



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'EMCDDA - 2022

To download the final reports in english: [click here](#).

Les versions françaises mises à disposition sur ce site sont des documents intégrant une couverture et des titres en anglais, prédéterminés par l'EMCDDA.

Le rapport 2022 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, 1 (celui marqué d'un astérisque) est disponible uniquement en anglais.

### Politique et stratégie nationale

#### [haut du document](#)

Adopté par le Gouvernement en décembre 2018, 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 (écrans, jeux d'argent et de hasard, dopage). Le Plan 2018-2022 porte un discours affirmé et clair sur les risques et les dommages liés aux comportements addictifs. La stratégie gouvernementale met l'accent sur la prévention, les publics vulnérables et les inégalités de santé. Le plan national contre les addictions 2018-2022 accorde une attention particulière à la qualité des réponses apportées aux conséquences des addictions pour les individus et la société. Sur les aspects relatifs aux stupéfiants et à la sécurité, le Plan témoigne d'un engagement fort contre les trafics afin de répondre aux enjeux posés par l'accroissement de l'offre et les conséquences directes du trafic (insécurité, violences, organisation sociale parallèle dans certains espaces du territoire national, fragilisation de l'économie légale...). Le Plan renforce la dimension interministérielle de l'action publique dans le domaine des addictions en proposant un pilotage renforcé du soutien à la recherche. S'agissant de la déclinaison des orientations nationales dans les régions et départements français, le Plan 2018-2022 souligne sa volonté de fédérer l'action des services de l'Etat, des collectivités territoriales et de la société civile et donne le mandat aux préfets de région de mettre en place des feuilles de route à l'échelle de leur territoire. L'élaboration du Plan 2018-2022 a été guidée par le principe de renforcement de la cohérence de l'action publique sur la période de mise en œuvre de ses mesures et la recherche de leur articulation avec d'autres programmations stratégiques du Gouvernement (prévention, santé, sécurité routière, pauvreté des enfants, étudiants, personnes sous-main de justice, logement, Outre-mer).

Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a été évalué récemment dans le

cadre d'une démarche d'évaluation interne, pilotée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). L'évaluation a eu une double finalité : établir un bilan des dynamiques territoriales et concevoir des propositions opérationnelles qui viendront étayer la prochaine stratégie gouvernementale. L'approche méthodologique, de nature qualitative, a reposé sur des temps de travail et d'échanges avec les services de l'État impliqués dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives, dans deux régions représentatives des dynamiques territoriales en cours : Occitanie et Normandie. Étaient mobilisés également les préfetures de régions et de départements, les agences régionales de santé et les procureurs et rectorats. Cet exercice d'évaluation a été renforcé par des éclairages complémentaires apportés par le tableau de suivi des indicateurs du plan.

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. 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 œuvre. 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, 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 de 101 chefs de projet territoriaux (généralement les directeurs de cabinet des préfets de département et de région, ces derniers étant chargés de la coordination régionale) assure la cohérence des actions menées. Depuis le 1er janvier 2020, l'Office anti-stupéfiants (OFAST), service rattaché à la Direction générale de la Police nationale (DGPN) - est désigné comme chef de file des forces de sécurité intérieure, des douaniers et de la marine nationale, ainsi que de l'autorité judiciaire en matière de lutte contre les trafics. Ce service réunit des agents de la police, la gendarmerie, les douanes et des officiers de liaison. Au plan territorial, 103 cellules de renseignement opérationnel sur les stupéfiants (CROSS) réalisent un travail essentiel de collationnement de l'information aux fins de connaissance du trafic, d'action et de judiciarisation.

Le coût social des drogues en France a été estimé trois fois, en 1996, 2003 et en 2010. Pour l'année 2010, la dernière estimation publiée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) en septembre 2015 évalue ce coût 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). Bénéficiant du soutien du Fonds de lutte contre les Addictions (FLCA), une nouvelle estimation du coût social des drogues est en cours de réalisation sous la coordination de l'OFDT. Une nouvelle réactualisation (données 2021) sera publiée prochainement.

