



Adressé à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) : principales évolutions du phénomène des drogues et des toxicomanies en France

Rapport national à l'OEDT - 2019

Le rapport 2019 est composé de 10 cahiers indépendants (*workbooks*) : [Politique et stratégie nationale](#), [Cadre légal](#), [Usages](#), [Prévention](#), [Prise en charge et offre de soins](#), [Bonnes pratiques*](#), [Conséquences sanitaires et réduction des risques](#), [Marché et criminalité](#), [Prison](#) et [Recherche*](#). Parmi eux, 2 (ceux marqués d'un astérisque) sont disponibles uniquement en anglais.

Politique et stratégie nationale

[haut du document](#)

Porté par un discours public clair sur les risques et les dommages des consommations de substances psychoactives et des usages à risque, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, adopté par le Gouvernement en décembre 2018, met l'accent sur la prévention et porte une attention particulière aux publics les plus vulnérables du fait de leur âge ou de leurs fragilités. Il renforce la qualité des réponses apportées aux conséquences des addictions pour les individus et la société et témoigne d'un engagement fort contre les trafics. Il propose des nouvelles mesures pour la recherche, l'observation et le développement de la coopération internationale. Enfin, il crée les conditions de l'efficacité de l'action publique au sein des territoires, par une coordination renforcée des services de l'Etat et l'association des collectivités et de la société civile. Dans la continuité du plan précédent de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017), le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 porte sur l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) et les autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, dopage) en mettant l'accent sur les écrans.

Il s'inscrit sur une durée de 5 ans, compatible avec ses objectifs, en particulier en matière de prévention. Un élément marquant relève de sa volonté d'assurer une bonne articulation avec d'autres plans gouvernementaux (santé, prévention, sécurité routière, pauvreté des enfants, étudiants, logement, dopage, outre-mer). Ce plan est accompagné d'un tableau de bord reprenant les principaux défis à relever relatifs aux évolutions souhaitées et définissant des cibles à atteindre. Ces cibles présentent des temporalités variables selon la disponibilité effective des données.

L'évaluation conduite la plus récemment est celle qui a porté sur le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Les travaux d'évaluation ont été confiés à une équipe externe issue du monde académique. Quatre mesures « phare » du plan 2013-2017 ont été sélectionnées : le dispositif des « Etudiants relais santé » qui s'est déroulé en milieu universitaire, une expérimentation auprès des habitants des quartiers sud de Marseille (mères de familles, professionnels, jeunes en insertion et pré-adolescents) et des acteurs locaux (mairie, police, associations de prévention impliquées, etc.), le partenariat entre la MILDECA et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), mis en place afin de relayer la principale campagne de

communication « grand public », et enfin, deux programmes d'intervention régionaux visant à prévenir et prendre en charge précocement le syndrome d'alcoolisation foetale. Le rapport d'évaluation final a été rendu public le 16 janvier 2018. Ces recommandations ont inspiré l'orientation insufflée au plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, qui fait le double pari d'inscrire ses actions dans un temps long et d'intégrer de façon transversale la dimension des territoires, afin de créer une véritable dynamique locale sur la politique de prévention et de lutte contre les addictions.

Les orientations de politique publique dans le champ des drogues et des addictions sont fixées par le Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives, sous l'autorité du Premier ministre. Il est composé de ministres et secrétaires d'État. En amont, la MILDECA est chargée de préparer les décisions du Comité interministériel, puis de coordonner la politique gouvernementale française en matière de lutte contre les drogues et de prévention des comportements addictifs et de veiller à ce que les décisions du Comité interministériel soient mises en oeuvre. Sous l'autorité du Premier ministre, son périmètre d'action comprend la prévention, le traitement, la réduction des risques, l'insertion, le trafic, l'application de la loi et la recherche, l'observation et la formation de ceux impliqués dans les activités de réduction de l'offre ou de la demande. Couvrant le territoire français, un réseau d'une centaine de chefs de projet territoriaux (généralement les directeurs de cabinet des préfets dont onze sont responsables de la coordination régionale) assure la cohérence des actions menées.

Dernières évolutions

Validé par le Gouvernement français en décembre 2018, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, élaboré par la MILDECA, est actuellement en cours.

S'agissant des faits saillants les plus récents, l'année 2018 a été marquée par les controverses suscitées par le projet de loi de programmation de la justice 2018-2022 prévoyant la création d'une amende forfaitaire délictuelle en cas d'usage de stupéfiants. Par ailleurs, les sujets spécifiquement liés au cannabis ont, durant la dernière année dominé les débats sur les drogues parmi les acteurs de la société civile française et leurs représentants politiques. Fin juin 2019, un comité d'experts a publié son projet de cadre concernant cinq pathologies en vue d'une phase expérimentale d'usage médical de cannabinoïdes, à partir de mi 2020. Le 11 juillet 2019, l'ANSM annonçait souscrire à ces propositions.

