



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 - 2015

Le rapport 2015 est composé de 10 cahiers indépendants (*workbooks*) : [Politique et stratégie nationale](#), [Cadre légal](#), [Drugs](#), [Prévention](#), [Prise en charge et offre de soins](#), [Bonnes pratiques](#), [Conséquences sanitaires et réduction des risques](#), [Marché et criminalité](#), [Prison](#) et [Recherche](#). Sept des chapitres sont traduits en français et suite au changement de format imposé par l'EMCDDA, il n'y aura plus de document unique comme auparavant.

Politique et stratégie nationale

[haut du document](#)

Les grandes orientations stratégiques de la politique française de lutte contre les addictions figurent dans la lettre de mission du 17 octobre 2012. Le gouvernement affirme sa vision pour une démarche globale et la responsabilité de la mise en œuvre des mesures à prendre dans ce domaine est confiée à la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Sous l'autorité du Premier ministre, la MILDECA est chargée d'assurer la coordination et la mise en place de la politique gouvernementale. Le 19 septembre 2013, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 a été adopté lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre en présence de l'ensemble des ministres concernés. Ce plan prône un approche exhaustive et globale envers l'ensemble des addictions, c'est-à-dire les usages liés aux substances psychoactives, licites ou illicites (stupéfiants, alcool, tabac, médicaments et nouveaux produits de synthèse) et aux autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, dopage). Le plan 2013-2017 repose sur trois grandes priorités :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 insiste aussi sur la nécessité de développer la recherche dite « évaluative » et de préférence en lien avec le monde académique afin de disposer de travaux fiables, indépendants et utiles aux pouvoirs publics pour améliorer l'efficacité de l'action publique. Ainsi, une évaluation externe de ce plan, reposant sur une analyse qualitative de quatre mesures du Plan d'actions 2013-2015, sera conduite par une équipe de Sciences Po. Par ailleurs, l'évaluation du degré de réalisation des objectifs du plan a été confiée à l'OFDT.

En 2013, le total des dépenses liées aux drogues a représenté 0,1 % du produit intérieur brut (PIB) (environ 2 milliards d'euros), avec 58 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 39 % pour les activités de réduction de l'offre et de 2 % allouées aux activités croisées (recherche, formation, observation, évaluation, coordination et coopération internationale).

► [Télécharger le workbook 1.1 : Politique et stratégie nationale](#)

Cadre légal

[haut du document](#)

L'usage illicite ou la possession de produits classés comme stupéfiants est un délit en France. La possession pour usage personnel est passible d'une peine d'emprisonnement d'un an maximum et d'une amende d'un maximum de 3 750 €, même si la poursuite peut être levée ou la procédure simplifiée sous forme d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 875 € pour les cas mineurs. Les peines encourues peuvent aller jusqu'à cinq ans de prison et une amende de 7 500 € lorsque cet usage affecte la sécurité routière ou si l'infraction est commise par un fonctionnaire en service. Les simples usagers peuvent recevoir un avertissement, mais cela doit généralement être accompagné d'un stage obligatoire de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, créé en mars 2007, pour lequel le délinquant non-dépendant peut avoir à payer jusqu'à 450 €. Les usagers dépendants sont passibles d'une mesure d'injonction thérapeutique les orientant vers un traitement. Le recours à des mesures à orientation éducative et socio-sanitaire est une priorité pour les cas les moins graves d'infractions à la législation sur les stupéfiants ou pour les mineurs. L'offre ou la cession de drogue en vue d'une consommation personnelle est passible d'une peine d'emprisonnement de 10 ans maximum, les peines maximales pouvant aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros. La loi française ne fait pas de distinction entre la possession pour usage personnel ou pour trafic, sans différenciation selon le produit. Cependant, le procureur va trancher pour une inculpation en fonction de la quantité de drogue trouvée et du contexte de l'affaire.

Les condamnations prononcées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) représentent 9 % de l'ensemble des condamnations inscrites au casier judiciaire, soit 56 700 condamnations. Ces délits se répartissent ainsi : usage illicite (59 %), détention, acquisition (23 %), commerce-transport (12 %). L'import-export, l'offre et la cession, et l'aide à l'usage par autrui représentent les 6 % restants.