En 2020, le total des dépenses publiques en faveur de la lutte contre les drogues et les conduites addictives est estimé à 2,31 milliards d'euros. La contribution de l'État et de l'Assurance maladie représente 0,13 % du produit intérieur brut (PIB) (Eurostat 2022), avec 44 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 54 % pour les activités de réduction de l'offre et 2 % des ressources allouées aux activités transversales (coordination, recherche et coopération internationale).

Deux sujets d'importance ont marqué l'année 2021-2022 : la Présidence française du Groupe Horizontal Drogues et les dernières évolutions concernant les salles de consommation à moindre risque.

Dans le cadre de la Présidence française du Conseil de l'Union européenne, la MILDECA a présidé le Groupe Horizontal Drogues. Les thématiques centrales ciblées par la France ont été la révision du mandat de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la réponse de l'Union européenne à l'augmentation de l'offre et de la demande de cocaïne, la prise en compte de l'impact

environnemental de la production, du transport et de la consommation de drogues et les rapports entre drogues et numérique. S'agissant de la politique de réduction des risques, la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2022, au regard des résultats positifs de l'évaluation conduite par l'Inserm notamment, prolonge pour trois ans l'expérimentation du dispositif des salles de consommation à moindre risque renommées Haltes Soins Addictions (HSA).

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

## Cadre légal

[haut du document](#)

En France, le régime applicable aux faits d'usage et de trafic de stupéfiants a été instauré par la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Les dispositions de cette loi ont depuis été codifiées dans le code de la santé publique (CSP).

Les peines encourues par les auteurs des infractions liées au stupéfiants dépendent de la gravité des délits ou crimes commis (voir T1.1.1), ainsi l'usage illicite de stupéfiants (art L.3421-1 du CSP) est moins sévèrement puni que le trafic de stupéfiants (art 222-34 et suivants du code pénal) ou les délits qui y sont liés (blanchiment, non-justification des ressources correspondant à son train de vie, etc.) car l'auteur est considéré par la loi certes comme un délinquant mais également comme un malade. La pénalisation de l'usage se traduit par un large spectre de réponses : certaines suspendent ou annulent les poursuites mais n'en demeurent pas moins des sanctions, comme les alternatives aux poursuites ou les compositions pénales ; d'autres se traduisent par des poursuites judiciaires, pouvant déboucher sur une peine d'amende ou d'autres types de condamnations (voire, parfois, une incarcération).

Si la loi française ne fait pas de distinction de produit comme le font certains pays, elle distingue la cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle et les autres situations. Les cas de récidive sont sanctionnés plus sévèrement (voir T1.1.2).

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 (voir T1.1.3).

► [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 de Santé publique France (Baromètre santé) 2020 pour le cannabis et le Baromètre santé 2017 pour les autres substances illicites. En 2020, 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 46 % des individus âgés de 18 à 64 ans. La proportion d'usagers actuels (dans l'année) atteint 11,3 % 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 « Usages » de 2016](#)) est de 25 %, soit 2,3 % de la population française âgée de 18 à 64 ans en 2017. 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 2017 et 2020, 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 T.2.1 du [Workbook « Marché et criminalité » 2021](#)).

En 2017, le cannabis est également le produit illicite le plus consommé au début de l'adolescence et son usage est surtout le fait des garçons. (voir T0.1 du [Workbook « Marché et criminalité » 2021](#))

La dernière enquête ESCAPAD portant sur les jeunes de 17 ans a été menée en 2022. Les résultats seront disponibles en 2023.

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 (voir T4.1 de la section Cannabis ci-dessous pour d'autres informations sur les opinions).

En 2017, 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. Il en est de même pour la MDMA/ecstasy (voir T0.1 du [Workbook « Marché et criminalité » 2021](#) pour les autres informations sur les consommations en population adulte).

La dernière enquête ENa-CAARUD menée fin 2019 dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) a confirmé 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/cocaïne basée lorsqu'il est disponible. Il est par ailleurs à noter la montée très nette de la pauvreté et de la précarité sociale des usagers, ainsi qu'une progression importante de la prévalence d'usages de cocaïne au cours des 30 derniers jours (passée de 50 % à 69 % de 2015 à 2019), reposant en particulier sur la cocaïne basée.

