



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

Rapport national à l'OEDT - 2012

1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

Au cours de la période 2011-2012, les nouvelles dispositions législatives ont principalement porté sur la lutte contre le trafic local et international ainsi que sur l'application des politiques répressives pour les délits d'usage de stupéfiants. En matière de politiques de réduction de la demande, les efforts du législateur ont été consacrés, d'une part, à impliquer la médecine du travail dans la prévention des consommations sur le lieu de travail et, d'autre part, au renforcement du suivi par un professionnel de santé dans le cadre d'une mesure d'injonction thérapeutique. Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre 2011 et 2012 s'inscrivent, pour l'essentiel, dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance de mars 2007, dans celui des conventions cadre internationales en matière de coopération et lutte contre le trafic international et enfin, dans le cadre des dispositions définies aux articles L.5121-1, L.5132-1, L.5132-6, L.5132-7 du Code de la santé publique relatives à l'usage de médicaments et de substances potentiellement dangereuses.

Les orientations nationales de la politique gouvernementale impulsées en 2011 sont définies par le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Le bilan prévisionnel que la MILDT a dressé pour la fin de l'année 2011 faisait apparaître la réalisation de la quasi-totalité des objectifs du plan gouvernemental. Par ailleurs, entre 2011 et 2012, trois autres plans nationaux ont intégré et renforcé les mesures sanitaires impulsées dans le cadre du Plan de 2008-2011 : le Plan « hépatites » 2009-2012, le Plan « cancer » 2009-2013 et le nouveau Plan « personnes détenues » 2010-2014, porté par le ministère de la Santé et des Sports avec le concours du ministère de la Justice.

Les dépenses publiques attribuables à la mise en œuvre de la politique des drogues de l'État et de l'Assurance maladie en 2010 sont évaluées approximativement à 1 510 M€. Cette estimation ne tient pas compte des dépenses attribuables aux services de l'administration pénitentiaire ni des principales dépenses de santé à l'hôpital ou en médecine de ville. Ces catégories de dépenses ont été estimées dans le cadre d'études précédentes. Ainsi, Kopp et Fénoglio évaluent les dépenses attribuables aux traitements de pathologies imputables aux drogues à 21,58 milliards d'euros (toutes drogues confondues) ; les coûts supportés par l'administration pénitentiaire étaient évalués à 0,25 milliards d'euros en 2003. Si l'on prend en compte le taux d'inflation depuis 2003, ces catégories de dépenses atteindraient 26,66 milliards d'euros et 0,25 milliards d'euros respectivement. En incluant ces estimations actualisées avec le taux d'inflation, les dépenses publiques pour les dépenses en santé et en prison, la dépense totale serait proche de 28 milliards d'euros en 2010, toutes drogues confondues (tabac, alcool et drogues illicites). Sur cette base, le total de la dépense publique attribuable aux drogues représente en gros 1,5 % du PIB en 2010 (le PIB s'élève à 1 931,4 milliards

d'euros en 2010) ou encore 6,6 % du budget de l'État, soit une dépense de 435,37 euros par habitant. Les bénéficiaires de la vente des biens confisqués par des procédures pénales d'affaires de stupéfiants sont affectés à un fonds de concours « stupéfiants » géré par la MILDT. Il a été alimenté à hauteur de 21 M€ en 2010 et de 23 M€ en 2011. Le fonds de concours a représenté en 2010 une recette pour la MILDT de 11 M€ et de 12 M€ en 2011. Cette somme est redistribuée aux ministères chargés de la mise en œuvre de la politique des drogues.

2. Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

Les dernières données disponibles en population générale sont celles issues du Baromètre santé 2010 de l'INPES, ainsi que des enquêtes en population adolescente et en milieu scolaire (ESCAPAD 2011, ESPAD 2011 et HBSC 2010).

Les données en population générale âgée de 15 à 64 ans traduisent une stabilisation globale des niveaux d'usage du cannabis au cours des 12 derniers mois (autour de 8,3 %). La hausse automatique de l'expérimentation de cannabis est liée à un effet de stock des générations anciennes de fumeurs. Parmi les produits plus rares, la cocaïne enregistre une hausse significative de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année (respectivement de 2,4 % à 3,6 % et de 3,8 % à 5,2 %). L'enquête révèle par ailleurs une hausse significative de l'expérimentation d'héroïne, passant de 0,8 % à 1,2 %, et des champignons hallucinogènes (de 2,6 % à 3,1 %), alors qu'au contraire l'ecstasy est en recul.

