



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 - 2010

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

Sur la période couverte par le présent rapport, plusieurs lois ont été adoptées en France en matière de prise en charge des addictions et de lutte contre le trafic de stupéfiants. En 2009, les nouvelles dispositions législatives ont principalement concerné la réorganisation territoriale de l'offre de soins, la mise en conformité des dispositions du code du sport français avec les principes du code mondial anti-dopage et le renforcement de la coopération internationale en matière de lutte contre les trafics de stupéfiants. En 2010, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loi visant à faciliter la conduite des enquêtes patrimoniales et à sanctionner les trafiquants contre les profits du crime.

En ce qui concerne l'adoption de textes de mise en application des lois en vigueur, les décrets, circulaires et arrêtés adoptés en 2009 et 2010 s'inscrivent, pour l'essentiel dans la continuité des dispositions de la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007. Ces textes concernent les mesures relatives au renforcement de la sécurité en milieu scolaire et à la mise en application de l'injonction thérapeutique. Il faut ajouter les nouveaux textes juridiques adoptés en 2009 et 2010 qui s'inscrivent dans le cadre d'autres lois en matière de vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de nouvelles substances potentiellement dangereuses (liste de stupéfiants, liste de substances vénéneuses, liste de substances et méthodes interdites en milieu sportif, etc.).

Sur le plan de la politique gouvernementale, les orientations nationales impulsées en 2009 par l'administration centrale sont celles définies par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Le plan « drogues » reprend, en ce qui concerne les addictions, des mesures sanitaires issues du plan « hépatites » 2009-2012 et du plan « cancer » 2009-2013. Au niveau territorial, les orientations du plan gouvernemental sont déclinées dans le cadre des plans interministériels départementaux dont l'élaboration est confiée au chef de projet départemental. En ce qui concerne la coordination, le comité de suivi départemental est chargé de rechercher la cohérence avec les plans spécifiques existants dans le département (contrats de cohésion, contrats de ville, programme de santé publique, schéma régional médico-social, etc.). En matière de prévention ou de lutte contre le trafic, il appartient au chef de projet départemental de mobiliser les acteurs locaux dans leurs efforts pour mettre en place les orientations nationales. Concernant la politique de santé, le chef de projet départemental est amené à se rapprocher du chef de projet régional qui est l'interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé (ARS), devenue depuis l'adoption de la loi HPST en juillet 2009 « guichet unique de l'offre sanitaire à l'échelle territoriale ».

En matière des dépenses publiques, l'effort global de l'Etat pour la mise en oeuvre de la politique en matière de drogues a été estimé pour la première fois en 2009 à hauteur de 925,12 M€, selon les sources ministérielles. Le prochain exercice budgétaire (projet de loi de finances pour 2011) devrait

permettre d'affiner l'estimation.

La mise en oeuvre de la politique en matière de drogues ne relève pas exclusivement de l'Etat. Elle est également de la responsabilité de l'Assurance maladie (AM) qui porte le dispositif de santé de droit commun destiné aux usagers de drogues. Le financement des structures d'addictologie représente le premier poste de dépenses de l'AM dans ce domaine d'action. En 2009, il s'est élevé à 286,67 M€ dont 270,34 M€ ont constitué des dépenses de personnel et de fonctionnement des structures existantes, 14,5 M€ ont été destinés à financer le renforcement ou la création de nouvelles structures et 1,8 M€ à financer la mise en place de nouveaux programmes dans les centres existants. Le remboursement des médicaments pour les traitements de substitution aux opiacés représente le second poste le plus important de dépenses de l'Assurance maladie. Du fait que le délai de publication des données est de quatre ans, le coût du remboursement des traitements de substitution aux opiacés (TSO) n'est pas disponible pour l'année 2009. En 2006, le coût du remboursement des TSO a atteint 87 M€. Le troisième poste de dépenses correspond au financement des établissements de santé pour la mise en oeuvre des mesures prévues dans les plans d'action dans le domaine des addictions : à ce titre, en 2009, l'hôpital a été financé à hauteur de 24,67 M€.

Les profits provenant du produit de la vente des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales des affaires de stupéfiants constituent des recettes qui sont affectées à un fonds de concours géré par la MILDT. En 2009, ce fonds a atteint 11,4 M€.