► [Télécharger le workbook 1.2 : Cadre légal](#)

Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques

[haut du document](#)

Usage des principales drogues illicites et polyconsommation

Le cannabis reste de très loin la substance illicite la plus consommée, aussi bien chez les adolescents qu'en population adulte, avec 17 millions de personnes à l'avoir déjà essayé (soit 41 % des individus âgés de 15 à 64 ans). La proportion d'usagers récents (dans le mois) atteint globalement 6,6 % et son usage régulier (au moins 10 fois par mois) concerne près de 1,5 million de personnes en France. Parmi les usagers dans l'année de 18 à 64 ans, selon l'enquête Baromètre santé 2014 de l'INPES, la proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis est de 21 %, soit 2,2 % 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, 1,7 % des 18-64 ans déclarent en avoir déjà consommé, un niveau d'usage similaire à celui de l'héroïne ou des amphétamines.

Les usages de cannabis sont en hausse depuis le début des années 2010, quelle que soit la tranche d'âge et la fréquence d'usage : cette hausse s'inscrit dans un contexte de net accroissement de l'offre de cannabis en France et notamment de l'autoculture et de la production locale d'herbe, tandis que le marché de la résine reste pour sa part très dynamique.

La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà et concerne environ dix fois moins de personnes, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année. 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 2014), signant la diffusion plus large d'un produit autrefois cantonné à des catégories aisées et touchant depuis quelques années l'ensemble des strates de la société. Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que la MDMA/ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. La proportion d'usagers actuels de MDMA/ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %) et atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie.

Enfin, la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5 % pour l'ensemble des 18-64 ans et l'usage actuel apparaît très rare (0,2 % des personnes interrogées).

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

Dans le Baromètre santé de l'INPES (population adulte) comme dans l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (jeunes de 17 ans), la polyconsommation est abordée par le biais de la consommation régulière d'au moins deux des trois produits que sont l'alcool, le tabac et le cannabis, sans qu'il soit possible d'établir s'il s'agit d'usages concomitants. En 2014, une telle pratique 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 2014, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne 12,8 % des adolescents de 17 ans. Le cumul des usages réguliers de tabac et de cannabis est le plus répandu (5,0 %), devançant de peu celui des usages réguliers de tabac et d'alcool (4,5 %). Le cumul des usages réguliers des trois produits concerne pour sa part 3,0 % des jeunes de 17 ans.

Entre 2011 et 2014, la polyconsommation régulière a progressé de 2,9 points. Cette concentration des usages réguliers s'est nettement accentuée chez les jeunes filles, dont la polyconsommation a quasiment augmenté de moitié par rapport à 2011, en passant de 5,8 % à 8,4 %.

Concernant le public reçu dans les consultations jeunes consommateurs (CJC), les consultants venus au titre du cannabis sont consommateurs de tabac (80 % de fumeurs quotidiens) et sujets à une alcoolisation fréquente, voire massive. Ainsi, un consultant sur cinq déclare souvent consommer de l'alcool en vue de parvenir à l'ivresse, surtout parmi les jeunes majeurs (19 % des mineurs, 26 % des 18-25 ans, 16 % des plus de 25 ans). Environ 10 % de ces « consultants cannabis » sont des buveurs réguliers. Près de la moitié (48 %) déclare au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le dernier mois, 21 % des API répétées (au moins 3 dans le mois) et 4 % des API régulières (au moins 10 dans le mois) (Obradovic 2015).

► [Télécharger le Workbook 2 : Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques](#)

Prévention

[haut du document](#)

La politique de prévention des usages de drogues en France est coordonnée au niveau central par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Les ministères de l'Éducation nationale, de l'Agriculture (responsable de l'enseignement agricole), de la Santé et de l'Intérieur sont les autres principaux acteurs de l'Etat dans ce domaine. Depuis 1999, la politique de prévention française embrasse toutes les substances psychoactives, licites (alcool, tabac et médicaments psychotropes) et illicites, ainsi que d'autres formes de dépendance (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, dopage). Les grands objectifs ne sont pas seulement d'empêcher ou de retarder le premier usage, mais aussi de réduire la consommation ou l'abus de ces produits. L'utilisation de recommandations existantes pour la prévention de l'usage de drogue en milieu scolaire est fortement encouragée, mais non obligatoire. L'objet principal des actions de prévention en milieu scolaire, relevant de l'éducation à la santé, est de développer les compétences individuelles et sociales des élèves afin de résister à l'offre de drogues. Les représentants territoriaux MILDECA (les "chefs de projet") coordonnent la mise en œuvre des priorités nationales de prévention au niveau local (régions, villes). Les chefs de projets et les agences sanitaires régionales (ARS) allouent des crédits décentralisés pour financer les actions de prévention et le système d'assurance maladie fournit également des fonds pour la prévention. Il n'existe pas de système d'observation des actions de prévention en France, aussi les informations sur la portée et la couverture des activités menées demeurent parcellaires.