## 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. ([Voir T0.2 du Workbook « Marché et criminalité » 2021](#))

La dernière enquête ESCAPAD portant sur les jeunes de 17 ans a été menée en 2022. Les résultats seront disponibles en 2023.

Concernant le public reçu dans les consultations jeunes consommateurs (CJC), veuillez consulter le T0.2 du [Workbook « Usages de substances illicites » 2021](#).

► [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 l'autorité du Premier Ministre, cette stratégie est coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et mise en œuvre 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 dans le champ de la prévention, en particulier celles amplifiant les compétences psychosociales des enfants et adolescents, et sur le repérage précoce des conduites addictives pour mieux 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, les collectivités locales et les associations. 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) constituent d'autres sources importantes de financement de la prévention. Annuellement, le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) abonde le FIR et des appels à projets thématiques dans les champs de la prévention et la recherche.

Au plan local, les activités de prévention en milieu scolaire sont mises en œuvre par un éventail de professionnels. La prévention en milieu scolaire repose en particulier sur des programmes de renforcement des compétences individuelles et sociales des élèves (depuis la maternelle jusqu'au collège) afin de résister à l'envie de consommer, à la pression des pairs et à l'offre de substances psychoactives.

## Interventions de prévention

En France, les stratégies environnementales visant à réduire la consommation d'alcool et de tabac sont bien établies et bénéficient d'un fort soutien politique. La prévention universelle dans les établissements scolaires (y compris ceux relevant de l'enseignement agricole) et la prévention indiquée par le biais des 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. Cependant, les mesures d'accompagnement ont été renforcées pour soutenir la mise en œuvre de démarches de prévention collective en milieu professionnel (entreprises et services publics), au-delà de l'action de la médecine du travail, ainsi qu'en milieu universitaire par l'intermédiaire des services de santé et des étudiants relais santé. Également des nombreux efforts ont été développés envers des publics prioritaires tels que les jeunes des zones urbaines défavorisées, les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'aide sociale à l'enfance. Des campagnes médiatiques nationales de marketing social à l'encontre des consommations d'alcool ou du tabac sont régulièrement diffusées, plus rares sur le sujet des drogues. Deux campagnes sur le cannabis ont été organisées en 2022.

## 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. Des efforts particuliers sont déployés pour l'extension de versions adaptées au contexte français des programmes Unplugged et GBG (Good Behavior Game) dans les classes du premier degré, dans le cadre d'une initiative croisée entre organisations professionnelles et décideurs. Les parties

prenantes sont encouragées à suivre les recommandations en matière de prévention des dépendances, à l'école et dans d'autres milieux. La liste de contrôle 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 (voir T1.3).

## Nouveaux développements

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

Une des priorités du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018) est la construction d'un parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre spécialisée mieux structurée. Cette priorité se décline en 6 objectifs (voir T1.1).

L'offre de prise en charge des usagers de drogue repose sur les 3 secteurs du système sanitaire français : le secteur de la ville, le secteur médico-social et le secteur hospitalier (voir T1.2).

### *Structures de prise en charge des addictions*

Cette offre est pluridisciplinaire et comprend les modalités de prise en charge suivantes :

- Une prise en charge médicamenteuse : substitution ou sevrage et post sevrage
- Une prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques
- Une approche psychothérapeutique
- Une prise en charge socio-éducative
- Une réduction des risques et des dommages (RdRD)
- Une consultation spécifique pour les parents ou conjoint(e) des sujets en risque de dépendance ou en dépendance (approche familiale)

Le dispositif français RECAP a fait l'objet d'une mise à plat méthodologique en 2021-2022. Les données RECAP qui servent à la production des données TDI seront désormais exploitées avec un décalage de 2 ans. Cela permettra à terme de disposer de statistiques fournies par un plus grand nombre de structures de soins que jusqu'à présent. La production des données 2021 ne sera donc disponible que l'année prochaine. Ce WB reprend donc les données RECAP 2020 exploitées dans le rapport de l'année précédente. En l'absence de données 2021, le nombre total de personnes commençant un traitement dans les CSAPA pourrait être estimé à environ 66 000 personnes (voir [Workbook « Prise en charge et offre de soins » 2021](#)), soit un effectif en légère baisse par rapport à 2019. Par ailleurs, au total, 22 900 patients ont eu une dispensation de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en CSAPA en 2019.

