



## Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville

Cette étude constitue le volet qualitatif d'un travail d'évaluation mis en place fin 1996 par un groupe de médecins généralistes ayant déjà suivi des usagers de drogues avant la réglementation de la substitution (1995-1996). La première phase de ce dispositif d'évaluation était de nature quantitative. Elle a été réalisée entre 1996 et 1998. Sa seconde phase, présentée ici, a été réalisée en 1999. Elle a pour objet l'évaluation qualitative de relations médecin/patient construites autour de la délivrance de produits de substitution (buprénorphine haut dosage, méthadone, sulfates de morphine).

L'objectif était d'une part, de mettre en perspective ces relations dans le contexte plus large de leur environnement juridique et social; d'autre part, d'analyser les modalités concrètes des « prises en charge » et des traitements, ainsi que les intentions et raisonnements justifiant les pratiques, telles qu'elles ressortent au moins des discours des patients et médecins.

Le matériau consiste en une vingtaine d'entretiens semi-directifs réalisés avec quatorze patients, puis avec leurs médecins (sept ont été rencontrés). Les mêmes thèmes étaient symétriquement abordés avec les uns puis avec les autres. On a ensuite croisé le contenu des entretiens. Sur les 14 patients rencontrés, 7 étaient traités à la buprénorphine au moment de l'entretien, 3 étaient sous Moscontin®, 2 sous méthadone, et 2 s'étaient sevrés eux-mêmes après un traitement (de deux ans pour l'un, de neuf mois pour l'autre) à la méthadone. La prise en charge avait débuté de deux à quatre ans auparavant (si on met à part une personne, qui avait commencé son traitement un mois et demi avant l'entretien). Plus de la moitié (8 personnes) avait commencé son traitement avant le changement de réglementation. Ces patients ont été recrutés parmi la clientèle de médecins relativement expérimentés dans le suivi d'usagers de drogues. Le groupe des médecins et patients rencontrés présente par conséquent des traits particuliers: les patients pourront apparaître comme plus « stables » que la moyenne, et les médecins plus motivés ou engagés que d'autres généralistes. Pourtant, même dans ce cas, on peut observer des difficultés à s'accorder sur les mêmes objectifs. Ces difficultés laissent entrevoir la complexité des relations engagées autour des traitements de substitution, et permettent sans doute d'imaginer des relations plus difficiles encore, dans les situations les plus courantes.

De cette série d'entretiens peuvent être dégagés des éléments de réflexion concernant les usages des traitements de substitution et les logiques pratiques qui les fondent.

### « La substitution » n'existe pas

La prise en charge des usagers de drogues par le dispositif de délivrance « en ville » de produits de substitution met en jeu des relations complexes, entremêlant trois types de logiques ou de déterminations:

- Les objectifs de santé publique des autorités sanitaires;
- Une logique médicale, d'accueil et de suivi d'usagers de drogues;
- Des logiques dérivées de cultures d'utilisation non médicale des produits psychotropes, pouvant conduire, à l'occasion, à user de produits de substitution dans des objectifs de « défonce » ou de gestion des consommations illicites.

Les traitements ont par conséquent le plus souvent des objectifs disparates, pour les patients et pour les médecins. À tel point que l'on peut dire que « la substitution » n'existe pas, au sens où elle constituerait une stratégie thérapeutique d'objectifs clairs et univoques. Ou encore que la substitution n'existe que telle que la (re)dessinent ou la (re)construisent chaque fois les protagonistes qu'elle met face à face. Chacun l'aborde en effet, non seulement depuis de sa propre culture, mais aussi au travers de jeux de tensions plus ou moins contradictoires.

La philosophie officielle de la substitution impose d'abord ses déterminations. Elle ne désigne pas seulement des objectifs officiels aux traitements; elle propose aussi des outils pharmaceutiques et un cadre de prescription répondant à ses principes de contrôle et de résorption des pratiques illicites. Mais elle reste traversée de tensions non résolues entre objectifs de « substitution » et objectifs de « maintenance ». Elle est partagée entre le recours à des produits pharmaceutiques et la mobilisation de soutiens médicaux, psychologiques et sociaux. Enfin, elle hésite encore quant à la gamme de produits autorisés à la prescription à des fins de substitution.