Concernant les jeunes de 11 à 17 ans, les très jeunes sont très peu concernés par les consommations de drogues illicites (expérimentation inférieure à 6,4 % à 13 ans). À partir de 15 ans, le cannabis reste le produit le plus consommé par les jeunes Français. Parmi les autres drogues illicites, les poppers, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes sont les plus expérimentés (à 17 ans, 9,0 %, 5,5 % et 3,5 % respectivement, contre 44,4 % pour le cannabis).

3. Prévention

En matière d'alcool et de tabac, la politique de prévention s'appuie largement sur une stratégie environnementale, essentiellement instaurée par le législateur. Ainsi, outre les mesures d'éducation pour la santé, elle repose sur le contrôle des prix (via la fiscalité), de la vente (composition, conditionnement), de la distribution et de l'usage (chez les plus jeunes, dans certains lieux ou certaines situations), ainsi que sur la restriction de la publicité.

Au terme du plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011, l'année 2011 n'a pas donné lieu à de nouveaux développements en matière de prévention. Le milieu scolaire (principalement l'enseignement secondaire) reste le lieu privilégié de la prévention universelle, même si le plan affiche des objectifs spécifiques dans le milieu étudiant, les espaces des loisirs sportifs et culturels et les quartiers dits « sensibles », et que des outils ont été développés à l'intention du monde du travail. La politique actuelle encourage également le développement du rôle des adultes référents dans la prévention.

La prévention sélective des usages est étroitement liée à celle du trafic de drogues ou de la récidive. Les mesures de prévention indiquées recoupent largement les dispositifs judiciaires s'adressant aux usagers de drogues. Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants peuvent être proposés aux personnes interpellées pour usages (voir aussi chapitre 9.1.1 et 9.4.1). Les « consultations jeunes consommateurs » sont dédiées aux jeunes consommateurs et à leurs parents.

Enfin, le volet communication du plan gouvernemental 2008-2011 comprend plusieurs campagnes média. Parmi les thématiques principales, sont ciblés le rôle des parents et de l'entourage dans la prévention de l'usage chez les adolescents, le rappel de l'interdit légal ou encore les dommages que consommation et trafics représentent pour l'ensemble de la société.

4. Usage problématique

Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » a été lancée fin 2010 dans 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Les données de prévalence recueillies dans ces différentes villes ont permis de réaliser une nouvelle évaluation du nombre d'usagers problématiques de drogues en 2011. Les différentes méthodes d'estimation conduisent à une fourchette de valeur assez large, située entre 275 000 et 360 000 personnes. Les prévalences moyennes estimées en 2011 par les différentes méthodes semblent être en augmentation. Il est cependant difficile de conclure à une augmentation compte tenu de la largeur des intervalles de confiance qui se recoupent très largement pour ces deux années.

L'étude ENa-CAARUD 2010 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers problématiques de drogues qui fréquentent en 2010 les structures de réduction des risques :

- près de la moitié de ces usagers ont des conditions de logement instables (sans domicile fixe, squats) ;
- un usager sur cinq ne dispose d'aucun revenu licite ; la moitié vit de revenus de solidarité sociale (principalement RSA, AAH)
- environ 15 % d'entre eux a connu en 2010 un épisode d'incarcération.