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

Les données des enquêtes en population générale ont été actualisées pour la dernière fois en 2008. La dernière enquête ESCAPAD, qui s'adresse aux jeunes de 17 ans, réalisée lors de la Journée d'appel à la défense a eu lieu cette année-là. Le dernier exercice de l'enquête ESPAD, en milieu scolaire auprès des jeunes de 16 ans, s'est déroulé en 2007, alors que les données les plus récentes en population adulte datent de 2005 avec le Baromètre santé. En 2011, nous disposerons des résultats de l'enquête Baromètre santé 2010 et des premiers résultats des enquêtes ESCAPAD et ESPAD réalisées au début de l'année 2011.

Les données nouvelles concernent donc uniquement l'enquête EROPP qui renseigne sur les représentations, les opinions et les perceptions des Français au sujet des produits psychoactifs. Au terme de son troisième exercice réalisé en 2008 mais dont les résultats sont sortis en 2010, l'enquête EROPP met en exergue trois grandes évolutions des perceptions et des opinions des Français sur la question des drogues au cours de la décennie écoulée. Tout d'abord, une plus grande sensibilité des Français « aux dangers des drogues » est constatée, quel que soit le statut légal du produit. Ensuite, un certain glissement des perceptions relatives à l'étiologie du phénomène de l'usage de drogues est à noter, lequel est moins considéré comme une maladie « externe » mais davantage associé à un comportement individuel anormal. Enfin, au-delà de la large adhésion aux politiques publiques menées en la matière, les opinions des Français sur les politiques à mener sont moins « tolérantes » et « libérales » ; ils sont en effet de plus en plus attachés aux mesures prohibitives et moins majoritairement ouverts à une démarche de réduction des risques.

3. Prévention

En 2009-2010, le guide d'intervention en milieu scolaire en matière de prévention des usages de drogues a été actualisé. Il pose le principe d'un programme de prévention allant de la dernière année de l'enseignement primaire à la dernière année de l'enseignement secondaire. Sa première

parution datait de 2005 sous l'égide de l'Éducation nationale et de la MILDT.

La MILDT a organisé durant l'année 2009 des assises sur la parentalité qui se sont tenues en mai 2010. Le but était de mettre au jour les éléments de discours pour soutenir les parents dans leur rôle d'acteurs de prévention sur la question des usages de drogues licites ou illicites. A ce titre, les débats devaient alimenter une campagne de sensibilisation gouvernementale destinée à l'ensemble des adultes référents en 2010.

Afin de définir des mesures ciblées adaptées aux contextes professionnels et d'apporter, de façon consensuelle, des modifications appropriées au code du travail, la MILDT a également tenu des assises sur les risques professionnels liés à la consommation de substances psychoactives.

Deux campagnes media ont été organisées par la MILDT en 2009. La première avait pour thème « Drogues : ne fermons pas les yeux. Elle était destinée à « combattre les représentations positives associées aux drogues ». La seconde comportait deux axes, alcool et drogues illicites, avec pour objectif de « mettre en avant le caractère protecteur de la loi face aux dangers sanitaires et sociétaux des conduites à risque ».

4. Usage problématique

Une nouvelle étude multicentrique de type « capture/recapture » va être lancée fin 2010 sur 6 villes françaises : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes and Toulouse. Une nouvelle estimation nationale (portant sur : l'ensemble des UPD, les injecteurs et les usagers d'opiacés) devrait donc être disponible en 2012. L'étude ENa-CAARUD 2008 montre la vulnérabilité sociale importante des usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques.

Les évolutions marquantes en 2008-2009 concernant les usages et les modes d'usage sont :

- une diversification croissante des populations usagères ;
- l'extension de la diffusion de la cocaïne notamment vers des jeunes issus des quartiers populaires et des banlieues ;
- une consommation d'héroïne par des groupes de population plus variés, notamment les plus jeunes usagers, le milieu festif et des populations très insérées socialement ;
- une diffusion plus large de la kétamine.

De façon plus marginale, la diffusion des usages de GHB/GBL à des groupes de jeunes « teuffeurs » s'est traduite par plusieurs cas de comas au cours de l'année 2009.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

Une circulaire parue début 2008 précise les missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ce nom unique désignera à partir de 2009 les centres qui accueilleraient auparavant principalement des usagers de drogues illicites (CSST) et les centres qui accueilleraient uniquement des personnes en difficulté avec l'alcool (CCAA). Les missions des CSAPA sont à peu près les mêmes que celles des CSST ou des CCAA. Les CSAPA ont cependant l'obligation d'accueillir toutes les personnes ayant un problème d'addiction, quel que soit le produit en cause.