Les médecins sont soumis de leur côté à trois séries de tensions. D'abord, certains peinent à reconstruire une position de soignant sur la base de ce qui leur est demandé: délivrer des opiacés de substitution. Les objectifs sont souvent perçus comme relevant davantage du champ social que

du champ médical. Ils ont en outre une marge de manœuvre des plus réduite, les choix de prescriptions restant extrêmement limités. D'autre part, les objectifs d'une prise en charge médicale des usagers de drogues restent partagés entre deux philosophies d'approche du problème. L'une vise la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, l'autre une stratégie de soin de la toxicomanie. Enfin, la double activité de contrôle des consommations et de soin des patients conduit parfois à des conflits vécus comme insolubles (faut-il sanctionner des consommations parallèles au risque de voir disparaître des patients en mauvais état de santé, ou tolérer le maintien de pratiques illicites au risque de voir de dégrader, notamment, leur situation sociale ?), de même que la contradiction entre l'adoption simultanée du point de vue « macro » de la santé publique et de l'échelle « micro » des problèmes individuels.

Les patients enfin sont porteurs de demandes différentes que les médecins identifient souvent avec difficulté : l'envie d'arrêter la consommation de drogues prend des sens variables d'une personne à l'autre.

Presque tous les patients ont déjà eu l'expérience des produits de substitution. Ils ont souvent utilisé toutes sortes de médicaments, notamment des opiacés, pour atténuer les douleurs du manque, organiser des pauses dans leur consommation, « décrocher » temporairement, réduire leurs dépenses ou, parfois, pour « se défoncer ». Habités de longue date à l'automédication, ils ont par conséquent des savoirs d'usage des produits de substitution qui viendront interférer, parfois durablement, avec les stratégies d'utilisation « thérapeutiques » que leur en proposent leurs médecins.

C'est dans ce contexte que devront se construire ou se négocier des stratégies de « traitement », apparaissant comme autant de processus de passage d'une logique d'utilisation des produits à une autre.

### L'invention des substitutions

Si l'on en croit les témoignages des quatorze patients rencontrés ici, aucun n'est venu chercher au départ un « traitement de substitution » : certains cherchaient un médecin pour régler des problèmes somatiques, d'autres voulaient un produit qui les aide à « sortir des drogues », mais aucun ne recherchait à proprement parler la prise en charge de ses problèmes de « toxicomanie » ou un traitement qui permette de s'en libérer. Rien ne paraît par conséquent donné au départ : ni l'objectif ou la stratégie du traitement, ni même la nature médicale de la relation engagée autour des produits de substitution.

Par ailleurs, l'étude approfondie des modalités de mise en place des traitements révèle que l'impulsion, de fait, est donnée par le patient. Dans presque tous les cas en effet c'est le patient lui-même qui choisit son traitement – en fonction des conditions de délivrance qui lui sont offertes et de l'efficacité pharmacologique qu'il prête aux produits. L'ignorance des doses d'héroïne réellement consommées avant le début du traitement conduit le plus souvent par ailleurs à lui confier la détermination des dosages de départ, par un processus d'ajustement progressif des doses dont le médecin ne peut juger lui-même. Déséquilibrée au départ, la relation médecin-patient se rétablira, lorsqu'elle y parvient, par correction graduelle de la situation, le médecin s'efforçant d'opérer les réajustements progressifs qui, tout au long du traitement, permettront de convertir en logiques thérapeutiques des logiques d'automédication ou d'utilisation non médicale des substances psychoactives. Dans la négociation, médecins et patients s'efforceront d'ajuster leurs attentes et leurs mondes respectifs. Tantôt au profit d'une logique médicale, tantôt au profit d'une logique d'usager, ils réinventeront sans cesse la substitution ou plutôt des pratiques de la substitution.

Le détail de ces négociations est observé sous trois angles.

Celui des dosages. L'examen révèle ici une codification en cours, mais inachevée. L'évaluation des dosages initiaux paraît obéir, au moins pour ce groupe de médecins, à une technique à peu près stabilisée, quoique extrêmement précaire. Par contre, le problème de l'évolution des traitements est loin d'être résolu, voire affronté. Les médecins résistent souvent à l'idée de diminuer les dosages, par crainte de déséquilibrer et de compromettre le traitement. Les patients tantôt se résignent à un statu quo plus ou moins difficile à accepter, tantôt prennent solitairement l'initiative de la baisse, avec des résultats variables. Une incertitude importante subsiste sur l'issue du traitement. Le moment du sevrage des produits de substitution semble, pour l'essentiel, encore ignoré.