En ce qui concerne les consommations de substances dans le mois passé, un tiers des usagers a pris de l'héroïne, près de 40 % de la BHD (75 % dans le cadre d'un traitement de substitution), et 46 % de la cocaïne sous forme chlorhydrate ou basée. D'après le système d'observation TREND, on note une extension de la consommation d'héroïne, de plus en plus consommée par inhalation à chaud (chasse au dragon), une extension de la consommation de cocaïne sous sa forme base et un accroissement de la disponibilité et de l'usage de la kétamine.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2011 dans les centres en ambulatoire ne font pas apparaître de modifications importantes dans les caractéristiques de ces patients. Comme les années précédentes, leur âge moyen continue de progresser, passant ainsi de 28,0 ans à 30,9 ans entre 2005 et 2011, avec une progression importante de la part des 40 ans et plus et une diminution des 20-24 ans. La répartition des usagers suivant les produits posant le plus de problèmes est restée assez stable. En 2011, 48 % des nouveaux patients sont pris en charge en raison de leur consommation de cannabis, 41 % pour celle d'opiacés et 6,5 % pour celle de cocaïne ou de crack.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés, près de 145 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour ces médicaments durant le deuxième semestre 2010 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD qui représente 75 % de l'ensemble.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990. En 2010, parmi les nouveaux cas de sida, 6 % étaient diagnostiqués chez des UDVI (versus 25 % des personnes diagnostiquées au milieu des années 1990 et 8 % en 2008).

La prévalence de l'infection au VIH et au VHC semble diminuer depuis plusieurs années, autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues. La prévalence déclarée du VHC parmi les UDVI reste cependant encore élevée : elle se situe autour de 40 % à la fin des années 2000, alors que le pourcentage des UDVI ignorant leur séropositivité reste certainement aujourd'hui important.

Selon les dernières données disponibles, le nombre de décès par surdose augmente encore en 2009 (305 décès chez les 15-49 ans), prolongeant ainsi la tendance à la hausse observée depuis 2003. Entre 2006 et 2009, l'accroissement du nombre de surdoses semble spécifiquement lié à une augmentation du nombre de décès par surdose à l'héroïne mais aussi à la méthadone.

7. Réponse aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues

Un dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a été créé en 2006. Il vise à repérer les signaux permettant de détecter la survenue anormale de problèmes de santé aigus liés à la consommation de substances et à diffuser dans ce cas des messages d'alertes. Ce dispositif est pleinement opérationnel depuis 2008.

La prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues repose sur la politique de réduction des risques, incluant notamment la diffusion de matériel d'injection stérile à usage unique, d'informations sur les risques liés à l'usage de drogue et l'accès au traitement de substitution aux opiacés. Elle repose également sur l'incitation au dépistage du VIH, VHC et VHB et l'incitation à la vaccination contre le VHB.

En 2008, le nombre de seringues vendues ou distribuées aux usagers de drogues était estimé à 14 millions, en baisse constante depuis 1999, suggérant une moindre fréquence de l'injection. En matière de dépistage, la part des usagers de drogues ayant pratiqué un test de dépistage pour le VIH et le VHC, qui augmentait, semble stagner entre 2008 et 2010. Durant cette même période, l'accès au traitement pour les usagers de drogues infectés par le VHC a progressé.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Les indicateurs relatifs à la situation sociale des usagers accueillis dans les CSAPA et les CAARUD vont plutôt en 2011 dans le sens d'un léger recul de la précarité. Cette évolution pourrait cependant provenir d'une augmentation de l'âge moyen et de la proportion de personnes vues en raison de leur consommation d'alcool dans les CSAPA et de difficultés d'inclusion dans l'enquête des usagers les plus précaires dans les CAARUD.

Il existe en France des politiques d'insertion destinées à l'ensemble des personnes défavorisées en situation d'exclusion. Permettre aux usagers de drogues de bénéficier de ces politiques en les accompagnants dans les démarches administratives parfois complexes est une première phase importante dans l'aide à la réinsertion.

La problématique de l'emploi est celle qui mobilise le plus les structures de soins. Certains centres

mettent en place des activités dites « occupationnelles » dans le cadre d'ateliers qui ont avant tout une visée thérapeutique. La question de l'insertion professionnelle proprement dite est en général abordée au travers de mesures permettant d'instaurer un dialogue et des formes de coordination et de travail en réseau entre les centres de soins et les entreprises d'insertion.

9. Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison

En 2011, le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants s'est élevé à un peu plus de 143 000, chiffre en progressions par rapport à 2010 (+ 6 %). Ces interpellations représentent 89 % du total des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 11 % restants sont des interpellations pour usage revente, trafic international et trafic local, qui sont en revanche en diminution par rapport à 2010 (- 20 % pour l'usage-revente ; - 17 % pour le trafic international ; - 16 % pour le trafic local). Le cannabis est à l'origine de 90 % des interpellations pour usage et 70 % de celles pour trafic et usage revente.