En parallèle, le conseil d'analyse économique (CAE) a rendu public le 20 juin 2019 une note intitulée « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? ». Les auteurs y préconisent un processus de légalisation, avec l'instauration d'un monopole public sur la production et la vente de cannabis. En opposition avec ce point de vue, le gouvernement a immédiatement rejeté les hypothèses de travail du CAE. Ce débat récurrent de la politique française se poursuivra vraisemblablement via la mise en place annoncée pour septembre 2019 au sein de l'Assemblée nationale d'une mission d'information sur les différents usages du cannabis.

En dehors des questions largement centrées sur le cannabis, le crack demeure un fort sujet de préoccupation à Paris, tant en termes sanitaires que de sécurité publique. Fin mai 2019, un nouveau plan de lutte contre ce phénomène a vu le jour sous l'égide de la Préfecture de Région, associant la Mairie de Paris, l'Agence régionale de santé (ARS) et la MILDECA.

Le coût social des drogues en France a été estimé par trois fois, en 1996, 2003 et en 2010. La dernière estimation du coût social des drogues a été publiée par l'OFDT en septembre 2015 : ainsi, pour l'année 2010, ce coût s'élèverait à 8,7 milliards d'euros pour les drogues illicites, loin du montant estimé pour l'alcool (118 milliards) et pour le tabac (122 milliards).

En 2017, le total des dépenses publiques en faveur de la lutte contre les drogues et les conduites addictives est estimé à 2,45 milliards d'euros. La contribution de l'État et de l'Assurance maladie représente 0,11 % du produit intérieur brut, avec 50 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 49 % pour les activités de réduction de l'offre et près de 1 % des ressources allouées

aux activités transversales (coordination et coopération internationale). Pour la deuxième année de suite, cette estimation est en hausse (+ 10 %), après la stabilisation constatée entre 2014 et 2015 (+ 1 %) qui faisait suite à la baisse observée entre 2013 et 2014 (- 6 %).

► [Télécharger le workbook 1 : Politique et stratégie nationale](#)

Cadre légal

[haut du document](#)

En France, l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiant est un délit passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (article L.3421-1 du Code de la santé publique - CSP). Les peines encourues peuvent aller jusqu'à cinq ans de prison et une amende de 75 000 € lorsque l'infraction est commise par une autorité publique, une personne chargée d'une mission de service public ou par le personnel d'une entreprise exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport. Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du Code pénal.

Depuis la loi de programmation pour la justice 2018-2022 du 23 mars 2019, une amende forfaitaire délictuelle de 200 euros, délivrée par les forces de l'ordre, est rendue possible dans le cadre du délit d'usage de stupéfiants. La disposition sera applicable le 24 mars 2020 après publication d'un décret. En dehors des peines prononcées par les tribunaux conformément à l'article L.3421-1 du CSP, un stage de sensibilisation peut être aussi proposé par les procureurs de la République au titre d'une mesure alternative aux poursuites ou d'une procédure simplifiée (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle). Dans ce cadre, cette mesure s'adresse tout particulièrement aux usagers occasionnels de stupéfiants qui ne semblent pas présenter de problèmes de santé ou d'insertion sociale. Le stage est applicable à tous les individus de plus de 13 ans. Lorsque les circonstances font apparaître que le mis en cause nécessite des soins, l'autorité judiciaire peut l'enjoindre de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (article L.3413-1 du CSP). L'action publique n'est pas exercée lorsqu'il est établi que cette personne s'est soumise, depuis les faits qui lui sont reprochés, à l'injonction thérapeutique (article L.3423-1 du CSP).

Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites et le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants sont punis de dix ans maximum d'emprisonnement et de 7,5 millions d'euros d'amende (article L.222-37 du Code pénal). La cession ou l'offre illicite de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende mais la peine d'emprisonnement est portée à dix ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés à des mineurs, dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux (article L.222-39 du Code pénal). Les peines maximales pour trafic peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros (article L.222-34 du Code pénal). La loi française ne fait pas de distinction entre la détention pour usage personnel ou pour trafic, ni selon le produit stupéfiant.

À propos du cannabis, la réglementation française prévoit que toutes les opérations le concernant (production, détention, usage) soient interdites (art. R.5132-86 I -1° du CSP). Certaines variétés de chanvre non classées comme stupéfiants peuvent toutefois être utilisées à des fins industrielles et commerciales, si elles ne proviennent que des graines et des fibres (l'usage de la résine, des fleurs et des feuilles de la plante étant interdit). Le cannabidiol peut faire l'objet d'une publicité, s'il est abordé à travers l'une des spécialités pharmaceutiques ayant une autorisation de mise sur le marché

(art. R.5132-86 III CSP) et s'il respecte la réglementation des médicaments en la matière (CSP, livre 1er, titre II, chapitre II, R.5122-1 à 8).

Depuis décembre 2018, un comité d'experts de l'agence nationale de sécurité du médicament est chargé de mettre sur pied une expérimentation du cannabis à visée thérapeutique en France pour une durée de deux ans, visant des patients atteints de douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies, de certaines formes d'épilepsie sévères résistantes aux traitements, dans le cadre des soins de support en oncologie, dans les situations palliatives, dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou d'autres pathologies du système nerveux central. Le comité a rendu un avis le 26 juin 2019 favorable à la mise en oeuvre d'une expérimentation. Le principe de cette expérimentation a été confirmée par l'ANSM le 11 juillet 2019.

