En fait, on connaît seulement le nombre exact de demandes d'aide auprès des institutions en question pour le mois de novembre, puisque c'est en novembre que le SESI mène son enquête.

Tableau B.1 Estimation du nombre de toxicomanes

Flux d'entrée annuel	Durée moyenne de la toxicomanie	
	8 ans	11 ans
19.300	154.400	212.300
26.600	188.800	292.600

Source: Costes (1992)

En résumé, on peut donc dire que les trois institutions disposent de données concernant le mois de novembre, et que (seuls) les centres spécialisés disposent également de données concernant toute l'année. Le nombre total de demandes d'aide liées à la toxicomanie dans ces (trois) institutions reste donc inconnu. On peut toutefois estimer ce nombre en étudiant le nombre de demandes d'aide notées dans l'année par les centres spécialisés. (Une fois de plus, seuls les centres spécialisés disposent de chiffres sur une base annuelle.) Le facteur ainsi obtenu pourra être répercuté sur le nombre de demandes au mois de novembre, de façon à arriver à une estimation du nombre de demandes d'aide liées à la toxicomanie (dans les trois institutions) sur une base annuelle.

Les données du SESI fournissent certaines informations concernant les personnes qui ont recours à ces trois structures de soins, ce qui ne signifie donc pas, comme le SESI le fait observer, qu'elles peuvent donner lieu à une estimation de la prévalence. L'enquête du SESI ne couvre en effet pas tous les toxicomanes et ne tient pas compte de certaines données, notamment celles des centres de soins proposant des séjours de longue (moyenne) durée, des cliniques générales et des généralistes.²⁸⁴ Simultanément, le SESI fait observer que certains toxicomanes n'ont aucun contact avec les structures de soins. Selon le SESI, ils sont marginalisés et maîtrisent plus ou moins leur toxicomanie, ou ils sont totalement intégrés socialement.²⁸⁵

Il est difficile toutefois de déterminer quelle frange des toxicomanes sont en contact avec les structures de soins. Selon le rapport annuel (1994) de la DGLDT, un toxicomane

sur deux échappe à ces structures.²⁸⁶ Le Ministère français des affaires sociales reconnaît lui-même que 50% à peine des toxicomanes font appel aux soins, et ajoute que ce sont notamment les plus marginaux d'entre eux qui échappent aux soins.²⁸⁷

Une estimation sur base de la théorie des populations stationnaires

Sur base des données de l'enquête de novembre du SESI, on peut procéder à une estimation du nombre de toxicomanes. Comme on l'a déjà indiqué, il existe deux estimations: 150.000-300.000 toxicomanes et 160.000 héroïnomanes. Ces deux estimations sont dues au statisticien Jean-Michel Costes, qui travaillait autrefois pour le Ministère des affaires sociales, et collabore aujourd'hui avec l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT).

Costes arrive à ces estimations en s'appuyant sur la théorie des populations stationnaires, empruntée à la démographie. Selon cette théorie démographique, la population (stationnaire) présente les caractéristiques suivantes : la population connaît un nombre constant (stationnaire), le nombre de naissances et de décès se compensant mutuellement. Pour obtenir la population totale, il suffit de prendre le produit du nombre de naissances annuelles et de l'espérance moyenne de vie.

Si l'on applique cette théorie à la population de toxicomanes, par afflux annuel, en ce compris les gens qui, pour une année déterminée, se présentent pour la première fois dans un organisme de soins; l'espérance de vie' quant à elle devient la durée moyenne de la toxicomanie. Le tableau ci-après explique quelles assumptions ont pu donner lieu à une estimation de 150.000 à 300.000 toxicomanes.

Le tableau révèle que l'estimation du nombre de toxicomanes considérée dépend en première instance de deux variables: l'afflux annuel de toxicomanes, c'est-à-dire le nombre de toxicomanes qui, chaque année, se présentent **pour la première fois** dans un organisme de soins, et la durée moyenne de la toxicomanie. Le nombre de toxicomanes est en fait le produit de ces deux variables.

Le tableau indique deux chiffres pour l'afflux annuel, 19.300 et 26.600. Ces chiffres sont hypothétiques, car imprécis. Comme indiqué plus haut, le nombre annuel de demandes d'aide auprès des centres de soins n'est pas connu, ce qui signifie bien entendu que l'on ignore également le nombre de personnes se présentant pour la première fois dans un organisme de soins. Ces chiffres sont toutefois disponibles pour les institutions spécialisées. L'écart entre les chiffres, 19.300 ou 26.600, s'explique par la diversité des assumptions considérées et la façon dont les chiffres fournis par les centres spécialisés sont extrapolés aux trois structures de soins.

Le calcul se base sur différentes assumptions, les chiffres du mois de novembre étant extrapolés – de façon quelque peu discutable – aux chiffres annuels, ce qui accroît considérablement la marge d'insécurité. On peut également soulever quelques doutes concernant la durée de la toxicomanie, supposée varier entre 8 et 11 ans. Il serait fastidieux de nous pencher ici sur les diverses parties de l'estimation, d'autant plus que celle-ci est quelque peu dépassée et que la définition des toxicomanes n'était pas des plus claires.

Il vaut donc mieux étudier d'un peu plus près l'estimation, plus récente, de 160.000 héroïnomanes.

L'estimation de 160.000 héroïnomanes

Dans une étude statistique récente, Jean-Michel Costes tente d'estimer le nombre de toxicomanes.²⁸⁸ Il fait observer qu'il s'agit ici d'une **estimation minimale du nombre d'héroïnomanes ayant eu recours aux structures de soins**. Par héroïnomanes, il faut comprendre ici : les personnes ayant consommé, durant les derniers mois, de l'héroïne (à titre de drogue primaire) de façon prolongée et régulière.²⁸⁹ Tout comme pour l'estimation précédente, par prestation de soins, l'auteur entend les trois structures susmentionnées, couvertes par l'enquête de novembre du SESI : centres spécialisés, hôpitaux et centres sociaux non spécialisés.

Nous avons déjà signalé qu'il existait d'autres structures de soins (dont les données ne sont donc pas considérées ici) et que tous les toxicomanes – on ignore dans quelle proportion – ne se soumettaient pas aux soins. L'estimation du nombre d'héroïnomanes présentée ici constitue donc un sous-groupe du nombre total de consommateurs d'héroïne et d'héroïnomanes.

Ici aussi, l'estimation fait appel à la théorie des populations stationnaires. La population totale de toxicomanes devient donc : l'afflux annuel d'héroïnomanes (qui se présentent pour la première fois dans un organisme de soins), multiplié par la moyenne.

Le nombre d'héroïnomanes se présentant pour la première fois, au cours d'une année donnée, dans un organisme de soins, est estimé à 20.000, la durée moyenne de la toxicomanie étant estimée pour sa part à 8 ans. Le nombre d'héroïnomanes devrait 'donc' atteindre au moins 160.000 personnes.

Les deux hypothèses sur lesquelles se base cette estimation présentent toutes deux une certaine marge d'insécurité.

La durée moyenne de la toxicomanie, évaluée à 8 ans, se base sur une (seule) étude, datant de 1991-92, menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).²⁹⁰ Si l'on excepte cette étude, une durée moyenne de huit ans semble naturellement fort peu probable.

Le chiffre de 20.000 héroïnomanes se présentant annuellement pour la première fois dans un organisme de soins soulève également quelques doutes. Ce chiffre n'est en effet pas connu, et pour l'obtenir, il a fallu se baser sur diverses hypothèses et extrapoler les chiffres du mois de novembre aux chiffres annuels.

Les chiffres de l'enquête de novembre 1993 révèlent que cette année-là, 9.000 héroïnomanes ont eu recours aux trois structures de soins. Pour 3.800 d'entre eux, il s'agissait d'une première. On ignore toutefois combien d'héroïnomanes se sont soumis aux soins pour l'ensemble de l'année 1993. Comme nous l'avons déjà expliqué, parmi les trois structures de soins dont les données sont utilisées ici, seuls les centres spécialisés conservent le nombre de demandes d'aide annuelles. Il est donc possible d'étudier, pour ces centres spécialisés, le rapport entre le nombre de demandes d'aide de novembre et

celui de l'ensemble de l'année. (Une fois encore, cette comparaison n'est possible que dans les centres spécialisés, les hôpitaux et les centres sociaux non spécialisés ne possédant que les données de novembre).