Le nombre de condamnations pour ILS a doublé entre 1990 et 2010, pour atteindre le chiffre de 50 000, dont plus de 28 000 pour usage simple. Ce sont les condamnations pour ce dernier type d'infraction qui ont le plus progressé, puisque leur nombre a plus que triplé depuis 1990, avec une hausse particulièrement marquée depuis 2004 (+ 16 % de hausse moyenne annuelle).

Dans le domaine de la sécurité routière, les condamnations pour conduite sous l'emprise de stupéfiants ont elles aussi fortement augmenté au cours des dernières années (12 428 en 2010, contre 8 988 en 2009 et moins de 6 600 en 2008), ce qui représente une hausse de 38 % par rapport à l'année précédente. Parmi celles-ci, environ 34 % ont entraîné une peine de prison (le plus souvent avec sursis), près de la moitié une amende (proportion en hausse) et 17 % une peine de substitution (le plus souvent la confiscation du permis de conduire).

L'éventail des alternatives aux poursuites proposé aux délinquants toxicomanes a été étendu depuis la loi du 5 mars 2007 : les personnes interpellées en situation d'usage ou de détention de cannabis peuvent se voir ordonner d'effectuer un stage payant et obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Entre 2008 et 2011, 18 000 à 19 000 personnes ont effectué de type de stage.

10. Marché des drogues

En prenant en compte le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, le chiffre d'affaire réalisé sur le marché des drogues illicites se situerait, selon certaines estimations, autour de 3 milliards d'euros. En 2011, la valeur estimée des stupéfiants saisis sur le territoire français s'élèverait à plus d'un milliard d'euros, ce qui représente une augmentation de 65 % par rapport à l'année 2010.

La disponibilité et l'accessibilité de substances comme l'héroïne et la cocaïne a été élevée en 2011. Cette situation est notamment favorisée par la forte implantation des réseaux importateurs d'héroïne en provenance d'Afghanistan via l'Europe balkanique et la reconversion en cours de certaines organisations investies dans le trafic de résine de cannabis en direction du chlorhydrate de cocaïne. En outre, la proximité des pays de stockage (Belgique, Pays-Bas, Espagne) de ces deux substances permet un approvisionnement direct, auprès des grossistes installés au-delà des frontières. Sont concernés notamment les centaines de micro-réseaux de deal, animés pour l'essentiel par des usagers-revendeurs, qui assurent ainsi une diffusion en profondeur de la cocaïne

et de l'héroïne sur la totalité du territoire français - zones rurales et périurbaines comprises. Deux phénomènes méritent également d'être retenus en 2011. Le premier concerne le développement du phénomène des cannabis factories sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique qui voit des groupes criminels structurés se lancer dans la production d'herbe à grande échelle. Le second touche au marché des drogues de synthèse, bouleversé ces dernières années par l'apparition incessante de *nouvelles substances psychoactives* (NSP) utilisant le vecteur Internet pour se diffuser. Parfois non classées au moment de leur apparition, ces substances sont qualifiées de *designer drugs*, *research chemicals* ou *legal highs*.

Résumés des Selected Issues (thèmes spécifiques) :

1 - Les traitements résidentiels pour usagers de drogues

Nés dans l'ambiance communautaire et contre culturelle du début des années 1970, les centres de traitement résidentiel se sont développés en suivant différentes approches, les pouvoirs publics se montrant ouverts aux expérimentations. Ces centres se sont ensuite progressivement professionnalisés dans les années 1980 mais leurs missions n'ont cependant été clairement définies qu'au début des années 1990 : un décret indique que la prise en charge doit être assurée sur le plan médical, psychologique, sociale et éducative. Ces centres accueillant principalement des usagers d'opiacés après une cure de sevrage occupaient jusqu'alors une place centrale dans la prise en charge des usagers de drogues. L'évolution des consommations, des publics concernés, le choc du sida, l'implication de la médecine de ville, permise par le développement des traitements de substitution ont modifié cette situation, le traitement ambulatoire devenant la norme. Les centres de traitement résidentiels sont dès lors conduits à s'intégrer dans les réseaux, à se médicaliser et à accepter la prise en charge d'usagers suivant des traitements de substitution et à redéfinir leur action en direction de publics pour lesquels le traitement ambulatoire apparaît insuffisant. Cette évolution conduit à terme à devoir mieux définir les critères d'orientation vers les structures de traitement résidentiel. Les années 2000 ont été marquées par la prise en compte par les pouvoirs publics de besoins en terme de soins résidentiels, et la relance des communautés thérapeutiques, suscitant jusqu'alors une certaine méfiance en France suite aux dérives sectaires d'une association maintenant disparue qui en gérait plusieurs. Afin de répondre à des besoins différents, les dispositifs de traitement résidentiel se sont diversifiés. Parallèlement aux traitements résidentiels collectifs (centres thérapeutiques résidentiels et Communautés thérapeutiques, centre d'accueil rapide et de court séjour pour la prise en charge des usagers de drogues et d'alcool à leur sortie de détention), il existe également des modalités individuelles de traitement résidentiel : appartements thérapeutiques relais, familles d'accueil.