Les chiffres sur les nouveaux patients accueillis en 2009 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. L'âge moyen des patients qui ne se sont jamais

fait traiter auparavant semble en revanche être stable depuis 2007. Il peut également être noté en 2009 une augmentation limitée de la part des opiacés comme produit posant le plus de problème avec, en contrepartie, une baisse de la part du cannabis. L'utilisation de la voie intraveineuse pour la consommation des opiacés et de la cocaïne est à nouveau en baisse après avoir connu une augmentation en 2008.

En ce qui concerne les traitements de substitution aux opiacés près de 125 000 personnes ont bénéficié de tels remboursements en ville durant le deuxième semestre 2008 avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD représentant toujours 80 % de l'ensemble. Si une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement, celle-ci a considérablement diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux traitements de substitution aux opiacés. La part des sujets bénéficiant d'un dosage quotidien moyen de plus de 32 mg/J est ainsi passée de 6 % en 2002 à 1,6 % en 2007 selon une étude récente.

6. Conséquences sanitaires

Le nombre de cas de sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) est en baisse continue depuis le milieu des années 1990, baisse confirmée pour l'année 2009 avec moins de 5 % pour la part des Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) dans les nouveaux cas de sida (8 % en 2008).

Il semble que la prévalence de l'infection au VHC fléchisse depuis plusieurs années autant en raison des mesures de santé publique que de l'évolution des pratiques de la plupart des usagers de drogues.

Le nombre de décès par surdose augmente encore en 2008, ce qui vient confirmer la tendance continue à l'accroissement de ces décès depuis 2003. Entre 2006 et 2008, 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. Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer cette évolution : plus grande disponibilité de l'héroïne, baisse du prix de la cocaïne, nouveaux usagers peu sensibilisés à la réduction des risques, augmentation des prescriptions de méthadone.

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

En 2009, on assiste à une montée en charge de l'activité du dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs, initié en 2006. Elle se concrétise par le lancement de trois alertes publiques (héroïne et GHB/GBL) par voie de communiqués de presse et par plusieurs communications ciblant uniquement les professionnels et des associations d'usagers.

Le nouveau plan hépatite 2009-2010 élargit le champ de la prévention des maladies infectieuses selon plusieurs axes : d'une part en amont de la contamination, en désignant comme objectif la prévention de la première injection ; d'autre part en étendant les mesures visant les UD à l'ensemble des populations les plus précaires (jeunes en errance, nouveaux migrants) et en intégrant les modes d'usage de drogues autres que l'injection parmi les pratiques à risque. De même la relance de la vaccination précoce contre l'hépatite B en population générale est censée contribuer à protéger les futurs UD.

Au plan des pratiques, la baisse continue entre 1999 et 2008 de l'estimation du nombre de seringues distribuées aux UD suggère une moindre fréquence de l'injection mais ne peut actuellement être interprétée avec certitude.

Par ailleurs, la part des UD ayant pratiqué un test de dépistage continue à croître et on assiste à une diminution du diagnostic tardif de l'hépatite C. Le point important se situe maintenant dans la répétition de ces tests (au moins un par an) et dans l'accroissement de l'accès au traitement.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

Les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé connaissent des situations très difficiles en ce qui concerne leur insertion sociale (emploi, logement, ressources...). Si l'accès au droit commun (prestations sociales, gratuité des soins...) amortit certaines difficultés, leur situation est nettement plus défavorable que celles rencontrées au sein de la population générale.

Les structures spécialisées, au delà de leurs missions de soutien à l'accès au droit commun, développent des programmes et activités innovants en terme d'insertion sociale, encouragées notamment ces dernières années par les orientations inscrites dans le plan national 2008-2011 de la MILDT.

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

Les principales tendances observées les années précédentes sont stables. Le cannabis reste la substance à l'origine du plus grand nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, devant l'héroïne et la cocaïne. Le nombre d'interpellations liées à l'usage simple reste important (près de 140 000 procédures annuelles), ainsi que celui des interpellations pour un usage détourné de médicaments. La réponse pénale apportée aux infractions d'usage prend de plus en plus souvent la forme de mesures alternatives aux poursuites ou, dans le cas de poursuites, de peines de substitution ou d'amendes. Enfin, les condamnations judiciaires à des peines d'emprisonnement (avec une partie ferme) des usagers de drogue sont restées relativement stables au cours des 5 dernières années : l'absence de données sur l'exécution des peines ne permet pas de savoir si elles sont effectivement purgées.

Concernant le domaine des accidents de la route, 34,6 % des 63 500 tests effectués en 2009 se sont révélés positifs. Des changements importants doivent être introduits en matière de tests en 2010 : le nombre de tests réalisés sera porté à 100 000, du fait de l'utilisation extensive de tests salivaires. L'utilisation des tests deviendra ainsi obligatoire pour tous les accidents de la route, pas seulement en cas de décès mais également en cas de simple blessure.