Il apparaît qu'en 1993, 9.500 héroïnomanes ont eu recours pour la première fois aux structures de soins et qu'en novembre, ils étaient 1.800, soit un facteur de 5,3. Cela signifie donc – et c'est pour le moins étonnant – que le nombre d'héroïnomanes s'étant présentés dans les centres de soins en 1993 était 5,3 fois plus élevé que le nombre signalé au mois de novembre. En d'autres termes, en novembre, un nombre d'héroïnomanes supérieur à la normale auraient fait appel aux structures de soins. (Bien sûr, l'arrivée de l'hiver pourrait expliquer en partie le phénomène).

Ensuite, le facteur 5,3 est élargi à l'ensemble des trois structures de soins. Le nombre d'héroïnomanes s'étant soumis aux soins en novembre 1993 est donc multiplié par 5,3, ce qui permet d'estimer le nombre total pour 1993. Etant donné qu'en novembre 1993, ils étaient 3.800, on en arrive à $(3.800 \times 5,3)$ 20.000.

Les deux assomptions selon lesquelles les héroïnomanes se chiffrent à 160.000 personnes sont donc sujettes à caution. Cela signifie qu'au moins 160.000 héroïnomanes se sont soumis aux soins, ce à quoi Costes ajoute que la marge d'insécurité, impossible à calculer avec précision, est importante. La seule certitude dont nous disposons, c'est que les héroïnomanes se chiffrent à 160.000 individus au moins. En d'autres termes, il s'agit là d'une estimation minimale.

Vu la nature de la publication dans laquelle figure l'estimation de Costes – la première étude statistique d'ensemble sur les drogues et la toxicomanie menée par les instances gouvernementales concernées – il est probable que, en tout cas provisoirement, cette estimation fera figure de norme 'officielle'.

Personnes consultées

- Patrick Aeberhard, cardiologue, président d'honneur de *Médecins du monde*.
- José Bayer, directeur de l'association d'aide aux toxicomanes *A.I.D.E.*, Lille.
- Dominique Boubilley, médecin, service de toxicomanie de l'hôpital *Marmottan*, Paris.
- Différentes collaboratrices du *Bus des femmes*, Paris.
- Chloé Carpentier, démographe auprès de l'*Observatoire français des drogues et de la toxicomanie* (OFDT), Paris.
- Jean Carpentier, médecin, président du réseau de médecins *REPSUD*, Paris.
- Clotilde Carrandié, documentaliste à l'hôpital *Marmottan*, Paris.
- Denise Cassin, *Médecins du monde*, Paris.
- Anne Coppel, sociologue, cliniques *Liberté* (Bagneux) et *Tolbiac* (Paris), *Limiter la casse*.
- J.R. Courtiol, médecin, *Conseil national de l'Ordre des médecins*.
- Dominique Duprez, sociologue, *Institut fédératif de recherche sur les économies et les sociétés industrielles* (IFRESI), Lille.
- Différents collaborateurs d'*E.G.O.*, association d'aide aux toxicomanes du quartier de la Goutte d'or, Paris.
- Alain Ehrenberg, sociologue, *Ecole des Hautes études en sciences sociales*, co-directeur du groupe d'étude du CNRS *Psychotropes, politique, société*.
- Laurence Folléa, *Le Monde*.
- Patrick Godelle, directeur du Club de prévention *Itinéraires*, Lille.
- Roger Henrion, professeur de médecine, président de la Commission Henrion.
- François-Rodolphe Ingold, psychiatre, *Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance* (IREP), Paris.
- Différents animateurs de quartier du Club de prévention *Itinéraires*, Lille.
- Jean-Paul Jean, magistrat, ministère de la Justice.
- Michel Kokoreff, sociologue, *Université de Lille I*.
- Michel Koutouzis, *Observatoire géopolitique des drogues* (OGD), Paris.
- Alain Labrousse, directeur de l'*Observatoire géopolitique des drogues* (OGD).
- Nacer Lalam, sociologue, *CIREC, Ecole des Hautes études en sciences sociales*.
- Bertrand Lebeau, médecin, *Médecins du monde*.
- Dominique Pécheux, statisticien auprès de l'*Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants* (OCRTIS), ministère de l'Intérieur.
- Patrick Sansoy, responsable de la recherche auprès de la *Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie* (DGLDT), ministère de la Ville et de l'Intégration.
- Michel Schiray, économiste, *CIREC, Ecole des Hautes études en sciences sociales*, co-directeur du groupe d'étude du CNRS *Psychotropes, politique, société*.
- Malika Tagounit, présidente de *Limiter la casse*.
- Mohammed Toussirt, sociologue, association d'aide aux toxicomanes *La Boutique* et actif auprès de l'*Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance* (IREP).
- Monique Weinberger, sociologue, *CNRS*.
- Michel Wiewiorka, sociologue, directeur d'étude à l'*Ecole des Hautes études en sciences sociales*.

Bibliographie

- Actuel*, "Y a-t-il du crack en France", décembre 1989
- Addiction Research* (1994), Vol 2, n° 1.
- Antoine Delphine, SESI, "Les toxicomanes et le système sanitaire et social en 1992", *Informations rapides*, N° 52, mars 1994, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Association Charonne (1994), *La Boutique. Rapport d'activité, 1ère année d'expérience, juillet 1993 - juillet 1994*, Paris : Association Charonne.
- Bachmann, Christian & Anne Coppel (1989), *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui* (paru antérieurement sous le nom de : *Le Dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*), Paris : Albin Michel.
- Bernat de Célis, Jacqueline (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite des stupéfiants*, Paris : Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP).
- Boekhout van Solinge, Tim, "Cannabis in Frankrijk" dans : Peter Cohen & Arjan Sas (red.) (1996) *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten* (La politique en matière de cannabis en Allemagne, en France et aux Etats-Unis), Amsterdam : CEDRO, Centre de recherche sur la drogue, Université d'Amsterdam.
Online : <http://www.frw.uva.nl/cedro/library/Drugs16/CanFrNL.html>
- Boullenger, Nelly (1995), *Approche ethno-sociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint-Denis*, Paris : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), Association Descartes.
- Carpentier, Chloé & Jean-Michel Costes (1995), *Drogues et toxicomanies. Indications et tendances*, Paris : Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) & Observatoire français des drogues et des toxicomanes (OFDT).
- Carpentier, Jean (1994), *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Paris : Ellipses.
- Cohen, Peter & Arjan Sas (1996) (red.) *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten* (La politique en matière de cannabis en Allemagne, en France et aux Etats-Unis), Amsterdam : CEDRO, Centre de recherche sur la drogue, Université d'Amsterdam.
- Communications (1996), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*, Paris : Seuil.
- Conseil national des villes & Maison des sciences de l'homme (1994), *L'économie souterraine de la drogue*, La Plaine-Saint-Denis/Paris : Conseil national des villes/Maison des sciences de l'homme.
- Conseil national du sida (1993), *Toxicomanie et sida. Rapport et Avis du Conseil national du sida relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues*.
- Costes, Jean-Michel (1992), *Pour une estimation du nombre de toxicomanes*, Paris : ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