Celui du rythme des prises. Selon les médecins, l'enjeu d'une régularité des prises est le déconditionnement des comportements « toxicomaniaques ». L'objectif est d'encourager les patients à abandonner des habitudes de consommation souvent étroitement liées à la gestion de leurs émotions ou aux aléas de la vie quotidienne. Il s'agit de jouer sur les effets « à durée prolongée » des produits de substitution pour échapper à la multiplication des prises. Cependant, ce souci comportemental tend parfois à négliger les effets secondaires des traitements et les stratégies mises en œuvre par les patients pour les contourner.

Celui des consommations parallèles et les usages détournés des produits de substitution. Ces « transgressions » des règles du traitement semblent faire partie de l'ordinaire de la relation médecin/patient. Ici apparaît le dénuement objectif des médecins de ville, contraints le plus souvent de s'en remettre aux dires de leurs patients pour juger de la situation. Mais cette situation met également à jour leur attitude de tolérance relative, tant que le traitement leur semble globalement équilibré. Parfois même, à la marge, les médecins les plus expérimentés dans le suivi d'usagers de drogues inventent des modes d'intervention, s'autorisant des conseils sur la gestion de ces consommations parallèles. Leur perspective est celle d'une « réduction des risques » peu à peu contrainte de prendre acte de la persistance de consommations de « défonce » à côté du traitement.

### Conclusion

L'évaluation des programmes de substitution pose différents problèmes. Le principal réside peut-être dans l'absence de définition des notions « d'échec » ou de « réussite » des traitements. Certains soignants ou intervenants politiques ou sociaux se préoccupent en effet en premier lieu de l'insertion dans le système de soin ; d'autres de réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues ; d'autres encore de contrôle des pratiques ou de suppression des consommations illégales. La dispensation de produits de substitution « en ville » joue, sur le double plan de la prise en charge des problèmes somatiques et de la « toxicomanie ». La délivrance de produits de substitution par les médecins généralistes doit par conséquent être évaluée en fonction de ces deux critères. Elle doit aussi l'être au vu de l'alternative qu'elle offre à une délivrance en centre spécialisé. L'accès aux centres spécialisés est en effet restreint, tant par une capacité d'accueil limitée que par les conditions imposées à la délivrance des produits, qu'une proportion non négligeable d'usagers de drogues juge trop strictes pour y avoir recours.

L'examen détaillé des pratiques d'un petit groupe de généralistes relativement motivés et expérimentés – au travers, notamment, de l'appréciation portée par leurs patients sur le suivi dont ils bénéficient – laisse entrevoir la complexité des relations engagées entre médecins et patients autour des produits de

substitution. Les interférences sont nombreuses avec l'environnement social et juridique de ces relations thérapeutiques : le poids des contraintes réglementaires encadrant la prescription, les interférences parfois avec la justice (en cas d'injonction thérapeutique par exemple), les évolutions du marché noir et des pratiques de « défonce », peuvent rarement être négligées. À la jonction de leurs compétences médicales et de leur expérience du suivi d'usagers de drogues, certains médecins semblent esquisser aujourd'hui ce qui pourrait bien constituer une troisième génération de la substitution : après la « réduction des risques » des pionniers, puis « le soin de la toxicomanie »

dessiné par la réglementation des années 1995-1996, une médecine des corps sous effets de psychotropes.

Aude Lalande, Stany Grelet ■

► Pour en savoir plus

LALANDE (A.), GRELET (S.), *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. Approche qualitative*, ARES 92 – Réseau sida toxicomanie, Paris, OFDT, 2001

## Psychotropes et dépendances : profils et trajectoires des consommateurs de psychotropes

Les déterminants de la consommation de médicaments psychotropes sont multiples. Aussi pour aborder cette thématique sur les usages sociaux des consommateurs, nous avons privilégié une approche associant des chercheurs de champs différents (sociologie, santé publique, épidémiologie) et utilisant des méthodes d'investigations complémentaires. Cette collaboration nous a permis de décrire les pratiques de consommation et d'explorer les attitudes tant à l'égard des psychotropes que de la dépendance qu'ils engendrent.