L'activité des médecins de ville en matière de traitement des addictions concerne principalement la prescription de médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Selon les dernières données de 2018, 161 400 personnes ont eu une prescription de médicaments de substitution aux opiacés (MSO)

en France (voir [Workbook « Prise en charge et offre de soins » 2021](#)).

## Tendances

Les effectifs de l'ensemble des usagers entrant en traitement (à champ constant) ont diminué en 2020 : la baisse est globalement de près de 22 %, et de 26 % lorsque le cannabis est concerné, de 16 % pour les opioïdes et de 20 % pour la cocaïne ([Workbook « Prise en charge et offre de soins » 2021](#)).

► [Télécharger le Workbook 5 : Prise en charge et offre de soins](#)

## Bonnes pratiques

[haut du document](#)

► [Télécharger le Workbook 6 : Best practice](#) (en anglais uniquement)

## Conséquences sanitaires et réduction des risques

[haut du document](#)

Les données les plus récentes du registre général de mortalité (CépiDc) datent de 2017 avec 417 décès. Ce chiffre est probablement sous-estimé.

En 2020, le registre spécifique DRAMES a reporté 567 décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives (503 en 2019) et le registre spécifique DTA comptabilisait 117 décès liés à l'usage de médicaments antalgiques (145 en 2019).

Environ 19 300 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues (PULUD) ont été dénombrés en 2019 en France (réseau Oscour®). Ces passages sont liés notamment à l'usage de cannabis (29 %), d'opioïdes (26 %) et de cocaïne (12 %). On note entre 2015 et 2019 une augmentation de la proportion de passages aux urgences liés à l'usage de cocaïne (12 % vs 7 %).

L'usage de drogues par voie injectable a été rarement identifié comme mode de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2020 (1,5 %). À la découverte de la séropositivité VIH, 5 % des usagers de drogue par voie intraveineuse étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B (Ag HBs) et 57 % étaient positifs pour les anticorps anti-VHC.

## Profil national

Les données les plus récentes du registre général de mortalité datent de 2016 avec 309 décès par surdose chez les 15-49 ans (463 au total). Ce nombre est en forte hausse (+ 31 %) chez les 15-49 ans en 2016, par rapport à 2015.

En 2019, 648 décès ont été dénombrés dans les registres spécifiques des décès par surdose (503 dans DRAMES additionnés aux 145 décès de DTA). Les médicaments de substitution aux opioïdes sont, devant l'héroïne, les principales substances impliquées dans les décès par surdose. D'après les données du registre DRAMES, les opioïdes sont impliquées dans 77 % des décès : les médicaments de substitution aux opioïdes et l'héroïne sont en cause dans 43 % et 29 % des décès, respectivement. La cocaïne est impliquée dans 22 % des décès.

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 2018, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente 1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues (67 cas en 2018) diminue depuis 2010. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues diminue aussi régulièrement depuis 2010.

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 (AC anti-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.

Les prévalences déclarées pour le VIH et le VHC sont stables en CAARUD. En CSAPA la prévalence déclarée de VIH reste stable et on note un impact positif de la stratégie d'accès universel au traitement sur la part des usagers se déclarant porteur du VHC (voir T.1.3.1).