- CRIPS (1995) *Le crack. De l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve*, 21ème rencontre du CRIPS (suite au congrès du 31 mai 1995).
- Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 21 septembre 1993*.
- Direction générale de la santé (DGS), *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.
- Direction générale des douanes et droit indirects, "La Douane et la lutte contre la drogue et la toxicomanie" dans : *Les notes bleues de Bercy*, 1-15 juin 1995, ministère du Budget.
- Duprez, Dominique, Michel Kokoreff & Alain Verbeke (1995), *Des produits aux carrières. Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants* (rapport d'étape d'une recherche en cours), Lille : IFRESI.
- Ehrenberg, Alain (1995), *L'individu incertain*, Paris : Calmann-Levy.
- Ehrenberg, Alain, "Contre les théologies antidrogues", dans *Libération*, 15 février 1996.
- Europol/Europol Drugs Unit (1995), *Drugs Seizures Statistics* (Statistiques des saisies de drogue), La Haye : Europol/EDU.
- L'Événement du jeudi*, "Drogue ou produits de substitution. Sanctionnés pour avoir "sauvé" des toxicos, 1-7 décembre 1994.
- L'Express*, "Rue du crack", 6 mai 1993.
- Facy, F. & E. Le Huede (1992), *Etude épidémiologique des centres de post-cures 1989-1991*, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Françoise Facy (1991), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990*, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Facy, Françoise, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées 1991-92*, INSERM. *Le Figaro*, 16 février 1994.
- France Soir*, "Stalingrad, tout un quartier contre la drogue", 13 octobre 1994
- Geismar-Wieviorka, Sylvie (1995), *Les toxicomanes*, Paris : Seuil.
- Ghysel, Michel (1996), *Rapport d'information sur la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie*, rapport à l'Assemblée nationale.
- Haut-Comité de la Santé publique (1995), *La santé en France - Rapport général*, Paris : la Documentation française.
- Henrion, R. (1995), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Impact Médecin Hebdo*, "La France au bord du crack", n°282, 26 mai 1995.
- Ingold, F.R. & M. Toussirt, Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP), "La transmission du VIH chez les toxicomanes dans trois villes de France : implications pour la prévention dans : *Bulletin des stupéfiants*, vol. XLV n° 1, 1993, pp. 125-142.
- Ingold, François-Rodolphe & Mohammed Toussirt (1994), *La consommation du "crack" à Paris en 1993: données épidémiologiques et ethnographiques*, Paris : Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP).
- IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*, Paris : Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP).

- Itinéraires (1994), *Rapport d'activités 1994*, Lille : Itinéraires.
- Jean, Jean-Paul, "Réflexion sur les problèmes de drogue et de toxicomanie" dans : *Interventions*, n° 50, juillet 1995.
- Korf, Dirk J. (1995), *Dutch Treat. Formal control and illicit drug use in the Netherlands*, Amsterdam : Thesis Publishers.
- Kort, M. de (1995), *Concept vooronderzoek drugsbeleid in Nederland* (Concept d'étude préliminaire sur la politique néerlandaise en matière de drogue), Zoetermeer : Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG).
- Lecomte, D., F. Hatton, L. Michel & A. Le Toulec, "Décès par usage de stupéfiants en Ile-de-France", étude conjointe de l'Institut médico-légal & INSERM, dans : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35, 1994.
- Leroy, Bernard (1995), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans les législations européennes en 1995*, Vienne : UNDCP (PNUCID).
- Libération*, "L'usage du crack s'étend autour de Paris", 22 mars 1994.
- Masson, Paul (1996), *Rapport sur la convention d'application de l'accord de Schengen*, rapport au premier ministre Juppé.
- Ministère de l'Intérieur (1995), *Dossier Stups*, n° 8, avril 1995.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), *Premier bilan du plan de lutte contre la drogue*, Paris.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes* (Dossier Presse), Paris.
- Ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports, ministère de la Justice et ministère de l'Intérieur (1995), *La politique néerlandaise en matière de drogue. Continuité et changement*, La Haye : SDU.
- Le Monde*, différents numéros.
- Observatoire géopolitique des drogues (1994), *Etat des drogues, drogue des Etats*, Paris : Hachette.
- Observatoire géopolitique des drogues (1995), *Géopolitiques des drogues 1995*, Paris : La Découverte.
- Observatoire géopolitique des drogues, *La Dépêche internationale de drogues*, mensuel publié en anglais, en français et en espagnol. Différents numéros.
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS) 1995, *Usage et trafic de stupéfiants. Les statistiques de l'année 1994*, Nanterre : ministère de l'Intérieur.
- Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS) 1996, *Usage et trafic de stupéfiants. Les statistiques de l'année 1995*, Nanterre : ministère de l'Intérieur.
- Ogien, Albert & Patrick Mignon (1994), *La demande sociale de la drogue*, Paris : La Documentation française.
- Ordre des médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial toxicomanie*, septembre 1995.
- Organisation mondiale des douanes/World Customs Organization (1995), *Douanes et Drogues 1994*, Bruxelles.
- Padiou, René (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, Paris : La Documentation française.

- Panorama du médecin*, 30 novembre 1993.
- Paris Match*, "Alerte! Le crack arrive en France", 23 décembre 1993.
- Pelletier, Monique (1978), *Problèmes de la drogue*, Paris : La Documentation française.
- Reinarman, Craig, Sheigla Murphy & Dan Waldorf, "Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaine abuse and addiction" in *Addiction Research* (1994), Vol. 2, n° 1, pp. 21-36.
- Schiray, Michel (red.) (1992), *Penser la drogue, penser les drogues. II - Les marchés interdits de la drogue*, Paris : Editions Descartes.
- Schnee, Thomas, "Allemagne, nouveau paradis mafieux?", *Le Monde Diplomatique*, avril 1994.
- Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) (1995), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993* ("enquête de novembre"), ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Six, Carole, Françoise Hamers, Rosemary Ancelle-Park & Jean Baptiste Brunet (1995), *Enquête semestrielle sur l'infection au VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, Saint-Maurice : Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Hôpital national de Saint-Maurice.
- Stengers, Isabelle & Olivier Ralet (1991), *Drogues. Le défi hollandais*, Paris : *Les empêcheurs de penser en rond*.
- Les Temps Modernes* (1993), "Toxicomanie, sida, exclusion", 49ème année, octobre 1993, N° 567.
- Timbart, Odile (1995), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*, Etudes & Statistiques Justice 4, Paris : ministère de la Justice.
- Trautmann, Cathérine (1990), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, Paris : La Documentation française.
- Wesseling, H.L. (1987), *Vele ideeën over Frankrijk* (Plusieurs idées sur la France), Amsterdam : Bert Bakker.

Notes

- ¹ Lire Alain Ehrenberg, 'Contre les théologies antidrogues' dans *Libération*, 15 février 1996.
- ² Le titre antérieur de cette publication était : *La situation en ce qui concerne le cannabis en France*.
- ³ Les études épidémiologiques pourraient être de précieuses sources d'information dans ce domaine; ce genre d'étude est rare en France.
- ⁴ Cependant, cette estimation de 10% n'est pas fondée scientifiquement.
- ⁵ L'Observatoire géopolitique des drogues est une organisation d'étude internationale qui travaille en collaboration avec des experts de nationalités différentes. Ses publications sont éditées en français et son bulletin mensuel est disponible en français, en anglais et en espagnol.
- ⁶ On ne connaît pas encore les chiffres détaillés de 1995, raison pour laquelle ils ne sont pas utilisés partout.
- ⁷ Observatoire géopolitique des drogues (1995) : *Géopolitique des drogues 1995*, p. 6.
- ⁸ Comme c'est souvent le cas parmi les mouvements indépendantistes, le trafic de drogue représente une source de revenus pour le mouvement kurde PKK, Parti des travailleurs du Kurdistan. Les autorités turques attribuent souvent l'entière responsabilité du trafic d'héroïne au PKK. Selon les estimations, 20% à 30% de l'héroïne qui transite par la Turquie est aux mains du PKK. Lire l'Observatoire géopolitique des drogues (1995), op. cit. p. 44-45.)
- ⁹ "Turquie : l'espace unique des maffyas" dans *La Dépêche internationale des drogues*, n° 48, octobre 1995, p. 1-4. Lire également "Schengen, espace des paradoxes" dans *La Dépêche internationale des drogues*, n° 49, novembre 1995, p. 4.
- ¹⁰ Ibid. p. 42-44.
- ¹¹ Des facteurs plus importants sont la proximité relative du Nord de la France et les liens qui existent entre Rotterdam et Lille, villes aux vastes communautés marocaines (Rifains).
- ¹² Organisation mondiale des douanes, *Douanes et Drogues 1994*.
- ¹³ Il faut dire que les trafiquants peuvent se permettre de perdre de grosses cargaisons de cocaïne, étant donné la surproduction.
- ¹⁴ Cette cargaison a d'ailleurs "disparu" en Tanzanie, peu après sa saisie (Source : OGD).
- ¹⁵ La plupart des chiffres mentionnés ici concernent l'année 1994. On dispose de chiffres détaillés pour cette année, ce qui permet une analyse de la situation. Dans certains cas, nous avons utilisé les chiffres de 1995.
- ¹⁶ Voir tableau au paragraphe suivant.
- ¹⁷ Encore une fois, même l'estimation de 10% n'a aucune base scientifique.
- ¹⁸ Direction générale des douanes et droits indirects, "La Douane et la lutte contre la drogue et la toxicomanie".
- ¹⁹ Ibid.