Le volet 1 confirme les grands facteurs associés à la consommation de médicaments psychotropes, la prédominance de la consommation féminine, le rôle des facteurs socioprofessionnels chez les hommes et des facteurs médicaux chez les femmes, et ceci dans une population de volontaires (appartenant à la cohorte Su. Vi. Max) attentives à sa santé, et dès lors non représentative de la population française.

Le volet 2 met en évidence 2 types de trajectoires occasionnel et continu – 53 % (149) des consommateurs ont une trajectoire continue TC, c'est-à-dire qu'ils ont consommé au moins un psychotrope tous les mois depuis 5 ans. Parmi eux, plus des deux tiers en ont pris tous les jours.

Le volet 3 montre que les attitudes des consommateurs à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance ne se différencient pas selon leurs caractéristiques socio-démographiques (sexe, activités professionnelles), mais en fonction de la durée et de la régularité de leurs prises. Ce constat nous amène à poser deux hypothèses. La première, méthodologique, touche à la relative homogénéité de notre échantillon qui peut expliquer le peu d'ampleur des variations observées. La seconde, plus sociologique, concerne la période de la cinquantaine qui, chargée d'événements de vie (divorce, départ des enfants de la maison, responsabilité croissante au travail, retraite, etc.) harmoniserait les conduites sociales des femmes et des hommes vis-à-vis de ce médicament et la dépendance qu'il peut générer, et ceci d'autant plus que ces personnes ont elles-mêmes, en tant qu'utilisateurs, un vécu de consommation.

Les psychotropes procurent un bien-être tout en renfermant un risque de dépendance. Il y a consensus sur l'aide à mieux vivre, mais aussi sur le souhait de vivre sans cette aide. Dans les attitudes déclarées à l'égard des psychotropes et de la dépendance, deux idées maîtresses dominent. La première évoque la soumission des consommateurs aux psychotropes associée au désir de mieux être. Ils perçoivent leur attachement à ces médicaments, affirment cependant qu'ils aimeraient pouvoir s'en passer, mais un sur deux ne le fait pas puisque sa consommation suit une trajectoire continue. L'augmentation de la consom-

mation de psychotropes serait tributaire de cette recherche d'une « super-santé ». Mais les consommateurs restent partagés sur le fait que : « la prise de ces médicaments signifie être malade » ; l'incertitude sur le statut du mal est soulevée.

La seconde replace le rôle du médecin et du médicament dans une relation qui se veut être avant tout thérapeutique. Le corps médical occupe une position de garant, le médecin est le prescripteur légal de cette consommation. La confiance accordée par le public à la médecine en général renforcerait la banalisation de cette consommation.

Le volet 4 confirme l'originalité de cette approche qui ne s'est focalisée sur un statut de consommateur ponctuel, mais a considéré une trajectoire de consommation, combinaison entre une durée et une régularité de la prise inscrite ici sur une période de 5 ans ; signes d'un comportement de dépendance. Les consommateurs en sont d'ailleurs conscients, les perceptions sur leur consommation (continue ou occasionnelle) sont pour une forte majorité en accord avec leurs trajectoires objectivement définies de type continu ou occasionnel à partir des livrets de consommation.

Plus de 50 % des consommateurs ont un regard plutôt positif sur les psychotropes ; parmi eux, 75 % « ont retrouvé la joie de vivre ». Ces résultats réaffirment le rôle des psychotropes dans la quête d'une meilleure qualité de vie. Pour justifier leur consommation, les consommateurs continus assimilent leurs raisons à des pathologies ou à des symptômes à caractère médical (par ordre d'importance : dépression, insomnie/problèmes de sommeil, stress, angoisse) déjà bien décrites dans la littérature, et aux effets de dépendance. Ils ont un regard fataliste sur leur consommation : « désir de s'en passer ou de diminuer, mais c'est une nécessité ». Les consommateurs occasionnels rapprochent leur prise de psychotropes à une nécessité ponctuelle (événements de vie, problèmes avec l'entourage) qui suppose une durée limitée ; aussi sont-ils partisans « d'une utilisation modérée ». Un continuum semble s'inscrire entre les raisons endogènes et exogènes, entre les causes étiopathologiques définies par le médecin et les événements de vie évoqués par le patient qui permettent souvent de légitimer la poursuite d'une prescription. Plus le vécu à l'égard de l'usage de médicaments psychotropes a été favorable, plus les consommateurs sont tentés de poursuivre une consommation, et ceci avec une certaine légitimation médicale. Les écarts entre les discours qui entourent la prise initiale et les raisons actuelles de la rechute ou celles de la pérennisation montrent à quel point les problèmes se sont médicalisés. Un risque de dépendance même recon nue ne s'avère plus être aujourd'hui une raison suffisante pour engendrer un arrêt de la consommation.