Il n'existe pas de loi spécifique destinée au contrôle des nouveaux produits de synthèse (NPS). La logique de classement d'un NPS sur la liste des stupéfiants est de type individuel (chaque substance interdite est nommée dans la liste) ainsi que générique.

► [Télécharger le workbook 2 : Cadre légal](#)

Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques

[haut du document](#)

Usage des principales drogues illicites et polyconsommation

Les dernières données disponibles en termes de niveaux de consommation des drogues illicites en France proviennent de l'enquête Baromètre santé 2017. En 2017, le cannabis reste de très loin la substance illicite la plus consommée, aussi bien chez les adolescents qu'en population adulte, avec au total 18 millions de personnes à l'avoir déjà essayé et 45 % des individus âgés de 18 à 64 ans. La proportion d'usagers récents (dans le mois) atteint 6,4 % parmi les adultes.

Parmi les usagers dans l'année de 18 à 64 ans (11 %), selon l'enquête Baromètre santé 2017 de Santé publique France, la proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis (au sens du Cannabis Abuse Screening Test, CAST - voir précisions en T1.2.3 du workbook 2016) est de 25 %, soit 2,3 % de la population française âgée de 18 à 64 ans. C'est d'ailleurs le produit le plus souvent mentionné comme posant problème parmi les personnes reçues dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Concernant les cannabinoïdes de synthèse, 1,3 % des 18-64 ans déclarent en avoir déjà consommé, un niveau d'usage similaire à celui de l'héroïne ou des amphétamines.

Parmi les adultes de 18 à 64 ans, les usages de cannabis se sont stabilisés entre 2014 et 2017 (après la forte hausse observée entre 2011 et 2014), se maintenant à un niveau élevé, quelles que soient la tranche d'âge et la fréquence d'usage. Cette tendance s'inscrit dans un contexte de dynamisme de l'offre en France, notamment avec la production locale d'herbe (plantations industrielles mais aussi cultures personnelles), alors que le marché de la résine innove et se diversifie (voir le workbook Marché et criminalité).

Le cannabis est également le produit illicite le plus consommé au début de l'adolescence et son usage est surtout le fait des garçons. En termes d'expérimentation, l'usage du cannabis concerne, en 2018, 6,7 % des collégiens (âgés en moyenne de 13,5 ans) (données de l'enquête ENCLASS 2018), une proportion en baisse par rapport à 2014 (9,8 %). En 2018, parmi les lycéens (âgés en moyenne de 17,1 ans), un tiers d'entre eux a déjà expérimenté le cannabis (33,1 %) soit 30,0 % des filles et 36,3 % des garçons. Par ailleurs, 17,3 % en ont consommé durant le mois précédant l'enquête. Ces niveaux sont en baisse par rapport à la précédente enquête de 2015 (respectivement 44,0 % et 22,6

%). Cette tendance au recul est également sensible dans l'enquête ESCAPAD 2017 parmi les jeunes de 17 ans où 21 % déclaraient avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois contre 25 % en 2014.

Dans l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) menée fin 2018 auprès de personnes âgées de 18 à 75 ans, près de 9 répondants sur 10 (88 %) citent spontanément le cannabis comme « drogue » qu'ils connaissent, ne serait-ce que de nom. Un peu moins de la moitié des enquêtés (48 %) estiment que son usage est dangereux dès la première fois.

La diffusion de la cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà : presque dix fois moins de personnes en ont déjà consommé. Toutefois, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 5,6 % en 2017, un niveau stable par rapport à 2014). La proportion d'utilisateurs dans l'année a également fortement augmenté, passant de 0,3 % en 2000 à 1,1 % en 2014 puis 1,6 % en 2017. L'usage de ce produit, autrefois cantonné à des catégories aisées, touche depuis quelques années l'ensemble des strates de la société, quoique de manière hétérogène. Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que la MDMA/ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 5,0 % et de 2,2 % chez les 18-64 ans. La proportion d'utilisateurs actuels de MDMA/ecstasy reste stable entre 2014 et 2017 (1,0 %). Chez les 18-25 ans, l'usage de ce produit se situe au niveau de celui de la cocaïne.

Enfin, la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,3 % pour l'ensemble des 18-64 ans et la consommation dans l'année apparaît très rare (0,2 % des personnes interrogées).

Les personnes de 18 à 75 ans interrogées dans EROPP fin 2018 sont 77 % à estimer que la cocaïne est dangereuse dès son expérimentation et 84 % à penser de même pour l'héroïne.

La dernière enquête ENa-CAARUD menée fin 2015 dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) a permis de valider les observations qualitatives du dispositif TREND qui montraient un report des consommations des usagers les plus précaires vers les produits les moins chers, les médicaments et le crack lorsqu'il est disponible.