- ²⁰ Ibid.
- ²¹ Observatoire géopolitique des drogues (1995), op. cit. p. 129.
- ²² L'Observatoire géopolitique des drogues souligne que la contrebande utilise souvent des réseaux existants. L'héroïne d'Afrique de l'Ouest transite ainsi par le Maroc en direction de l'Europe, tandis que la cocaïne en provenance du Brésil atteint ce marché via la Turquie.
- ²³ Paul Masson (1996), *Rapport sur la convention d'application de l'accord de Schengen*, p. 65.
- ²⁴ Direction générale des douanes et droits indirects, op. cit.
- ²⁵ Rapport annuel 1995 de l'OCRTIS. Voir aussi le Tableau 1.1.
- ²⁶ Selon Michel Koutouzis de l'Observatoire géopolitique des drogues (interview de février 1996 à Paris). Lire à ce sujet l'article "Allemagne, nouveau paradis mafieux ?" de Thomas Schnee dans *Le Monde diplomatique* d'avril 1994.
- ²⁷ Ce chiffre est tiré du rapport sur la drogue : Ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports, ministère de la Justice et ministère de l'Intérieur (1995), *La politique néerlandaise en matière de drogue. Continuité et changement*, p. 9.
- ²⁸ Observatoire géopolitique des drogues (1995), op. cit. p. 72.
- ²⁹ C'est-à-dire : la mieux surveillée par rapport aux autres frontières. Le taux d'occupation des postes douaniers à cette frontière serait supérieur à ceux des autres frontières.
- ³⁰ On ne dispose pas de données sûres en ce qui concerne le taux de pureté de l'héroïne. Les héroïnomanes français qui ont visité les Pays-Bas en narco-touristes, soulignent souvent la meilleure qualité de l'héroïne néerlandaise.
- ³¹ On peut donc se demander pourquoi - par exemple - aussi peu de Belges viennent acheter leur héroïne aux Pays-Bas, et de là, pourquoi le prix de l'héroïne est si élevé en France par rapport à la Belgique, à l'Allemagne et aux Pays-Bas.
- ³² Les quantités exactes (en kilos) figurent dans le tableau suivant :

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Allemagne	727	847	1.595	1.438	1.095	1.590
Italie	648	900	1.541	1.358	651	1.149
France	295	405	561	327	386	661
Grand-Bretagne	351	603	493	547	655	793
Pays-Bas	492	532	406	570	916	246
Espagne	713	886	741	672	604	824

- ³³ Leclair l'a déclaré le 14 février 1996 à l'occasion du séminaire *Drogues et médias*, organisé par l'Observatoire géopolitique des drogues, la Fondation pour le progrès de l'homme et l'Association de la presse étrangère.
- ³⁴ OCRTIS (1995), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1994*, p. 52.
- ³⁵ En effet, Masson ne fait pas état de sources précises dans son rapport. Les chiffres qu'il cite sont - très - subjectifs et ne correspondent pas à ceux de l'OCRTIS du ministère

- français de l'Intérieur. Lire: Paul Masson (1996), op. cit. et OCRTIS (1996), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1995*.
- ³⁶ Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, "La France" dans : Schiray (red.) (1992), *Penser la drogue, penser les drogues. II - Les marchés interdits de la drogue*, p. 146.
- ³⁷ Ministère de l'Intérieur (1995), *Dossier Stups n° 8*, avril 1995.
- ³⁸ Données tirées d'une étude-pilote du groupe Pompidou.
- ³⁹ Nelly Boullenger (1995), *Approche ethno-sociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint-Denis*, p. 56.
- ⁴⁰ C'est ce qui est ressorti d'entretiens menés avec les usagers (lire aussi le chapitre 4).
- ⁴¹ Données communiquées par le groupe Pompidou.
- ⁴² Ibid.
- ⁴³ Lire aussi Boullenger (1995), op. cit. p. 56. Pour les surdoses, se reporter au chapitre 2.
- ⁴⁴ Les usagers racontent que la dose proposée est souvent dissimulée dans la bouche, derrière les dents; l'héroïne à gauche et le crack à droite. Les stocks plus importants sont cachés dans l'anus. Le revendeur doit se rendre dans des toilettes publiques pour y accéder.
- ⁴⁵ Lire à ce sujet Tim Boekhout van Solinge dans : Peter Cohen & Arjan Sas (1996), op. cit.
- ⁴⁶ Il existe indubitablement d'autres cafés où l'on peut acheter de l'héroïne. Les exemples évoqués ici sont connus.
- ⁴⁷ Je me suis personnellement rendu dans des endroits de ce genre situés dans les quartiers défavorisés des départements de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.
- ⁴⁸ Lire par exemple Carole Six et al (1995), *Enquête semestrielle sur l'infection au VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*.
- ⁴⁹ Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 21 septembre 1993*, p. 5.
- ⁵⁰ René Padiou (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, p. 27.
- ⁵¹ Jean-Michel Costes, "Une estimation de prévalence" dans : Carpentier & Costes (1995), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, p. 44-45.
- ⁵² Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, "La France " dans : Schiray (red.) (1992), op. cit. p. 137-138.
- ⁵³ "Consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites, prolongée et régulière au cours des derniers mois."
- ⁵⁴ Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 44-45. C'est le premier aperçu statistique sur les drogues, les toxicomanes et l'aide aux toxicomanes, ce qui en fait un "ouvrage de référence".
- ⁵⁵ Pour plus de précision, nous citons : "Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l'héroïne au cours des derniers mois qui ont ou auront recours au système sanitaire et social." Extrait de : Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 45.
- ⁵⁶ Cette durée moyenne de la toxicomanie repose sur les données de 1993 du SESI et sur une étude de F. Facy, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées en 1991-1992*.

- ⁵⁷ Costes dans : Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 45.
- ⁵⁸ Ibid.
- ⁵⁹ Voir au chapitre suivant.
- ⁶⁰ Voir SESI, op. cit. ou Costes dans : Carpentier & Costes (1995), op. cit.
- ⁶¹ Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993*, p. 19.
- ⁶² Rapport Henrion (1995), p. 31.
- ⁶³ Rapport Henrion (1995), op. cit. 31. La source utilisée est : Schiray (red.) (1992), op. cit. Lire p. 137-141.
- ⁶⁴ Interview d'Anne Coppel, Paris, novembre 1995.
- ⁶⁵ "(...) un toxicomane sur deux ne fréquente pas le dispositif de soins (...)", DGLDT (1995), *Rapport sur l'activité interministérielle en 1994*, p. 6.
- ⁶⁶ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), *Premier bilan du plan de lutte contre la drogue*, p. 2.
- ⁶⁷ Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 49-77.
- ⁶⁸ Ils "chassent le dragon" selon l'expression consacrée.
- ⁶⁹ "Médicaments psychotropes : une société sur ordonnance ?" dans Patrick Mignon (1993), *Les toxicomanies légales (Alcool, tabac, médicaments)*.
- ⁷⁰ A titre de comparaison : selon le GG&GD (Services de santé publique néerlandais), à Amsterdam le prix du Rohypnol varie entre 5 et 7,5 florins dans la rue. Un prix nettement plus élevé qu'à Paris, surtout si on se rappelle que l'héroïne coûte nettement moins cher à Amsterdam qu'à Paris. Le prix bas à Paris confirme l'offre abondante.
- ⁷¹ Le Skenan et le Moscontin ne sont pas vendus aux Pays-Bas. Le Moscontin est comparable au MS Contin.
- ⁷² Voir chapitre 7.
- ⁷³ Le Comité de suivi (médical) du département de Paris a en tout cas pu retrouver 1.500 personnes auxquelles on prescrivait du sulfate de morphine.
- ⁷⁴ Dans le rapport annuel de l'OCRTIS, on peut lire que 435 de vols de ce type ont été perpétrés en 1994. Ce nombre n'a pas cessé de diminuer depuis l'année record de 1983, avec 1361 vols.
- ⁷⁵ Voir aussi Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 65.
- ⁷⁶ Rapport Henrion, op. cit. p. 16.
- ⁷⁷ Les sources qui sont mentionnées dans le Tableau 2.3 : le SESI (soins) et l'OCRTIS.
- ⁷⁸ Il s'agit des cas de surdose connus de l'OCRTIS. On estime à 90% les surdoses dues à l'usage d'héroïne. Le nombre réel de surdoses est vraisemblablement supérieur (lire plus loin le chapitre Mortalité.)
- ⁷⁹ C'est ce qu'on appelle le "droit du sol". Il a été supprimé depuis quelques années par la nouvelle législation (les "lois Pasqua"), qui oblige l'étranger à déposer une demande de nationalité française à l'âge de 18 ans.
- ⁸⁰ Association Charonne (1994), *La Boutique. Rapport d'activité, 1ère année d'activité, juillet 1993 - juillet 1994*, p. 16.