- Les stratégies environnementales en matière d'usage d'alcool et de tabac sont bien développées et ont un soutien politique substantiel.
- Au niveau local, les actions de prévention sont mises en œuvre par un grand nombre de professionnels. Ce sont pour la plupart des actions de prévention universelle menées dans le cycle secondaire, la communauté scolaire étant impliquée dans la commande, la planification et parfois la mise en œuvre des actions. Souvent, ce sont des intervenants externes (personnel des ONG et/ou agents spécialisés de police/gendarmerie) qui s'adressent aux élèves.
- La prévention sélective et la prévention indiquée sont principalement du ressort d'ONG spécialisées. Environ 300 Consultations jeunes consommateurs (CJC) assurent des « interventions précoces » auprès des jeunes usagers et de leurs familles dans toute la France.
- La prévention communautaire est réalisée dans des centres d'accueil et d'écoute pour les jeunes. La prévention dans le milieu du travail couvre la consommation de drogues licites et illicites et fait partie des attributions des médecins du travail. La mise en œuvre varie selon les entreprises et les services, en fonction de leurs tailles (plus rares dans les petites et moyennes entreprises) et des secteurs d'activité. Formellement, la prévention en milieu professionnel implique également les services de ressources humaines et les représentants du personnel, du fait de l'obligation légale d'assurer et de préserver la sécurité et la santé des employés. Cependant, jusqu'à présent les représentants du personnel se sont timidement emparés de cette question. Les usages de substances psychoactives demeurent un sujet assez tabou dans le monde du travail. Depuis quelques années, la jurisprudence a préparé le terrain pour la reconnaissance du dépistage comme moyen juridique de contrôle. Le dépistage est mis en œuvre dans certaines entreprises/services. Mais les pouvoirs publics préconisent que, pour être efficace dans un but préventif, le dépistage doit être intégré dans les politiques globales de prévention en interne, incluant la formation, la sensibilisation, le conseil et le soutien pour une orientation vers le soin.

Des campagnes nationales de prévention de l'alcool, du tabac et des drogues illicites sont régulièrement faites dans les médias par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

► [Télécharger le Workbook 3.1 : Prévention](#) (en anglais uniquement)

Prise en charge et offre de soins

[haut du document](#)

Deux dispositifs permettent de dispenser des traitements aux usagers de drogues illicites : le dispositif spécialisé de traitement des addictions (au sein d'établissements médico-sociaux) et le dispositif généraliste (hôpitaux et médecins généralistes). Environ 104 000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2010 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage.

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis est importante (58 %). C'était déjà le cas les années antérieures mais l'inclusion dans les données TDI (indicateur de demande de traitement) de l'ensemble des usagers de drogues illicites pris en charge dans les anciens centres d'alcoologie à partir de 2013 a encore renforcé le poids du cannabis.

La prescription des TSO se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en officine de ville. En 2014, 147 000 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés : 99 000 ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 49 000 de méthadone et 6 500 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010.

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.).

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

Bonnes pratiques

[haut du document](#)

En France, l'assurance qualité en matière de réduction de la demande (prévention, réduction des risques, prise en charge et réadaptation) s'est construit sur le conseil, les recommandations ou la formations d'organisations professionnelles ou d'institutions de santé publique, mais elle n'est ni fortement structurée sur le plan institutionnelle, ni imposée. En matière de réduction des risques et de soin, différentes lignes directrices existent : traitement de substitution aux opiacés ; intervention précoce et réduction des risques/des dommages chez les usagers de crack ou de freebase ; consultations jeunes consommateurs ; et prise en charge des usagers de cocaïne. Cependant, leur mise en œuvre n'est pas obligatoire : il n'y a aucune obligation formelle de satisfaire aux recommandations pour obtenir un soutien ou des subventions. La conformité à ces directives ne conditionne pas un label. Les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ne sont concernés qu'à la marge par les processus d'accréditation et de certification existants destinés aux établissements de santé.