Dans l'ensemble, la structure des consommations au cours des 30 derniers jours avant l'enquête n'a pas connu de modification importante. Néanmoins, certaines évolutions sont observables depuis 2008. Concernant les opioïdes, l'usage (quel que soit le cadre, thérapeutique ou non) de buprénorphine diminue de façon régulière (40 % vs 32 %), au profit de la méthadone (24 % en 2008 vs 31 % en 2015). L'usage d'héroïne est resté stable (30 %).

Concernant les stimulants, la part des usagers des CAARUD ayant consommé de la cocaïne basée (crack ou free base) poursuit sa progression (22 % en 2008, 33 % en 2015). On n'observe pas d'évolution concernant les hallucinogènes consommés seulement par un sous-groupe de cette population (15 %).

Usage de drogues illicites, d'alcool, de tabac et de médicaments

Dans le Baromètre santé de Santé publique France (population adulte) comme dans l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (jeunes de 17 ans), la polyconsommation est définie comme la consommation dans le mois d'au moins deux des trois produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis : il ne s'agit pas nécessairement d'usages concomitants. En 2014 (dernière donnée disponible), la polyconsommation demeure peu courante puisqu'elle ne concerne que 9,0 % de la population adulte. Elle atteint son niveau maximal parmi les 18-25 ans, qui sont une des tranches d'âges les plus consommatrices de tabac et de cannabis (13,2 %). La polyconsommation régulière des trois produits est rare, puisqu'elle concerne 1,8 % des hommes et 0,3 % des femmes âgés de 18-64 ans.

En 2017, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne 9,3 % des adolescents de 17 ans. Le cumul des usages réguliers de tabac et de cannabis est le plus répandu (4,4 %), devant celui des usages réguliers de tabac et d'alcool (2,8 %). Le cumul des usages réguliers des trois produits concerne pour sa part 1,9 % des jeunes de 17 ans.

Entre 2014 et 2017, la polyconsommation régulière a diminué de plus de 3 points, retrouvant ainsi le niveau observé en 2011.

Concernant le public reçu dans les consultations jeunes consommateurs (CJC), les consultants venus au titre du cannabis sont aussi consommateurs de tabac (87 % de fumeurs quotidiens) et sujets à une alcoolisation fréquente, voire massive. Environ 10 % de ces « consultants cannabis » sont des buveurs réguliers et près d'un quart (22 %) déclarent au moins trois alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans le dernier mois (Protais et al. 2016).

Les consommations d'alcool apparaissent également majoritaires parmi les usagers des CAARUD (usagers de drogues actifs qui ne sont pas engagés dans une démarche de soin ou sont en rupture de prise en charge, dans une situation socio-économique fragile) : 71 % d'entre eux rapportent avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois, et parmi eux, près de la moitié déclarent avoir consommé l'équivalent d'au moins 6 verres en une seule occasion, tous les jours ou presque au cours de la dernière année. Concernant les médicaments, en accord avec les données qualitatives, l'usage (quel que soit le cadre, thérapeutique ou non) de buprénorphine diminue de façon régulière (40 % vs 32 %), au profit de la méthadone (31 % en 2015 vs 24 % en 2008), davantage prescrite, et du sulfate de morphine, le plus souvent détourné (15 % en 2010, 17 % en 2012 et 2015). Les consommations de substances codéinées augmentent très progressivement depuis 2010, date où elles ont été mesurées pour la première fois (5 % vs 9 %), alors que le niveau d'usage des autres médicaments opioïdes (fentanyl par exemple), interrogé pour la première fois en 2015, s'élève à 7 %. Seuls 4 % des usagers ont consommé du méthylphénidate détourné, mais cette situation est très concentrée géographiquement. Par ailleurs, l'usage des benzodiazépines connaît une hausse brutale entre 2012 et 2015 (passant de 30,5 % à 36 %).

► [Télécharger le Workbook 3 : Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques](#)

Prévention

[haut du document](#)

Politique et organisation

En France, la prévention des conduites addictives concerne les substances psychoactives licites (alcool, tabac et médicaments psychotropes) et illicites mais également d'autres formes d'addiction (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, ...). Sous la responsabilité de l'État, cette stratégie est coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et mise en oeuvre au plan local par des services déconcentrés. Les objectifs généraux de la prévention des conduites addictives sont de retarder, si ce n'est empêcher l'initiation des usages, mais aussi à réduire les pratiques addictives, les abus et les risques associés. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 met l'accent sur le déploiement des approches fondées sur des données probantes, en particulier celles amplifiant les compétences psychosociales des enfants et adolescents, et sur le repérage précoce des conduites addictives pour mieux les orienter les personnes en besoin vers les services d'aide spécialisés.

Au sein des préfetures, les chefs de projet de la MILDECA définissent, dans le cadre de feuilles de route régionales, des objectifs de prévention des conduites addictives partagés avec les services territoriaux de l'État. Ils affectent aux activités de prévention des crédits d'intervention alloués par la loi de finances qui leur sont délégués par la MILDECA et des crédits issus du Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD). Les crédits d'intervention des Agences régionales de santé (ARS), notamment le Fonds d'intervention régional (FIR), et dorénavant le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives constituent d'autres sources de financement de la prévention.