- ⁸¹ C'est un des aspects qui m'ont frappé lors d'entretiens avec des travailleurs sociaux dans les quartiers défavorisés de Paris et de Lille.
- ⁸² Lire à ce sujet le chapitre 6.
- ⁸³ Ce point de vue dominant en matière de toxicomanie explique pourquoi la France s'est lancée tardivement dans des programmes d'échange de seringues et de substitution, et qu'elle ait entamée une politique plutôt préventive. Ce type de mesures était en effet considéré comme un signe de faiblesse par les psychiatres (accepter le fait que les gens se droguent), permettant seulement de lutter contre les symptômes d'un phénomène aux causes bien plus profondes. L'épidémie de sida a finalement obligé les responsables à entamer une politique de prévention des risques. (Lire aussi les chapitres 6 et 7).
- ⁸⁴ On appelle ici "catégorie supérieure" : entre 65 et 78 héroïnomanes par 100.000 habitants qui ont eu recours aux services d'aide aux toxicomanes en 1993. Ce rapport ne donne donc aucune précision sur le nombre total de toxicomanes et peut seulement servir d'indicateur.
- ⁸⁵ Interview de Jean Carpentier, Paris, novembre 1995.
- ⁸⁶ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), op. cit. p. 2.
- ⁸⁷ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), op. cit. p. 3.
- ⁸⁸ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, *Surveillance du sida en France*, n° 8/1995, 21 février 1995.
- ⁸⁹ Ibid.
- ⁹⁰ SESI (1995), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993*, p. 9-10 et 24.
- ⁹¹ Voir au chapitre 7.
- ⁹² *L'Etude épidémiologique des centres de post-cures 1989-1991* de F. Facy & E. Le Huede (1992) sert ici de source.
- ⁹³ Conseil national du sida (1993), *Toxicomanie et sida* p. 4.
- ⁹⁴ Les Centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement (CSSTH). Pour cette enquête, lire Carole Six et al. (1995), op. cit.
- ⁹⁵ F. Facy, *Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées 1991-1992*.
- ⁹⁶ F.R. Ingold & M. Toussirt, Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP), *La transmission du VIH chez les toxicomanes dans trois villes de France : implications pour la prévention*.
- ⁹⁷ Conseil national du sida, op. cit. p. 5.
- ⁹⁸ Ibid.
- ⁹⁹ Le congrès "*La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*", organisé le 18 novembre 1995 à la Sorbonne à Paris.
- ¹⁰⁰ Conseil national du sida, op. cit. p. 5
- ¹⁰¹ Etienne Caniard a prononcé, au nom de la Mutualité française, le discours d'introduction du congrès *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*. La caisse d'assurance-maladie Mutualité française s'occupe intensément du problème de la toxicomanie depuis 1994.

- ¹⁰² Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994b), *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes (Dossier presse)*, Paris.
- ¹⁰³ OCRTIS (1991), op. cit. p. 10.
- ¹⁰⁴ Ibid.
- ¹⁰⁵ A l'occasion du congrès du 18 novembre 1995 organisé par la Mutualité française.
- ¹⁰⁶ Carpentier & Costes, p. 68.
- ¹⁰⁷ Lire : D. Lecomte, F. Hatton, L. Michel & A. Le Toulec, "Décès par usage de stupéfiants en Ile-de-France", étude conjointe réalisée par l'Institut médico-légal et l'INSERM dans : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35, 1994.
- ¹⁰⁸ Pour une analyse détaillée des estimations, se reporter à l'annexe.
- ¹⁰⁹ L'Observatoire géopolitique des drogues estime que la Bolivie, la Colombie et le Pérou produisent ensemble assez de coca pour fabriquer 1.000 tonnes de cocaïne, alors que la demande mondiale est estimée à 650 tonnes. Lire : Observatoire géopolitique des drogues (1994), op. cit. p. 189.
- ¹¹⁰ L'Observatoire géopolitique des drogues, qui dispose d'estimations quant à la production, se penche depuis quelque temps sur cette question et a récemment entamé une étude intitulée : *Où va la cocaïne en Europe ?*
- ¹¹¹ Europol/Europol Drugs Unit (1995), op. cit.
- ¹¹² Organisation mondiale des douanes (World Customs Organisation) (1995), *Douanes et drogues 1994*.
- ¹¹³ On le constate en comparant les saisies d'héroïne réalisées en Asie, en Europe de l'Est et du Sud-Est d'une part, à celles réalisées en Europe de l'Ouest d'autre part.
- ¹¹⁴ C'est ce qui est ressorti d'entretiens menés auprès de différents usagers. Lire également François-Rodolphe Ingold & Mohammed Toussirt (1994), *La consommation du "crack" à Paris en 1993 : données épidémiologiques et ethnographiques*, p. 4.
- ¹¹⁵ OCRTIS (1995), *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1994*, p. 63.
- ¹¹⁶ Interview de François-Rodolphe Ingold à Paris, novembre 1995.
- ¹¹⁷ Ibid. p. 62.
- ¹¹⁸ Contrairement aux Pays-Bas, officiellement il n'existe pas de minorités ou d'allochtones (enfants d'immigrés) en France. Il y a des Français et des non-Français; récemment encore on ne parlait presque jamais d'"Antillais".
- ¹¹⁹ Lire par exemple l'*Express*, 6 mai 1993.
- ¹²⁰ Les habitants des environs de Stalingrad ont déjà manifesté à plusieurs reprises contre les nuisances causées par la drogue dans leur quartier. Lire par exemple : *France-Soir*, 13 octobre 1994 et *Libération*, 22 mars 1994.
- ¹²¹ Marialuisa Cesoni & Michel Schiray, "La France" dans : Schiray (red.) (1992), op. cit. p. 146 et 155.
- ¹²² IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*, p. 18. Lire également l'aperçu d'Ingold & Toussirt repris dans Carpentier & Costes, op. cit. p. 96 à 97.
- ¹²³ *Dossier Stups*, n° 8, avril 1995, Ministère de l'Intérieur. Le taux de pureté n'est pas précisé.

- ¹²⁴ Le “reste” correspond ici aux régions qui échappent aux autres catégories de “600-800 francs” et de “plus de 1.000 francs”.
- ¹²⁵ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 10.
- ¹²⁶ Interview de Michel Koutouzis, Paris, février 1996.
- ¹²⁷ Lire Carpentier & Costes, op. cit. p. 97.
- ¹²⁸ Informations communiquées par le groupe Pompidou.
- ¹²⁹ Lire par exemple : *Actuel*, “Y a-t-il du crack en France ?”, décembre 1989; Paris-Match “*Alerte ! Le crack arrive en France*”, 23 décembre 1993 et l'Express, “*Rue du crack*”, 6 mai 1993.
- ¹³⁰ Craig Reinerman et al., “Pharmacology is not a destiny : the contingent character of cocaine abuse and addiction” in : *Addiction Research* (1994), Vol. 2, n° 1, p. 22. (“*La pharmacologie n'est pas une fatalité : le caractère aléatoire de l'usage abusif de cocaïne et de la dépendance*”).
- ¹³¹ Carpentier & Costes (1995), op. cit. p. 60.
- ¹³² Lana D. Harrison, “Cocaine usage careers in perspective” dans : *Addiction Research* (1994), Vol. 2, n° 1, p. 1-20.
- ¹³³ *Addiction Research* (1994), Vol. 2, n° 1.
- ¹³⁴ IREP (1992), *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*.
- ¹³⁵ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 7.
- ¹³⁶ Ibid. p. 8.
- ¹³⁷ Ibid. p. 8.
- ¹³⁸ Caillou est l'équivalent de l'anglais “*rock*”.
- ¹³⁹ Lire par exemple le dossier publié par Eric Villet en décembre 1989 dans la revue *Actuel* sous le titre : “Y a-t-il du crack en France ?”
- ¹⁴⁰ Ibid. p. 6.
- ¹⁴¹ Lire au sujet de ce malentendu : Philippe Bordes, “La géopolitique du crack” dans : CRIPS (1995), op. cit.
- ¹⁴² Bien que la signification des chiffres des interpellations par la police ne soit pas toujours claire : une aggravation du phénomène ou un renforcement des activités policières, à savoir une recherche plus ciblée.
- ¹⁴³ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 6. Lire aussi : Laurence Folléa “Les menaces du crack”, *Le Monde*, 13 avril 1994.
- ¹⁴⁴ Delphine Antoine (1994), *Les toxicomanes et le système sanitaire et social en 1992*. (Brève analyse des résultats de l'*Enquête de novembre 1992* du SESI).
- ¹⁴⁵ Cette répartition par phases repose sur les entretiens menés avec François-Rodolphe Ingold (Paris, novembre 1995) et Mohammed Toussirt (Paris, novembre 1995). Lire également Ingold & Toussirt (1994), op. cit.
- ¹⁴⁶ Interview de Mohammed Toussirt (Paris, novembre 1995). Lire également Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 10 et *Impact Médecin Hebdo*, “La France au bord du crack”, 26 mai 1995.
- ¹⁴⁷ Ibid. p. 9.
- ¹⁴⁸ Ibid. p. 9.