Si les consommateurs, notamment les occasionnels, reconnaissent aux psychotropes des effets positifs, ils trouvent cependant que le public porte un regard plutôt négatif sur ces médicaments : les dangers de la dépendance et les effets indésirables constituent leurs principaux arguments. Ces déclarations corroborent celles obtenues dans d'autres travaux européens menés en population générale. Les femmes sont plus nombreuses à insister sur le discours fataliste qui entoure cette consommation : « c'est une obligation, un besoin », ce qui rejoint les conclusions de la littérature : l'entourage familial contribue, dans certains cas, à renforcer la prise de psychotropes. Elles consommeraient ces médicaments parce que leur probabilité d'être dans des environnements familiaux peu gratifiants paraît plus élevée que pour les hommes et/ou parce qu'elles sont plus sensibles au manque de soutien familial. « Ne pas pouvoir s'en passer, être incapable de vivre sans » est la définition de la dépendance, en particulier pour les femmes et les occasionnels. Les continus avouent leur dépendance en soulignant « qu'ils ont l'impression de trop consommer » et « que leur entourage leur fait des remarques à ce sujet ». La moitié des consommateurs se reconnaît dépendant. Plus de 8 consommateurs sur 10 à trajectoire continue se perçoivent dépendants, et inversement, plus de 8 consommateurs sur 10 à trajectoire occasionnelle ne se déclarent pas dépendants. Ces constats relativisent l'idée selon laquelle la dépendance reste difficile à admettre, même si objectivement les consommateurs ne peuvent pas s'en passer.

Nombreux sont les consommateurs qui se renseignent sur les effets secondaires des psychotropes, les informations reçues ont modifié leur comportement « en favorisant une baisse de la consommation » ou « en renforçant le désir d'arrêter ». Aucune personne n'a souligné le fait de se sentir mal informé ou de ressentir le besoin d'informations. Les continus disent ne pas se renseigner car ils ont « confiance dans le médecin et le traitement ». Parler de sa consommation, peu le font « sans gêne ». Les personnes qui osent en parler disent que c'est « quelque chose de normal », « qu'il n'y a pas de raison de s'en cacher », parce que « cela peut servir de conseils aux autres ». C'est en priorité vers l'entourage proche, la famille, les amis, les voisins que l'on se tourne. Ceux qui n'en parlent pas expliquent que « c'est un sujet privé, personnel » et « qu'ils n'y trouvent aucun intérêt ». Pour eux, il y a « une réelle difficulté d'en parler » car « c'est un sujet entaché de honte », « dévalorisant à leurs yeux ». Reconnaître l'usage de psychotropes c'est *in situ* révéler des difficultés psychiques qui s'apparentent à la faiblesse. Trois types d'attitudes à l'égard des psychotropes et de la dépendance ont été mis en évidence. En cela, nos résultats sont proches de ceux d'une étude qualitative menée auprès de 50 consommateurs anglais.

1<sup>er</sup> type d'attitudes. Les consommateurs continus ont confiance dans le médicament et le corps médical. Ils croient aux impacts positifs que les médicaments peuvent avoir sur leur qualité de vie et acceptent la dépendance ; la force de l'habitude est présente. Les psychotropes les aident à être bien, à garder une joie de vivre et participent à leur équilibre.