Au plan local, les activités de prévention en milieu scolaire sont mises en oeuvre par un éventail de professionnels. Dans le cadre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves, les professionnels de la communauté scolaire sont impliqués aussi bien dans l'élaboration, que la planification et la mise en oeuvre des activités. Dans de nombreux cas, des intervenants externes (associations spécialisées, gendarmes ou policiers formateurs) sont sollicités pour s'adresser aux élèves. La prévention en milieu scolaire s'attache à développer les compétences individuelles et sociales des élèves afin de résister à l'envie de consommer, à la pression des pairs et à l'offre de drogues. Les projets éducatifs inscrits dans la durée sont encouragés.

Interventions de prévention

La prévention universelle dans les collèges et lycées et les 550 points de consultations jeunes consommateurs (CJC), destinés à l'intervention précoce auprès des jeunes usagers et leurs familles, sont deux piliers de la politique de prévention des addictions en France. Cependant, lors des dernières années, des nombreux efforts ont été développés envers des publics prioritaires tels que les jeunes des zones urbaines défavorisées, les jeunes décrocheurs et ceux relevant de la protection judiciaire de la jeunesse. Les mesures d'accompagnement ont été renforcées pour soutenir la mise en oeuvre de démarches de prévention collective en milieu professionnel (entreprises et services publics), au-delà de l'action de la médecine du travail. Les stratégies environnementales visant à réduire la consommation d'alcool et de tabac sont bien établies et bénéficient d'un fort soutien politique. Des campagnes médiatiques nationales de prévention contre l'alcool, le tabac ou les drogues illicites, sont régulièrement diffusées.

Tendances et assurance qualité

Lors de la décennie 2010, les professionnels et les décideurs montrent un intérêt croissant quant à la qualité des services et programmes de prévention offerts et les moyens de l'améliorer. Les parties prenantes sont encouragées, quoique non obligées, à suivre les recommandations en matière de prévention des dépendances à l'école et dans d'autres milieux. La grille ASPIRE (Appréciation et sélection de programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité « EDPQS »), adaptée des EDPQS, demeure peu connue et a priori peu utilisée. Depuis fin septembre 2018, un « [Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé](#) », géré par Santé publique France, est accessible et en développement continu.

Dernières évolutions

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 implique de nombreux nouveaux objectifs en matière de prévention pour les années à venir.

► [Télécharger le Workbook 4 : Prévention](#)

Prise en charge et offre de soins

[haut du document](#)

Profil national

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictions (disponible soit au sein d'établissements médico-sociaux - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA, soit à l'hôpital soit en ville) et le dispositif généraliste essentiellement représenté par les médecins

généralistes et les pharmaciens d'officine. D'après les données des rapports d'activité des CSAPA en ambulatoire, environ 138 000 personnes ont été prises en charge dans ces structures en 2016 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage. En 2018, près de 57 000 usagers commençant un épisode de traitement dans un CSAPA ont pu être inclus dans les données TDI. Ce chiffre ne représente cependant qu'une partie du nombre d'usagers qui seraient inclus si le recueil des données était exhaustif.

La prescription des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en pharmacie d'officine. En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement substitution aux opioïdes délivré en officine de ville et 23 330 patients ont eu une dispensation en CSAPA en 2016.

Sur le plan de l'offre de traitement en ambulatoire, les pouvoirs publics ont développé une prise en charge spécifique aux jeunes usagers par la création des consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2004. Il existe à l'heure actuelle environ 540 points de consultation ouverts. Bien qu'il n'existe pas de « programmes » nationaux à destination d'autres groupes cibles, certains CSAPA se sont spécialisés dans une prise en charge adaptée à tel ou tel public (femmes avec enfants, personnes ayant commis une infraction, etc.).

Tendances

Le nombre de personnes prises en charge pour la première fois de leur vie dans le dispositif spécialisé de traitement des addictions, après avoir augmenté entre 2014 et 2016, a baissé en 2017. Il est resté stable entre 2017 et 2018. La progression de ces demandes de traitement entre 2014 et 2016 concerne surtout les usagers de cannabis dont la part est très majoritaire (74 % en 2018). Le nombre de demandes de traitement liées aux opiacés régresse depuis 2016. Celles liées à la cocaïne, très faibles en 2014, ont plus que doublé entre 2014 et 2018 et pourraient bientôt dépasser celles liées aux opioïdes. Sur la période 2007-2018, la part du cannabis a progressé entre 2007 et 2014 pour se stabiliser ensuite. La part des opiacés a symétriquement régressé entre 2007 et 2014. La baisse se poursuit à rythme assez lent depuis. La part de la cocaïne a sensiblement augmenté entre 2016 et 2018.