- ¹⁴⁹ Ibid. p. 10.
- ¹⁵⁰ Interview de Mohammed Toussirt, Paris, novembre 1995.
- ¹⁵¹ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 10.
- ¹⁵² OCRTIS (1995), op. cit. p. 62.
- ¹⁵³ Interview de Mohammed Toussirt (Paris, novembre 1995).
- ¹⁵⁴ IREP (1994), *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, p. 36. Lire également : Le Monde, *La consommation de crack augmente parmi les prostituées parisiennes*, 28 janvier 1995.
- ¹⁵⁵ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 10.
- ¹⁵⁶ Bertrand Lebeau dans : CRIPS (1995), op. cit. p. 50-51. *Le crack. De l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve*, p. 50-51.
- ¹⁵⁷ Interview de Mohammed Toussirt (Paris, novembre 1995).
- ¹⁵⁸ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 5.
- ¹⁵⁹ Aux Pays-Bas, la quantité de cocaïne consommée en complément est importante et cette drogue est proposée de plus en plus sous forme "précutée", mais le "passage" intégral de l'héroïne à la cocaïne est rare. Autre différence : la consommation de crack ne s'accompagne pas aussi souvent d'une désocialisation de l'individu aux Pays-Bas.
- ¹⁶⁰ Comme le *Bus des femmes* à Paris. Cette organisation dispose notamment d'un bus qui sert de centre d'accueil mobile aux prostituées. Le bus stationne chaque soir à proximité d'une zone de prostitution (différente).
- ¹⁶¹ Ingold & Toussirt (1994), op. cit. p. 9.
- ¹⁶² Lire à ce sujet le CRIPS (1995), op. cit.
- ¹⁶³ On parle d'une "*pharmacocentric view of cocaine*". Lire : Craig Reinerman et al. op. cit.
- ¹⁶⁴ Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), *Drogues, le défi hollandais*, p. 40. Le caractère particulier de la législation apparaît notamment dans la réglementation de la garde à vue. Si celle-ci ne peut normalement excéder 24 heures, dans le cas d'une infraction à la législation sur les stupéfiants, elle peut atteindre 96 heures.
- ¹⁶⁵ Concernant l'usage d'opium, voir le chapitre 15 'Parfum d'opium sur Paris' de: Christian Bachman & Anne Coppel (1989), *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui*, p. 234-253.
- ¹⁶⁶ Jacqueline Bernat de Célis (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite des stupéfiants*, p. 110.
- ¹⁶⁷ Cet ouvrage de Bernat de Célis donne un bon aperçu de la naissance de la législation française.
- ¹⁶⁸ H.L. Wesseling (1987), *Vele ideeën over Frankrijk*, p. 174-178.
- ¹⁶⁹ R. Henrion (1995), op. cit. p. 24.
- ¹⁷⁰ Jacqueline Bernat de Célis (1992), op. cit. p. 120.
- ¹⁷¹ Alain Ehrenberg (1995), *L'individu incertain*, p. 69-70.
- ¹⁷² Ibid. p. 102-106.
- ¹⁷³ R. Henrion (1995), op. cit. p. 24.
- ¹⁷⁴ Concernant les circulaires et leur statut juridique, voir le chapitre 3 de : Tim Boekhout van Solinge, 'Cannabis in Frankrijk' dans : Peter Cohen & Arjan Sas (1996), op. cit.

- ¹⁷⁵ R. Henrion (1995), op. cit. p. 27.
- ¹⁷⁶ Ibid. p. 28-29.
- ¹⁷⁷ Ibid.
- ¹⁷⁸ R. Henrion (1995), op. cit. p. 12.
- ¹⁷⁹ Ibid. p. 28.
- ¹⁸⁰ Françoise Facy (1991), *Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990*.
- ¹⁸¹ Françoise Facy (1991), op. cit. p. 14 et 15.
- ¹⁸² Direction Générale de la Santé (DGS), *Bilan Injonction thérapeutique 1994*.
- ¹⁸³ OCRTIS (1995), op. cit. p. 3.
- ¹⁸⁴ Voir à ce sujet le chapitre 4 de Tim Boekhout van Solinge, op. cit.
- ¹⁸⁵ Françoise Facy (1991), op. cit. p. 15.
- ¹⁸⁶ Odile Timbart (1995), *Les infractions à la législation sur les stupéfiants*.
- ¹⁸⁷ Bernard Leroy a signalé que lorsque les toxicomanes se voient infliger une peine de prison, cela est souvent dû au fait qu'ils font défaut. Selon Leroy, dans de nombreux cas, la peine de prison n'est pas purgée. Voir : Leroy (1995), *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans les législations européennes en 1995*.
- ¹⁸⁸ R. Henrion (1995), op. cit. p. 26.
- ¹⁸⁹ Voir à cet égard les chapitres six et sept.
- ¹⁹⁰ Le magistrat Jean-Paul Jean nous renvoie à l'audition publique devant la commission Henrion (8 juillet 1994). Sa contribution a été plus tard publiée dans *Interventions*, sous le titre 'Réflexion sur les problèmes de drogue et de toxicomanie'.
- ¹⁹¹ J'ai été moi-même témoin, fin 1995, de la présence de la police au coin de la rue où se trouve l'hôpital Marmottan, qui propose notamment une consultation aux toxicomanes.
- ¹⁹² Monique Pelletier (1978), *Problèmes de la drogue*, p. 140.
- ¹⁹³ Catherine Trautmann (1990), *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*.
- ¹⁹⁴ Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op. cit.
- ¹⁹⁵ Cette conception a notamment conduit à un refus de dépénaliser le cannabis. Dans le rapport Trautmann, on peut lire par exemple que si celui-ci était dépénalisé, la 'transgression' serait recherchée dans des drogues plus dangereuses, et l'on passerait 'sans transition' à l'héroïne. De ce fait, la dépénalisation du cannabis donnerait rapidement lieu à une augmentation du nombre d'héroïnomanes. Lire : Trautmann (1990), op. cit. p. 253.
- ¹⁹⁶ Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op. cit. p. 64-65.
- ¹⁹⁷ Alain Ehrenberg (1995), op. cit. p. 100.
- ¹⁹⁸ Ibid. p. 11-12.
- ¹⁹⁹ Ibid. Lire également Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques' dans : *Communications* (1996), "Vivre avec les drogues. Réglementations, politiques, marchés, usages".
- ²⁰⁰ Isabelle Stengers & Olivier Ralet (1991), op. cit. p. 23-24.
- ²⁰¹ Anne Coppel, 'Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France', dans : *Communications* (1996), op. cit. p. 77.