## Profil national et tendances en matière de réduction des risques

La politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en direction des usagers de drogues vise notamment à prévenir les infections et les surdoses mortelles liées à la consommation de substances et à favoriser l'accès aux soins et aux droits sociaux des usagers de drogue. Elle fait appel à des acteurs de proximité et s'appuie sur :

- Une feuille de route gouvernementale pour la prévention et la prise en charge des surdoses d'opioïdes, qui inclut un programme de diffusion de la naloxone : les kits de naloxone prêts à l'emploi sont disponibles dans les établissements de santé, les structures spécialisées en addictologie et en pharmacie d'officine.
- Un programme de distribution de matériel de prévention qui repose sur une offre de proximité (CSAPA et CAARUD, pharmacies, automates) et un programme d'échange de seringue par voie postale. Ce dernier permet d'améliorer l'accessibilité en levant les freins liés à l'éloignement géographique, aux horaires d'ouverture et à la confidentialité.
- Les traitements de substitution aux opiacés accessibles en ville, dans les CSAPA et en prison.
- Les stratégies nationales de prévention du VIH et des hépatites : les actions mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies portent notamment sur le renforcement du dépistage de proximité et l'accès rapide au traitement et s'inscrivent dans l'objectif d'élimination du VIH à horizon 2030 et du VHC à horizon 2025.
- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR), devenues les « Halte soins addiction » (HSA). (Voir T3. et l'analyse de drogues utilisée comme outil de réduction des risques au T.1.5.3).

## Nouveaux développements

Depuis septembre 2021, la France dispose à nouveau de naloxone sous forme de spray nasal : Nixoid® pulvérisateur nasal 1,8 mg/0,1 ml. Il s'ajoute au kit de Prenoxad® solution injectable intramusculaire 0,91 mg/ml déjà disponible sur le marché. Le Nixoid® est soumis à prescription médicale obligatoire.

L'expérimentation des SCMR débutée en 2016 à Paris et Strasbourg pour une durée de 6 ans est prolongée jusqu'en décembre 2025 afin de permettre l'ouverture de ces espaces de réduction des risques sur de nouveaux territoires. Les SCMR évoluent pour devenir des « Halte soins addiction » (HSA). Les HSA sont des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation des usagers de drogues. Elles peuvent prendre la forme d'unités mobiles et peuvent aussi être localisés dans les structures médico-sociales spécialisées (CSAPA et CAARUD).

Le dispositif réglementaire de financement et d'autorisation de la réalisation des tests rapide d'orientation diagnostique (TROD) par un personnel non médical qui jusqu'à présent ne couvrait que



le VIH et le VHC a été étendu au VHB en juin 2021 ([arrêté du 16 juin 2021](#) fixant les conditions de réalisation des TROD).

Concernant les TSO, la gamme des médicaments de substitution aux opiacés s'est élargie avec la mise sur le marché en juillet 2021 du Buvidal® : buprénorphine en solution injectable à libération prolongée, administrée de manière hebdomadaire ou mensuelle. Buvidal® est réservé exclusivement aux professionnels à l'hôpital ou en CSAPA. Par ailleurs, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a mis en place en avril 2021 un comité scientifique temporaire chargé de proposer les modalités cliniques et les conditions de prescription et de délivrance de la morphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes.

La haute autorité de santé (HAS) a publié en mars 2022 une recommandation de bon usage des médicaments opioïdes qui vise à diminuer les cas de surdose et de dépendance physique aux opioïdes (HAS 2022).

Une loi tendant à prévenir les usages dangereux et détournés du protoxyde d'azote a été publiée en juin 2021 ([Loi n°2021-695](#)).

► [Télécharger le Workbook 7 : Conséquences sanitaires et réduction des risques](#)

## Marché et criminalité

[haut du document](#)

### Marché intérieur de la drogue

L'herbe de cannabis est la principale substance illicite dont la production est observée 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 2010, 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 cœur de l'Europe occidentale est une zone de transit pour les principales substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse) produites dans le monde. Elle 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 (Colombie, Bolivie, Pérou) et de transit de la cocaïne (Venezuela, Brésil, Suriname).

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 (Algesiras) 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 notamment par le Brésil et le Venezuela puis les Antilles françaises pénètre également sur le continent européen par les ports européens et français dont principalement celui du Havre. Le trafic de « mules » empruntant la voie aérienne entre la Guyane et la métropole est aussi en forte augmentation depuis 2011.