Il n'existe pas à ce jour de guide de bonnes pratiques ou de référentiels reconnus par les pouvoirs publics quant aux modalités de mise en œuvre des missions des établissements médico-sociaux. Toutefois, à l'initiative de la fédération professionnelle rassemblant les intervenants de ce secteur, ces documents sont en cours d'élaboration. Les approches thérapeutiques restent en France largement diversifiées. Les centres définissent chacun leur projet qui doit correspondre aux grandes modalités de prise en charge fixées par les pouvoirs publics mais qui spécifie les approches thérapeutiques choisies, et dans certain cas le public ciblé. Le renouveau des communautés thérapeutiques a été l'occasion d'une réflexion sur la prise en charge spécifique à ce type d'institution : structuration du séjour en phase suivant l'avancement du résident dans sa capacité à gérer les tâches qui lui sont confiées ; rôle central du groupe ; principe de responsabilisation.

Le traitement résidentiel et les organisations qui le portent sont aujourd'hui confrontés à différents

changements : la diffusion récente en France du concept d'addiction qui conduit à l'accueil dans les mêmes centres de traitement résidentiels des personnes en difficulté avec les drogues illicites et/ou avec l'alcool ; le développement des consommations de cocaïne, de crack et de stimulants, qui interrogent les modèles thérapeutiques mis en place principalement pour les consommateurs d'opiacés ; la crise économique qui fragilise les populations particulièrement vulnérables d'usagers de drogues et génère des situations de sur-exclusion. Autant d'évolutions qui nécessitent que les dispositifs résidentiels s'adaptent à ces nouvelles réalités.

2 - Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues

Ce chapitre expose les tendances récentes de la dépense publique (la répression et la sécurité, les soins et la prévention) et discute en particulier la fiabilité des données recueillies. Il tente d'examiner à quel point la récession de 2007-2009 a eu un impact sur les dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues et de prévention des addictions en France. La première partie du chapitre expose le contexte économique qui a précédé l'entrée en récession de la France (forte chute des exportations, faible niveau d'investissement privé, forte hausse du chômage, etc.) et décrit comment cette situation a incité le gouvernement à augmenter la dépense publique pour soutenir l'activité, approfondissant ainsi la crise de la dette souveraine. Ensuite, le chapitre expose les tendances récentes de la dépense publique de la politique de lutte contre les drogues en ce qui concerne la répression et la sécurité, les soins et la prévention et discute en particulier des méthodes d'estimation des données présentées.

La dernière partie du chapitre montre l'évolution des dépenses concernant les interventions de prévention universelle ou sélective qui ont été drastiquement réduites après la crise. Les coupes les plus importantes dans les dépenses ont concerné le secteur de la prévention, qui a connu en 2010 une réduction très significative de ses fonds. Les augmentations de dépenses ont été enregistrées pour la politique de réduction de l'offre. Pourtant, même cette augmentation a connu une décélération entre 2009 et 2010. Enfin la décélération de la dépense publique affecte également les interventions dans le domaine de la santé et de la prévention indiquée.

- ▶ [Télécharger le rapport complet](#)
- ▶ [Télécharger le Selected Issue "Les traitements résidentiels pour usagers de drogues"](#)
- ▶ [Télécharger le Selected Issue "Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues"](#)

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