- ²⁰² Ibid.
- ²⁰³ Cité dans Coppel, *ibid.*
- ²⁰⁴ D'abord sous la houlette du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, aujourd'hui sous l'autorité du Ministère de la Ville et de l'Intégration.
- ²⁰⁵ R. Henrion (1995), *op. cit.* p. 31-32.
- ²⁰⁶ Ibid. p. 30
- ²⁰⁷ R. Henrion (1995), *op. cit.* p. 12. La phrase concernant le prestige intellectuel ne peut être interprétée que comme une référence à Claude Olievenstein, psychiatre et directeur de l'hôpital Marmottan. Olievenstein peut être considéré comme la figure de proue du traitement de la toxicomanie en France.
- ²⁰⁸ Ibid. p. 32.
- ²⁰⁹ Lors du congrès *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*. Le congrès a eu lieu le 18 novembre 1995 à la Sorbonne, à Paris.
- ²¹⁰ Ibid.
- ²¹¹ Ibid.
- ²¹² Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques' dans : *Communications* (1996), *op. cit.* p. 13.
- ²¹³ Haut-comité de la Santé publique (1995), *La santé en France - Rapport général*, p. 184-185.
- ²¹⁴ Catherine Trautmann (1990), *op. cit.* p. 233.
- ²¹⁵ Cité par Anne Coppel dans : *Communications* (1996), *op. cit.* p. 77-78. Lire également René Padieu (1994), *op. cit.*
- ²¹⁶ Anne Coppel dans : *Communications* (1996), *op. cit.* p. 84.
- ²¹⁷ "Toxicomanie/sida: quel est le rapport ?", Ibid. p. 80.
- ²¹⁸ R. Henrion (1995), *op. cit.* p. 30.
- ²¹⁹ Ibid.
- ²²⁰ Alain Morel, 'L'aide aux toxicomanes' dans : *Les temps modernes* (1993), 'Toxicomanie, sida, exclusion', p. 242-243.
- ²²¹ Ibid. p. 12
- ²²² Parmi les toxicomanes ayant participé, en 1993, à l'enquête de novembre, les deux tiers étaient restés durant quelques années dans l'enseignement secondaire et 61% étaient sans emploi. Lire également : 'Nationalité et ethnicité' et 'Contexte social', au § 2.3.
- ²²³ Françoise Facy (1991), *op. cit.* p. 40.
- ²²⁴ Ces cinq quartiers sont : Faubourg de Béthune, Fives, Moulins, Lille-Sud et Wazemmes.
- ²²⁵ Interview de Patrick Godelle, Lille, novembre 1995.
- ²²⁶ Itinéraires (1994), *Rapport d'activité 1994*.
- ²²⁷ Dominique Duprez, Michel Kokoreff & Alain Verbeke (1995), *Des produits aux carrières. Contribution à une sociologie du trafic des stupéfiants*.
- ²²⁸ Ibid. p. 4.
- ²²⁹ Interview de José Bayer, Lille, novembre 1995.
- ²³⁰ Dominique Duprez, *et. al.* (1995), *op. cit.* p. 8 et 32-36.

- ²³¹ Ibid. p. 13-15
- ²³² Ibid. p. 17
- ²³³ Cité dans Stengers & Ralet (1991), op. cit. p. 83.
- ²³⁴ R. Henrion (1995), op. cit. p. 32.
- ²³⁵ Tiré de : Henrion (1995), op.cit. p. 58.
- ²³⁶ Ibidem
- ²³⁷ Voir à cet égard le paragraphe 2.4 : Morbidité et mortalité. L'Espagne et l'Italie comptent relativement plus de cas de sida que la France.
- ²³⁸ Bernard Kouchner, 'Non-assistance à personnes en danger', in: *Les Temps Modernes* (1993), op.cit. p. 5-9. Le congrès portait le nom de Trivilles parce qu'il portait sur la toxicomanie et le sida dans les trois villes de Londres, New York et Paris.
- ²³⁹ Ibidem p. 7.
- ²⁴⁰ Ibidem p. 9.
- ²⁴¹ Anne Coppel 'De la clinique à la santé publique : traitement et réduction des risques' in : Albert Ogien & Patrick Mignon (1994), *La demande sociale de la drogue*, p. 101.
- ²⁴² Concernant ce conflit, voir *Le Monde* du 24 décembre 1992. Dans cet article, on peut également lire le discours 'usuel' du Ministre de l'Intérieur, à savoir que la France est "le pays qui s'en sort le mieux" eu égard à la politique de la drogue, parce que le nombre d'overdoses serait huit fois inférieur à ce qu'il est en Suisse et quatre fois inférieur à celui de l'Allemagne.
- ²⁴³ L'assemblée avait lieu le 23 janvier 1993. L'interview télévisée a été diffusée le lendemain, dans le cadre de l'émission L'heure de vérité, sur France 2. Voir également *Le Monde*, 26 janvier 1993.
- ²⁴⁴ Cité par Alain Ehrenberg (1995), op.cit. p. 112.
- ²⁴⁵ Citation tirée de : Nelly Boulanger (1995), op.cit. p. 20.
- ²⁴⁶ Dans : *Le Nouvel Observateur*, 'Dossier drogue et sida', 26 novembre - 2 décembre 1992. Cité par Alain Ehrenberg (1995), op.cit. p. 112.
- ²⁴⁷ C'est ce qui ressort notamment d'une série d'articles sur la politique de la drogue dans divers pays européens, articles parus dans *Le Monde* en janvier 1994.
- ²⁴⁸ J'ai parlé à un ex-toxicomane qui, durant plusieurs mois, a pris dix boîtes par jour. Aujourd'hui, cette personne reçoit de la méthadone d'un médecin à Bruxelles.
- ²⁴⁹ Temgesic et Moscontin sont commercialisés en France depuis 1987; le skenan depuis 1991.
- ²⁵⁰ Interview Jean Carpentier, Paris, novembre 1995 (Jean Carpentier fait partie de ce comité).
- ²⁵¹ Jean Carpentier (1994), La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale, p. 16.
- ²⁵² Interview de Jean Carpentier dans : *Panorama du médecin*, 30 novembre 1993.
- ²⁵³ *L'Événement du jeudi*, 'Drogue ou produits de substitution. Sanctionnés pour avoir 'sauvé' des toxicos', 1-7 décembre 1994, relate toute l'histoire.
- ²⁵⁴ *Libération*, 20 décembre 1994.
- ²⁵⁵ "La France, actuellement, n'a pas de politique de santé publique". Interview de Philippe Douste-Blazy, *VSD*, 24-30 juin 1993.

- ²⁵⁶ Les plans de la campagne de prévention ne semblent toutefois pas indiquer qu'il s'agit d'une prévention orientée, du moins si on la considère sous l'angle de la santé publique. Les programmes éducatifs spéciaux développés dans ce cadre étaient en effet essentiellement destinés à démontrer les dangers du cannabis.
- ²⁵⁷ Ceux-ci sont élargis, notamment parce qu'environ 20% des pharmacies refusent encore de vendre des seringues aux toxicomanes, ou alors à un prix très élevé.
- ²⁵⁸ Cité dans : Ordre des Médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial toxicomanie*, p. 7.
- ²⁵⁹ Un membre de la commission a voté contre la dépénalisation parce qu'il voulait aller jusqu'à la légalisation. Même le président Henrion s'est prononcé à plusieurs reprises en faveur de la légalisation, après une période d'essai pour la dépénalisation. Avant sa nomination, Henrion était opposé à la libéralisation de la politique de la drogue, c'est pourquoi la presse l'a plusieurs fois présenté comme le 'pénalisateur devenu dépénalisateur'.
- ²⁶⁰ R.Henrion (1995), op.cit. p. 34-35.
- ²⁶¹ Ibidem p. 64.
- ²⁶² Voir la première publication de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies : Carpentier & Costes (1995), op.cit.
- ²⁶³ Le délai nécessaire pour arriver à ces 45.000 places n'est toutefois pas précisé.
- ²⁶⁴ Voir le recueil de documents du congrès Actes de la conférence-débats (p. 5) *La drogue, ça se soigne. Le médecin généraliste face au toxicomane*, Paris, 18 novembre 1995.
- ²⁶⁵ Interview de Jean-Pierre Davant dans *Le Figaro*, 16 février 1994.
- ²⁶⁶ Voir par exemple *Le Monde*, 19 février 1994.
- ²⁶⁷ Ordre des Médecins, *Bulletin de l'Ordre des Médecins. Spécial Toxicomanie*.
- ²⁶⁸ Ce qui est d'ailleurs stipulé dans la législation. Le délit porte dans ce cas le nom de 'incitation à l'usage'.
- ²⁶⁹ "Le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication", Alain Ehrenberg, 'Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques' in : *Communications* (1996), op.cit. p. 11.
- ²⁷⁰ R. Henrion (1995), op.cit. p. 58.
- ²⁷¹ Michel Ghysel (1996), *Rapport d'information sur la politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie*.
- ²⁷² Le résumé présenté ici par chapitre correspond (presque entièrement) au rapport.
- ²⁷³ Pour une analyse détaillée de ces évaluations, voir l'annexe.
- ²⁷⁴ Sa description : "A pharmacocentric view of cocaine " (une vue pharmacocentrique de la cocaïne). Voir : Craig Reinerman et al. op. Cit.
- ²⁷⁵ Stengers & Ralet (1991), op. cit. p. 83.
- ²⁷⁶ R. Henrion (1995), op. cit. p. 32.
- ²⁷⁷ Alain Ehrenberg, "Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques" dans : *Communications* (1996), op.cit. p. 11.
- ²⁷⁸ René Padiou (1994), *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanes*, p. 27.
- ²⁷⁹ Michel Bouchet de la Brigade des stupéfiants l'a déclaré au cours de l'émission télévisée *Le Cercle de minuit* diffusée sur Antenne 2 le 31 janvier 1996.