2<sup>e</sup> type d'attitudes. Les consommateurs continus reconnaissent l'efficacité thérapeutique des psychotropes. Ils relativisent les impacts positifs que les médicaments peuvent avoir sur leur vie et leur santé. Ils ont conscience des effets secondaires, de la dépendance. Leur stratégie d'acceptation se formalise par des attitudes favorables à l'automédication afin d'exercer une tentative de contrôle. Ils se sentent obligés de prendre des psychotropes pour faire face à une souffrance et aux événements. Ils consomment ces médicaments pour les autres, pour préserver ou maintenir la cohésion sociale.

3<sup>e</sup> type d'attitudes. Les consommateurs occasionnels ont un discours plus homogène. Ils nient leur dépendance et pra-

tiquent l'automédication pour avoir la maîtrise de leur consommation. Ils avouent ne pas pouvoir se passer des psychotropes face à certaines situations.

Ces éléments devraient être utiles aux cliniciens et aux professionnels de santé. Les stratégies de prévention et d'éducation à la santé pourraient insister sur les risques liés :

- à l'habitude plutôt que sur les dépendances niées par les occasionnels et acceptées par les continus ;
- aux effets secondaires souvent oubliés dans les pratiques d'adaptation ou d'autonomie.

L'importance que prend aujourd'hui la réponse médicale à travers les prescriptions de psychotropes est probablement la conjonction :

- d'une augmentation des problèmes psychologiques ;
- d'un abaissement du seuil de tolérance : des médecins devant les plaintes des patients et/ou des patients devant ce qu'ils appellent les nécessités de la vie.

De manière préoccupante, la consommation de psychotropes est considérée par les consommateurs comme d'autant plus légitime qu'elle permet de remédier à des déficits modérés ou majeurs du fonctionnement de l'individu dans l'exercice de ses rôles familiaux et professionnels ou dans sa capacité à faire face aux événements de vie. En fait, la recherche d'une meilleure qualité de vie interpellera le consommateur de psychotropes en tant qu'acteur de sa santé et co gestionnaire de sa prise en charge. La « non-observance par excès » (l'augmentation des doses) et les modifications de traitement ne seraient alors pas des entraves aux décisions médicales, mais tout simplement des actes d'autonomie, révélateurs d'une participation à la gestion du bien-être, d'un profil de personnes qui place haut la barre du bien-être ou qui développe une faible capacité d'adaptation. Ces pratiques s'inscrivent davantage dans le souci de mieux « prendre en main sa santé, donc son bien-être » que dans celui d'une défiance à l'égard de la médecine. Le contexte y semble d'ailleurs favorable puisque le discours de la prévention et de l'éducation à la santé insiste sur le fait que le médecin n'est plus le seul responsable et que la contribution des usagers/profanes doit être de plus en plus sollicitée. Ce paradoxe serait probablement l'instigateur de comportements sociaux nouveaux.

**Michèle Baumann, François Alla ■**

#### ► Pour en savoir plus

BAUMANN (M.), ALLA (F.), EMPEREUR (F.), *Psychotropes et dépendances. Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements*, Ecole de santé publique (UPRES EA 1124) - Faculté de Médecine de l'Université de Nancy 1, Paris, OFDT, 2001.

*Vous pouvez consulter cette publication sur Internet (<http://www.drogues.gouv.fr>, rubrique : « Pour en savoir plus/synthèses et dossiers thématiques »)  
An english version of this publication will be available soon on Web at this URL : <http://www.drogues.gouv.uk/index.html> (professional knowledge/specific themes)*

### Tendances

Directeur de la publication : Jean-Michel Costes ■ Comité de rédaction : Claude Faugeron, Claude Got, Roger Henrion, Monique Kaminski, Pierre Kopp, France Lert, Thomas Rouault, Marc Vallée ■ Rédaction : François Beck, Pierre-Yves Bello, Hassan Berber, Thierry Delprat, Cristina Diaz-Gomez, Michel Gandilhon, Alain Labrousse, Stéphane Legleye, Hélène Martineau, Carine Mutatayi, Christophe Palle, Patrick Peretti-Watel, Abdalla Toufik ■ Secrétariat de rédaction : Thierry Delprat ■ Maquettiste : Frédérique Million ■ Documentation : Anne de l'Épervier et Laurence Callard ■ Impression : Imprimerie Pairault-Cassegrain — 18 rue Blaise Pascal — BP 74 -79 003 Niort ■ ISSN 1295-6910. Dépôt légal à parution ■



**Observatoire français des drogues et des toxicomanies**