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement, les évolutions de leur nombre sont similaires à ce qui est observé pour les premières demandes de traitement, bien que plus amorties en ce qui concerne le cannabis (taux d'augmentation et de baisse plus faible). La répartition suivant les produits apparaît assez stable jusqu'en 2010, avec une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis. La part de ces usagers augmente cependant ensuite fortement pour culminer à 62 % en 2016 pour baisser pour la première fois depuis 2010 en 2017 et se stabiliser en 2018 à près de 60 %. L'évolution de la part des usagers d'opiacés est à peu près symétrique à celle des usagers de cannabis. Comme pour les premières demandes de traitement, la tendance la plus marquante est la poursuite de l'augmentation du nombre et de la part des demandes de traitement liées à la cocaïne.

Par ailleurs, depuis 2013, le nombre de bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est stable, après n'avoir cessé d'augmenter depuis l'introduction de ce type de traitement. Le nombre de personnes traitées avec la buprénorphine haut dosage (BHD) baisse légèrement sur cette période, au profit des patients traités par méthadone, de manière concordante avec les données de ventes de ces médicaments de substitution aux opioïdes (MSO).

Dernières évolutions

Comme en 2017, l'année 2018 est marquée par la poursuite de la progression du nombre et de la part des demandes de traitements liées à la cocaïne. Le nombre et la part des demandes de traitements liées au cannabis semblent s'être stabilisés après la forte progression des années 2010-2016.

En 2017, 162 300 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes délivré en officine de ville : 99 900 personnes ont eu des délivrances de BHD en pharmacie d'officine (Subutex® ou génériques), 61 700 des délivrances de méthadone et 7 600 des délivrances de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®).

De plus, 23 330 patients ont eu une dispensation de médicaments de la substitution aux opioïdes (MSO) en CSAPA (19 800 de méthadone et 3 530 de BHD) en 2016.

► [Télécharger le Workbook 3.2 : Prise en charge et offre de soins](#)

Bonnes pratiques

[haut du document](#)

► [Télécharger le Workbook 3.3 : Best practice](#) (en anglais uniquement)

Conséquences sanitaires et réduction des risques

[haut du document](#)

Le nombre de décès par surdose en 2016 est de 309 chez les 15-49 ans (463 au total) selon les dernières données disponibles du registre général de mortalité. En 2017, 537 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques (432 dans DRAMES additionnés aux 105 décès de DTA). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), qui a recensé 432 décès en 2017, les opioïdes sont en cause dans 78 % d'entre eux. Les médicaments de substitution aux opioïdes sont en cause dans 45 % des cas et l'héroïne dans 25 %. La cocaïne est impliquée dans 26 % des décès. Par ailleurs, l'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 955 (soit 84 %) dont le statut vital a été retrouvé en décembre 2015. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,6 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (18,5).

Le nombre de décès par surdose dans le registre général de mortalité est en forte hausse (+ 31%) chez les 15-49 ans en 2016, par rapport à 2015. Entre 2010 et 2016, les médicaments de substitution aux opioïdes sont les principales substances impliquées dans les décès par surdose, devant l'héroïne. L'implication de la cocaïne apparaît en hausse dans les décès en lien avec l'usage de drogues depuis 2014.

Près de 13 000 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues ont été dénombrés en 2015 en France (réseau Oscour®). Plus du quart de ces passages sont en lien avec l'usage de cannabis, un peu moins du quart avec la consommation d'opioïdes, la cocaïne est en cause dans 7 % des cas, les autres stimulants dans 3 % des cas, les hallucinogènes dans 4 % des cas et enfin les substances en cause sont multiples ou non précisées dans 36 % des cas.

En 2017, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente 2 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues diminue depuis 2010. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues diminue aussi régulièrement depuis 2010.

Par ailleurs, entre 2012 et 2016-2017, les prévalences déclarées tant pour le VIH que le VHC sont stables, aussi bien en CAARUD qu'en CSAPA. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDI) observée depuis le début des années 2000. Les dernières données de prévalence biologique remontent à 2011. La prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois au cours de leur vie était alors égale à 13,3 %, la prévalence biologique du VHC dans cette population était de 63,8 %. La séroprévalence de l'AgHBs qui signe une infection chronique par le virus de l'hépatite B était de 1,4

% parmi les usagers de drogues enquêtés entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot.

Profil national et tendances en matière de réduction des risques

La politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) s'adresse à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances les exposent à des risques majeurs. Elle s'appuie notamment sur la distribution de matériel stérile à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de sniff, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. La prévention des pathologies infectieuses repose aussi sur l'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C ainsi que la vaccination contre le VHB et le traitement curatif de l'hépatite C. Une autre finalité majeure de la politique de RdRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés.

Approximativement, la distribution de matériel d'injection est estimée à 12 millions de seringues en 2016. Elle était estimée à 9,8 millions en 2011 (dernière année disponible avant la rupture des données compilées). Cette évolution représente une augmentation de 18 % (soit une hausse de 2,2 millions de seringues entre 2011 et 2016). Les ventes de seringues en pharmacie sous forme de kits d'injection, qui représentent un tiers des seringues distribuées aux usagers de drogues en 2016, ont diminué d'un tiers en 5 ans (33 % de réduction entre 2011 et 2016, soit 1 million de seringues en moins), compensées par la hausse de la distribution en CAARUD (+37 % en 5 ans), en CSAPA (+20 % en 5 ans), par les automates (+47 % en 5 ans) et par le programme postal d'échange de seringues (+95 % en 5 ans).