- ²⁸⁰ Se reporter par exemple au chapitre 2 : “La prévalence de l’usage de cannabis” de Tim Boekhout van Solinge dans : Peter Cohen & Arjan Sas (1995), op. cit.
- ²⁸¹ Lire par exemple : Marie Choquet & Sylvie Ledoux (1994), *Adolescents. Enquête nationale*, INSERM.
- ²⁸² “Consommation de produits licites détournés de leur usage ou de produits illicites, prolongée et régulière au cours des derniers mois.”
- ²⁸³ “Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l’héroïne au cours des derniers mois qui ont, ou auront, recours au système sanitaire et social.”
- ²⁸⁴ “Il faut insister sur le fait que les résultats de l’enquête portent sur les toxicomanes qui ont recours aux structures de soins et ne permettent pas directement une estimation de la prévalence. ‘En effet, l’enquête ne prend pas en compte les toxicomanes suivis dans les services de moyen et long séjour, les urgences, les cliniques générales et ceux suivis par les médecins libéraux.’” SESI (1995), op.cit. p. 10.
- ²⁸⁵ “Enfin, si bon nombre de toxicomanes ont recours au système de soins, d’autres n’ont aucun contact avec les structures de soins. Il sont soit marginalisés avec un usage maîtrisé de leur toxicomanes, soit parfaitement insérés dans le tissu social”, ibid.
- ²⁸⁶ “(...) un toxicomane sur deux ne fréquente pas le dispositif du soins (...)”, DGLDT (1995), *Rapport sur l’activité interministérielle en 1994*, p. 6.
- ²⁸⁷ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (1994a), p. 2.
- ²⁸⁸ Jean Michel Costes, “Une estimation de prévalence” dans : Carpentier & (1995), *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, p. 44-45. Il s’agit de la première étude statistique d’ensemble relative aux drogues, consommateurs de drogues et traitement de la toxicomanie et à ce titre, elle fait office d’ouvrage ‘de référence’.
- ²⁸⁹ “Des personnes consommant, en produit principal, de façon prolongée et régulière, de l’héroïne (...)”.
- ²⁹⁰ INSERM, *Base de données en toxicomanie. Toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées en 1991-92*.

Drugsonderzoek UvA

1. D.J. Korf, m.m.v. P.W.J. van Poppel, *Heroïne-toerisme. Een veldonderzoek naar het gebruik van harddrugs onderbuitenlanders in Amsterdam*. Amsterdam 1986: Stadsdrukkerij.
2. J.M. Kersloot en S. Musterd, *Leefbaarheid en drugs in Amsterdam. De spreiding van drugsscenes óver en de relatie met de leefbaarheid in de stad*. Amsterdam 1987, 155 p. ISBN 90-6993-011-0, 29,50.
3. D.J. Korf, *Heroïne-toerisme II. Resultaten van een veldonderzoek onder 382 buitenlandse dagelijkse opiaatgebruikers*. Amsterdam 1987, 126 p. ISBN 90-6993-016-1, 25,00.
4. H.T. Verbraeck, *De staart van de Zeedijk. Een bliksemonderzoek naar enkele effecten van het Zomerplan 1987 in het Wallengebied*. Amsterdam 1988, 90 p. ISBN 90-6993-022-6, 24,00.
5. J.M. Kersloot en S. Musterd, *Leefbaarheid en drugs in Amsterdam II. Een analyse van enkele ontwikkelingen in de periode 1986-1987*. Amsterdam 1988, 120 p. ISBN-6993-027-7, 27,50.
6. F. van Gemert, *Mazen en netwerken. De invloed van beleid op de drugshandel in twee straten in de Amsterdamse Binnenstad*. Amsterdam 1988, 164 p. ISBN 90-6993-030-7, 32,50.
7. P. van Gelder & J. Sijtsma, *Horse, coke en kansen I. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel I Surinaamse harddruggebruikers*. Amsterdam 1988, 185 p. ISBN 90-6993-035-8, 35,-.
8. P. van Gelder & J. Sijtsma, *Horse, coke en kansen II. Sociale risico's en kansen onder Surinaamse en Marokkaanse harddruggebruikers in Amsterdam. Deel II Marokkaanse harddruggebruikers*, 170 p. ISBN 90-6993-038-2, 33,50 (uitverkocht).
9. J.P. Sandwijk, I. Westerterp, S. Musterd, *Het gebruik van legale en illegale drugs in Amsterdam; verslag van een prevalentie-onderzoek onder de bevolking van 12 jaar en ouder*, 130 p. ISBN 90-6993-039-0 30.-- (uitverkocht).
10. P. Cohen, *Cocaine Use in Amsterdam in non deviant subcultures*, with two addenda (Biomedical and NeuroPsychoPharmacological Issues by E. Ch. Wolters; and Physical and Psychological Items in Chronic Recreational Cocaine Use by E.H. Collette, Ph. Scheltens & E. Ch. Wolters) 1989, 195 p. ISBN 90-6993-045-5 29,00.
11. D. Korf & H. Hoogenhout, *Zoden aan de dijk. Heroïnegebruikers en hun ervaringen met en waardering van de Amsterdamse drugshulpverlening*, 200 p. ISBN 90-6993-053-6 37,00.
12. J.P. Sandwijk, P.D.A. Cohen, S. Musterd, *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1990 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*, 140 p. ISBN 90-6993-063-3 28,-.
13. Peter Cohen, Arjan Sas, *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*, 120 p. ISBN 90-6993-081-1, 32,50.
14. Peter Cohen, Arjan Sas, *Cocaine use in Amsterdam II, Initiation and patterns of use after 1986*, 128 pp., ISBN 90-6993-099-4, 35,-.

15. J.P. Sandwijk, P.D.A. Cohen and S. Musterd, *Licit and illicit drug use in Amsterdam II, report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over in Amsterdam*, 161 pp., ISBN 90-6993-101-X 35,-.
16. Dr. Peter D.A. Cohen & Arjan Sas (red), *Cannabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten* (in Dutch, German and English), Amsterdam, 1996, 270 p., ISBN 90-6993-105-2, 45,-
17. Tim Boekhout van Solinge, *Heroïne, cocaïne en crack in Frankrijk, handel, gebruik en beleid/L'héroïne, la cocaïne et le crack en France, trafic, usage et politique*, Amsterdam, 1996, 250 p., ISBN 90-6993-106-0, 41,50

U kunt deze publikaties bestellen bij het Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam, Nieuwe Prinsengracht 130, 1018 VZ Amsterdam, tel. 020 - 5254063 of door overmaking van het vermelde bedrag op postgironummer 5032413 t.n.v. Vakgroep Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam onder vermelding van 'Drugs' en het nummer van de desbetreffende publikatie.

Publications of this series can be ordered from Department of Human Geography, University of Amsterdam, Nieuwe Prinsengracht 130, 1018 VZ Amsterdam, The Netherlands. Prices include packing and postage by surface mail. Excluded are banking charges (Dfl. 15.- per banking operation).