10. Marché des drogues

La France étant à la fois une zone de transit et d'usages pour les principales substances illicites produites à l'échelle mondiale, le marché des stupéfiants y est extrêmement dynamique.

La disponibilité de substances comme la cocaïne et l'héroïne y est forte de même que leur accessibilité, favorisée notamment par la reconversion en cours des réseaux importateurs de résine de cannabis en direction du chlorhydrate de cocaïne et de l'héroïne. 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, de 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 comprises.

Le marché des drogues de synthèse a été marqué pour sa part au cours de la majeure partie de l'année 2009 par une pénurie importante de MDMA, que ce soit sous sa forme « poudre » ou « comprimé ». S'agissant de cette galénique, les trafiquants ont continué à approvisionner le marché en « ecstasy » mais en substituant au principe actif traditionnel du MCPP, une substance, autorisée en France, dont les effets sont relativement proches de la MDMA. Ce phénomène a favorisé le report des usagers en direction des amphétamines (speed) et de la cocaïne, laquelle a vu sa diffusion dans la population s'approfondir encore.

Phénomène plus marginal, l'année 2009 a vu se confirmer le développement d'un usage de kétamine hors des cercles d'initiés du milieu festif alternatif qui en faisaient usage. Il semble que cette substance jouisse d'une image en amélioration liée à une meilleure maîtrise, consécutive à un processus de domestication de l'usage, des effets de ce produit.

Concernant la composition des substances, le fait marquant aura été, en 2009, le doublement de la part des échantillons d'héroïne saisis contenant plus de 30 % de produit pur alors que la part des échantillons très faiblement dosés augmentait également.

Résumés des Selected Issues :

Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement

En France, les premières recommandations professionnelles en matière de soins aux UD remontent aux années 2002-2004. Elles ont concerné les traitements de substitution et sont venues compléter les premières directives ministérielles de 1995 pour la mise sur le marché de la méthadone et de la BHD. La polyconsommation en 2007 et les usages de la cocaïne en 2010 ont plus récemment amené les autorités, professionnels et institutions à élaborer de nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le présent thème spécifique relate le processus d'élaboration et de mise en oeuvre des principales recommandations et met l'accent sur les procédés méthodologiques appliqués. Une revue de la littérature ad hoc et une série d'entretiens semi-directifs en face-à-face auprès d'experts-clés ont permis de réaliser cette investigation.

Les méthodes d'élaboration des recommandations utilisées ont été diverses : groupe de travail restreint, conférence de consensus, « Recommandations de pratique clinique », etc. La validité des recommandations a été examinée par des procédés également variés : expertise interne, relecteurs indépendants, etc. D'après les données recueillies, la principale faiblesse de ces expériences a été la diffusion des recommandations qui s'est le plus souvent résumée à leur publication. A l'avenir, la Haute autorité de santé (HAS), institution chargée d'élaborer les recommandations médicales en France, prévoit de s'orienter de plus en plus vers des méthodes scientifiquement validées.

Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique

Les données officielles de la mortalité liée aux usages de substances psychoactives situent la France dans une situation apparemment enviable, avec un nombre de surdoses particulièrement bas comparé aux autres pays d'Europe de l'Ouest. Au pic de décès enregistrés jusqu'au milieu des années 1990 a succédé une réduction significative de ces surdoses, interprétée comme une conséquence directe d'une politique volontaire de réduction des risques comprenant la diffusion des TSO et la prescription libéralisée de la BHD en particulier.

On observe cependant depuis 2003 une recrudescence de ces surdoses, sensément liée à la disponibilité accrue d'héroïne et de cocaïne, ainsi qu'à l'apparition de nouveaux d'usagers inconnus des centres de soins ou des structures de première ligne. A ce constat s'ajoutent des données parfois divergentes alimentant le soupçon de sous-estimation du nombre réel de ces surdoses. La meilleure

connaissance des causes de décès des usagers de drogues a justifié la mise en place d'études de cohorte, dont un exercice est actuellement en cours de réalisation.

- ▶ [Télécharger le rapport complet](#)
- ▶ [Télécharger le Selected Issue "Historique, méthodes et mise en application des recommandations nationales relatives au traitement"](#)
- ▶ [Télécharger le Selected Issue "Mortalité liée à l'usage de drogues. Approche globale et implications pour la santé publique"](#)

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