En ce qui concerne la prévention des conduites addictives, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) diffuse des informations sur les méthodes de prévention fondées sur des preuves. Cependant, il n'y a pas de protocole spécifique de prévention des usages de drogues qui s'impose aux acteurs de la prévention, fonctionnaires ou travailleurs associatifs.

Dans les années 2010, bien que de nombreux services de ressources en ingénierie de prévention aient disparu au niveau local, il y a une volonté certaine au niveau national d'améliorer la qualité des

programmes et des services offerts, notamment en matière de prévention. La création de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) en 2014 est une manifestation de cette volonté.

► [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 2012 est de 195 chez les 15-49 ans. L'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 970 (soit 86 %) dont le statut vital a été retrouvé en juillet 2013. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,2 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (20,8).

En 2013, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente seulement 1,1 % des découvertes de séropositivité au VIH. Par ailleurs, la prévalence biologique du VIH parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie est égale à 13,3 % en 2011, la prévalence biologique du VHC parmi cette population est de 63,8 %. La séroprévalence de l'AgHBs qui signe une infection chronique par le virus de l'hépatite B est de 2,1 % parmi les hommes usagers de drogues enquêtés à Paris durant la période 2011-2013.

La politique de réduction des risques s'appuie sur la distribution de matériel d'injection à usage unique et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. 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.

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

Marché et criminalité

[haut du document](#)

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 est aussi, comme beaucoup de pays développés où la population dispose d'un pouvoir d'achat élevé, une aire de consommation importante qui en fait un marché stratégique pour les trafiquants. Ces dernières années, en termes d'offre, les mutations les plus importantes ont affecté le cannabis, la cocaïne et la MDMA. Ces changements permettent de comprendre notamment pourquoi les niveaux de prévalence d'usage pour ces trois substances augmentent aussi significativement, la dynamique de l'offre permettant d'expliquer en partie celle de la demande.

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

Prison

[haut du document](#)

Au 1er janvier 2014, la France comptait 191 établissements pénitentiaires comprenant 57 516 places de détention « opérationnelles ». Avec 67 075 détenus, la France présente une densité

carcérale de 117 détenus pour 100 places. 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 concerne 10 % des personnes détenues, mais le nombre global d'utilisateurs problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France. La pratique de l'injection apparaît importante en détention : au cours de l'année précédant l'incarcération, 2,6 % des entrants sont concernés en 2003. 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 des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne ; enfin, les « antennes toxicomanie » interviennent dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée). Par ailleurs, un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction.

La santé des usages de drogues en milieu carcéral figure dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 qui prévoit plusieurs mesures spécifiques et également dans le plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

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 suivant un traitement de substitution aux opiacés (TSO) doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement 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.

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

Recherche

[haut du document](#)

En France, le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MENESR) conçoit, coordonne et met en œuvre la politique nationale sur la recherche et l'innovation, les travaux de recherche étant principalement conduits par le Centre national de recherche scientifique (CNRS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le point focal national français (OFDT) est le principal organisme impliqué dans la collecte de données relatives aux drogues via son dispositif permanent d'observation et d'enquêtes. Il collabore étroitement avec les équipes de recherche que ce soit au niveau national ou européen. La diffusion des données et des résultats de 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 publiques. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA) est la structure centrale, responsable devant le Premier ministre de coordonner l'action gouvernementale

dans le domaine des drogues. Une partie de son rôle est de promouvoir et de financer la recherche dans le domaine des drogues. En lien avec le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, la MILDECA soutient les appels à propositions et la collaboration étendue avec les organismes de recherche ou les universités et avec l'Agence nationale de la recherche (ANR). Elle soutient également les réseaux de recherche clinique et les initiatives de diffusion vers la communauté scientifique et les décideurs politiques. Le Ministère de la recherche et la MILDECA ont par ailleurs été associés au projet ERANID (European Research Area Network on Illicit Drugs), qui comprend les principaux centres de recherche académiques (INSERM, CNRS) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

► [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](#)