Dernières évolutions

Des actualisations des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHC ainsi que sur la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens en particulier parmi les usagers de drogues injecteurs. Entre 2014 et 2017, 59 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont été traités et guéris par les antiviraux d'action directe (AAD), parmi lesquels au moins 11 000 anciens ou actuels usagers de drogues. Au cours de l'année 2017, le remboursement des AAD (pris en charge par l'Assurance maladie à 100 %) a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique quel que soit le stade de fibrose. Depuis mars 2018, les AAD les plus prescrits sont disponibles en pharmacie d'officine et la prescription par tout médecin de certains AAD est possible depuis mai 2019, simplifiant la prise en charge de l'hépatite C.

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses opiacées), en France, une spécialité de naloxone par voie nasale, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché depuis juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018 et disponible seulement dans les CAARUD, CSAPA et les services spécialisés. Depuis juin 2019, des kits de naloxone intramusculaire (Prenoxad®) sont disponibles en pharmacie d'officine et dans les structures spécialisées.

Les salles de consommation à moindre risque, réservées jusqu'alors aux usagers de substances psychoactives par voie injectable, sont aussi accessibles depuis juillet 2019 aux usagers par voie nasale ou par voie d'inhalation.

► [Télécharger le Workbook 3.4 : Conséquences sanitaires et réduction des risques](#)

Marché et criminalité

[haut du document](#)

Marché intérieur de la drogue

L'herbe de cannabis est la seule substance illicite dont on observe la production en France. Alors que la culture d'herbe était majoritairement en métropole le fait de petits cultivateurs autosuffisants, la situation a commencé à changer, à partir des années 2000, avec l'apparition de cannabis factories tenues par le crime organisé et l'investissement de particuliers dans la culture commerciale.

La France, compte tenu de sa position géographique au coeur de l'Europe occidentale, est une zone de transit pour les principales substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse) produites dans le monde. Elle l'est aussi par ses départements d'outre-mer situés sur le continent américain (Guadeloupe, Martinique et Guyane) à proximité des grandes zones de production et de transit de la cocaïne (Colombie, Venezuela).

La résine de cannabis consommée en France provient du Maroc, le plus souvent via l'Espagne, tandis que l'herbe de cannabis est importée principalement d'Espagne, des Pays-Bas et de Belgique. La cocaïne consommée en France est produite essentiellement en Colombie. Elle transite, par la voie maritime, au sud par l'Espagne (Algeiras) et au nord par les Pays-Bas (Rotterdam), la Belgique (Anvers) et dans une moindre mesure l'Allemagne (Hambourg). Depuis quelques années, la cocaïne transitant par le Venezuela puis les Antilles françaises pénètre sur le continent européen par le port du Havre. Le trafic de « mules » empruntant la voie aérienne entre la Guyane et la métropole est aussi en forte augmentation.

L'héroïne consommée en France provient majoritairement d'Afghanistan (héroïne brune) et transite via la route des Balkans (Turquie, Grèce, Albanie). Les Pays-Bas, devant la Belgique, sont la plate-forme principale où les trafiquants français s'approvisionnent.

Les drogues de synthèse (MDMA/ecstasy, amphétamines) consommées en France proviennent également principalement des Pays-Bas.

Infractions à la législation nationale sur les stupéfiants

En 2018, le nombre total de personnes mises en cause pour usage de stupéfiants en France est de 161 300 contre environ 164 000 en 2017. Ainsi, sur 10 personnes mises en cause pour une infraction à la législation sur les stupéfiants, 8 le sont pour usage simple. Le nombre des personnes impliquées pour des faits de trafic (15 400) augmente de 6 % par rapport à 2017, celui des usagers-revendeurs (18 200) de 3 %. En 2010 (dernière année pour laquelle on dispose du produit en cause), 90 % des interpellations concernaient l'usage simple de cannabis, 5 % celui d'héroïne et 3 % celui de cocaïne.

Activités essentielles en matière de réduction de l'offre de drogues

Le nouveau plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) insiste sur l'importance de la mise en place d'une réelle stratégie nationale fondée sur une meilleure coordination des différents services impliqués (police, douanes, gendarmerie, justice). Une priorité importante est accordée à la lutte contre le blanchiment, question majeure dans le cadre d'un marché français des drogues dynamique. L'enjeu de la coopération internationale est également particulièrement mis en avant compte tenu notamment de l'importance du rôle des départements d'outre-mer (Guyane, Martinique, Guadeloupe ainsi que la collectivité d'outre-mer Saint-Martin) dans l'approvisionnement du marché métropolitain de la cocaïne. Enfin, l'accent est mis sur la prévention afin d'éviter l'entrée des plus jeunes et notamment des mineurs, dans les trafics locaux très présents dans les grandes métropoles.