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 2021, le nombre total de personnes mises en cause pour usage de stupéfiants en France

métropolitaine est de 189 713 (contre 132 046 en 2020). 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 en 2021 en métropole est de 17 822, en hausse par rapport à 2020 (14 791), celui des usagers-revendeurs de 16 845 (contre 14 844 en 2020). 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 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. Les actions françaises à l'internationale reposent principalement sur les réseaux d'attachés de sécurité intérieure, d'attachés douaniers et de magistrats de liaison implantés dans les principaux pays de production et de transit. 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.

Au mois de février 2020, le ministère de l'Intérieur a annoncé officiellement la création de l'OFAST (Office antistupéfiants), qui succède à l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants). Cette création correspond à la volonté de l'État d'accroître la coopération entre les différents services en charge de l'application de la loi : police, douanes, gendarmerie et justice. L'OFAST est organisé en trois pôles « stratégie », « renseignement » et « opérationnel », pour répondre aux trois missions « comprendre », « cibler », et « agir ». Ils sont dirigés respectivement par une administratrice des douanes, un colonel de gendarmerie et un commissaire divisionnaire. L'adjoint à la cheffe de l'office est issu de la magistrature. L'OFAST compte onze antennes régionales, cinq détachements territoriaux. Depuis le 30 septembre 2020, 104 cellules de renseignements opérationnels sur les stupéfiants (CROSS) ont été déployées sur tout le territoire, soit une par département. Une de leurs missions est d'établir une cartographie des points de deal présents sur le territoire français et de leur évolution sur une base trimestrielle. En 2021, le gouvernement a annoncé la création d'un portail de signalement permettant aux citoyens de communiquer à la police et la gendarmerie des informations concernant les trafics de stupéfiants et leurs acteurs. Ces informations sont ensuite transmises aux CROSS pour traitement. Ce dispositif devrait être pleinement opérationnel au cours de l'année 2022.

Par ailleurs, l'importance des trafics dans les ports et aéroports a conduit l'OFAST et les douanes à créer des CROSS THEMATIQUES portant sur les activités portuaires, aéroportuaires et postales.

En outre, afin d'augmenter les confiscations des avoirs criminels liés aux trafics de stupéfiants, le gouvernement a décidé le 1er janvier 2021, de renforcer les moyens de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) en ouvrant deux antennes régionales à Lyon et Marseille. En 2022, deux autres antennes régionales sont en voie d'être créées.

► [Télécharger le Workbook 8 : Marché et criminalité](#)

## **Prison**

[haut du document](#)

Avec 69 448 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 114 détenus pour 100 places. D'après les données de l'administration pénitentiaire, la population écrouée en France au 01/01/2022 est composée de 77,5 % de personnes condamnées. 13,5 % sont présentes au titre d'une infraction à la législation sur les stupéfiants et autres infractions en matière de santé publique.

Les seules enquêtes récentes sur les usages de drogues en prison ne fournissent que des données préliminaires ou partielles, car elles ne sont pas nationales. Elles estiment la proportion de personnes consommant du cannabis entre 35 et 40 %. La quantification des autres produits donne lieu à des résultats très différents en fonction des études. Aucune donnée chiffrée sur la présence de nouveaux produits de synthèse (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).

La prise en charge sanitaire en milieu carcéral repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Les unités de soins psychiatriques (services médico-psychologiques régionaux, SMPR), interviennent en coordination et en soutien des USMP. Elles disposent de places d'hospitalisation psychiatrique 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. Un CSAPA référent, chargé de la préparation à la sortie, est désigné pour chaque établissement pénitentiaire.

Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre 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.

## Nouveaux développements

Environ 12 900 personnes détenues ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes en 2018, soit 7 % des individus ayant séjourné en établissement pénitentiaire.

Malgré la poursuite de l'épidémie de COVID en 2021-22, les prisons françaises ont globalement retrouvé un fonctionnement normal. Une veille de l'épidémie est toutefois maintenue et des mesures spécifiques sont prises en cas de cluster constaté dans un établissement.