► [Télécharger le Workbook 4 : Marché et criminalité](#)

Prison

[haut du document](#)

Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 185 établissements pénitentiaires comprenant 59 765 places de détention « opérationnelles ». Avec 68 974 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 120 détenus pour 100 places. Les seules enquêtes récentes sur les usages de drogues en prison ne fournissent que des données préliminaires ou partielles. Toutefois, les études menées il y a une dizaine d'années montraient qu'un tiers des nouveaux détenus déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison. Environ 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. La dépendance concernait 10 % des personnes détenues, mais le nombre global d'usagers problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France. Aucune donnée chiffrée sur la présence de NPS au sein des prisons françaises n'est connue. Les personnes détenues sont plus touchées par les maladies infectieuses que la population générale : bien qu'en recul, les prévalences d'infection du VIH varient selon les sources entre 0,6 % et 2,0 % (3 à 4 fois plus qu'en population générale), tandis que celles du VHC se situent entre 4,2 % et 6,9 % (4 à 5 fois plus).

Depuis 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé en prison. La prise en charge sanitaire en milieu carcéral repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) qui organisent la réponse au sein de l'établissement pénitentiaire pour les soins somatiques et les soins psychiatriques. Les unités de soins psychiatriques (services médico-psychologiques régionaux - SMPR), interviennent en coordination et en soutien des USMP. Elles disposent de places d'hospitalisation de jour. Pour prendre en charge les personnes présentant des conduites addictives et leurs conséquences somatiques et/ ou psychiatriques ces unités peuvent bénéficier d'une collaboration avec un CSAPA en milieu pénitentiaire, implanté dans les onze plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée) ou d'autres spécialistes en addictologie selon les organisations locales. Un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire. Ses missions sont de contribuer à préparer la sortie et favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. En 2016, 202 CSAPA ont indiqué intervenir en milieu carcéral, dont 11 CSAPA intervenant exclusivement en milieu carcéral (ancienne Antennes-Toxicomanies créées à la fin des années 1980) et 126 CSAPA référents. Ces centres sont intervenus dans 162 établissements pénitentiaires différents.

Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en oeuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996. Tout d'abord une personne détenue doit pouvoir non seulement continuer son traitement de substitution aux opiacés (TSO) prescrit avant son incarcération mais aussi en initier un si elle le souhaite. En complément de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH et les hépatites.

Depuis 2009, différents textes proposent d'intensifier les mesures de réduction des risques en prison. Les principaux axes d'amélioration concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage, et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les programmes d'échange de seringues. La loi de modernisation de santé de 2016 réaffirme ces ambitions.

Dernières évolutions

Environ 13 700 personnes détenues ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes en 2017, soit 8 % des individus ayant séjourné en établissement pénitentiaire, proportion qui apparaît stable depuis 2013.

L'enquête Circé, menée par l'OFDT entre 2016 et 2018, réactualise les données déjà existantes sur

l'organisation du trafic de drogues en détention et les réponses qui lui sont apportées. Elle montre qu'actuellement les parloirs et les « projections » dans la cour de promenade sont les deux principaux moyens utilisés par les prisonniers pour introduire des produits interdits. Elle révèle l'existence de personnes spécifiques pour faire entrer des drogues en détention, dont les surveillants. Le rapport étudie également l'organisation de ce marché et ses principaux acteurs. Il montre que les organisations sociales auxquelles le trafic donne lieu sont variées et que le phénomène est à l'origine de trajectoires carcérales spécifiques. L'étude étudie enfin la variabilité des réponses apportées par l'administration pénitentiaire, allant de l'attitude sanctionnante à des attitudes de « laisser-faire » visant à négocier la paix avec les détenus. Les unités sanitaires oscillent également entre des modalités d'adaptation de leurs pratiques prescriptives et des réponses se voulant compréhensives. Depuis juin 2017, la France expérimente une première communauté thérapeutique en milieu carcéral (l'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues : URUD) au centre de détention de Neuvic. Une évaluation de processus a été demandée à l'OFDT pour accompagner sa mise en oeuvre. Elle témoigne de résultats prometteurs : le dispositif permet de pacifier les relations entre détenus et surveillants tout en témoignant d'effets positifs sur les bénéficiaires. Ce bilan soulève toutefois quelques interrogations, concernant principalement l'aspect sélectif du programme et la question de la confidentialité des informations personnelles délivrées. La durée de cette expérimentation a été prolongée jusqu'en 2020. Des données médico-économiques sont également attendues pour statuer sur l'éventuelle réplication du dispositif.

En juin 2019, le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de la justice ont arrêté une feuille de route ciblant, pour la période 2019-2021, 28 actions prioritaires issues de la stratégie nationale santé des personnes placées sous main de justice adoptée en 2017.

► [Télécharger le Workbook 5.1 : Prison](#)

Recherche

[haut du document](#)

► [Télécharger le Workbook 5.2 : Research](#) (en anglais uniquement)

- [L'OFDT](#)
- [Actualités et presse](#)
- [Produits et addictions](#)
- [Populations et contextes](#)
- [Régions et territoires](#)
- [Europe et international](#)