Une évaluation médico-économique de l'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) a été menée en 2017 et 2022. Elle confirme les résultats de celle de l'OFDT en 2016 constatant les effets bénéfiques de l'URUD sur ses résidents, recommande la poursuite de l'évaluation et propose une duplication du dispositif à trois ou quatre nouveaux établissements.

► [Télécharger le Workbook 9 : Prison](#)

## Recherche

[haut du document](#)

## Profil national

En France, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche conçoit, coordonne et met en œuvre la politique nationale de recherche et d'innovation. Deux principaux organismes universitaires, le Centre national de recherche scientifique (CNRS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), couvrent un large éventail de domaines de recherche, des neurosciences aux sciences sociales, en passant par la santé publique et la recherche clinique.

Le point focal national français (OFDT) est le principal organisme impliqué dans la collecte de données sur les drogues et les addictions. Il collabore largement avec les équipes nationales et européennes de recherche sur les drogues. La diffusion des données et des résultats de la recherche fait également partie de son mandat, ainsi que la publication dans des revues scientifiques nationales et internationales, et la promotion de l'utilisation des résultats de la recherche dans la pratique et l'élaboration des politiques.

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) est la structure centrale proche du Premier ministre chargée de coordonner l'action gouvernementale dans le domaine des drogues. Elle a notamment pour mission de promouvoir et de financer la recherche sur les drogues et les addictions. Par son positionnement interministériel et sa collaboration avec l'OFDT et les autres partenaires, la MILDECA joue un rôle majeur dans le transfert des connaissances auprès des décideurs, professionnels et citoyens en France. La MILDECA utilise ses crédits propres (loi de finances/ fonds de concours « drogues ») pour soutenir des recherches revêtant un caractère particulièrement stratégique pour le pilotage des politiques publiques sur les drogues et les conduites addictives.

## Nouveaux développements

Dans la continuité des plans gouvernementaux précédents, le développement de la recherche et de l'observation dans le champ des addictions en vue d'éclairer la mise en œuvre des politiques publiques est l'un des 6 grands défis inscrits dans le plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018). Les efforts à déployer visent deux grandes priorités :

- 1) rapprocher science, décision politique et citoyens ;
- 2) élargir les connaissances dans tous les domaines de l'action publique.

En vue de resserrer les liens entre la communauté scientifique, les décideurs et les citoyens, le plan prévoit de renforcer les espaces et moments de rencontres dédiés à la diffusion des connaissances sur les addictions à l'échelon national et territorial. Le positionnement privilégié du point focal (OFDT) en vue d'accélérer le transfert de connaissances et leur appropriation par les acteurs et le grand public est souligné.

Le plan met en exergue plusieurs domaines clés nécessitant l'acquisition de nouvelles connaissances : prévalences d'usages parmi des publics vulnérables (personnes handicapées, en situation de précarité, placées sous main de justice, migrantes), influence des facteurs environnementaux et de l'offre de prévention et de soin sur les trajectoires de consommations, facteurs de vulnérabilités individuelles, spécificités liées au genre...

En vue d'améliorer la prévention des usages, l'accent est mis notamment sur la conduite de recherches interventionnelles en milieu scolaire et professionnel. Le plan promeut également le développement des connaissances sur les stratégies marketing influant la perception des risques liés aux consommations parmi les jeunes afin de déconstruire le discours véhiculé par les industriels et de mettre en place des réponses adaptées.

Pour mieux réduire les risques, soigner et améliorer l'accès au soin, le plan réaffirme le soutien à la recherche clinique et thérapeutique en encourageant une approche transversale et de collaboration. L'évaluation des interventions médico-sociales et de réduction des risques est également valorisée.

Par ailleurs, dans un contexte d'interrogation sur l'efficacité des réponses pénales, les autorités soulignent la nécessité de développer la recherche évaluative dans ce domaine en vue de favoriser

l'évolution des réponses vers les mesures judiciaires les plus prometteuses. En ce qui concerne la recherche relative à l'offre de drogues, le plan encourage notamment une meilleure surveillance des nouvelles substances psychoactives et des études sur l'évolution de l'offre.

► [Télécharger le Workbook 10 : Recherche](#)