



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 - 2016

Le rapport 2016 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, 3 (ceux marqués d'un astérisque) sont disponibles uniquement en anglais.

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 :

1. Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
2. Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
3. 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.

Ce plan insiste aussi sur la nécessité de développer la recherche dite « évaluative » 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 « phare », a été confiée à une équipe de recherche de Sciences Po. La mission d'évaluation se déroule en deux temps. Deux actions ont été évaluées sur la période de mise en œuvre du premier plan d'actions (2013-2015). L'évaluation des deux autres actions est actuellement en cours. Un rapport final sera remis fin 2017.

S'agissant spécifiquement des travaux d'évaluation actuellement menés à terme, les chercheurs ont porté leur regard sur la pertinence de nouvelles approches expérimentales (prévention par les pairs

sur des campus universitaires volontaires et action communautaire autour de la problématique du trafic local de stupéfiants). Concernant le dispositif de prévention par les pairs, le succès dépend moins de la formation suivie par les étudiants relais que d'autres facteurs, tels que l'implication du personnel universitaire et sa capacité d'encadrement, les modalités organisationnelles choisies ou la qualité du partenariat avec les autres intervenants en prévention sur le territoire. L'évaluation du programme communautaire dans les quartiers sud de Marseille met en évidence plusieurs difficultés auxquelles les intervenants et les populations concernées se sont heurtés (difficultés de coordination, problèmes de communication, qualité du partenariat...).

Par ailleurs, l'évaluation du degré de réalisation des objectifs du plan a été confiée à l'OFDT.

En 2014, le total des dépenses liées aux drogues est estimé à 1,83 milliard d'euros. La contribution de l'État et de l'Assurance maladie représente 0,06 % du produit intérieur brut (PIB), avec 48 % du total pour les initiatives de réduction de la demande, 51 % pour les activités de réduction de l'offre et 1 % des ressources allouées aux activités transversales (recherche, formation, observation, évaluation, coordination et coopération internationale).

L'évolution majeure la plus récente en termes de politiques publiques dans le champ des addictions a été l'adoption de la loi de santé du 26 janvier 2016.

Ce nouveau texte législatif accorde une place prioritaire à la prévention afin de mieux protéger la jeunesse des conséquences des consommations et propose de nouvelles mesures de prévention et de réduction des risques destinées aux usagers de drogues. Dans ce cadre, il autorise la vente en pharmacie des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) afin d'améliorer l'accès au dépistage de l'hépatite C, ainsi que l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR). Ses dispositions renforcent également la protection juridique des professionnels afin de garantir la réalisation de leurs missions, et notamment dans le cadre de l'expérimentation des SCMR. La loi de santé a également permis de sécuriser le dispositif de veille SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances), volet français du dispositif « Early Warning System ».

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

Cadre légal

[haut du document](#)

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

En dehors des peines prononcées par les tribunaux conformément à l'article L.3421-1 du CSP, un stage de sensibilisation peut être aussi proposé par les procureurs de la République au titre d'une mesure alternative aux poursuites ou d'une procédure simplifiée (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle). Dans ce cadre, cette mesure s'adresse tout particulièrement aux usagers occasionnels de stupéfiants qui ne semblent pas présenter de problèmes de santé ou d'insertion sociale. Le stage est applicable à tous les individus de plus de 13 ans. Lorsque les circonstances font apparaître que le mis en cause nécessite des soins, l'autorité judiciaire peut l'enjoindre de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (article L.3413-1 du CSP). L'action publique n'est pas exercée lorsqu'il est établi que cette personne s'est soumise, depuis les faits qui lui sont

reprochés, à l'injonction thérapeutique (article L.3423-1 du CSP).

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

Le cadre de la politique française de lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants figure dans le Code pénal (trafic, détention...) et le Code de la santé publique (notamment les dispositions relatives à l'usage illicite). Les orientations de la politique pénale sont définies par les circulaires des gardes de Sceaux vers une systématisation de la réponse des autorités judiciaires. Ainsi, durant les années 2000, le nombre de procédures pour usage simple a très fortement augmenté ; la réponse qui y a été apportée se caractérise par un recours croissant à la fois aux mesures alternatives aux poursuites et aux condamnations judiciaires.

S'agissant des évolutions législatives récentes, l'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté en début d'année la loi de modernisation de notre système de santé. Cette loi affiche un triple objectif : favoriser la prévention, faciliter l'accès aux soins et consolider le système de santé. Outre les mesures concernant l'alcool et le tabac, deux dispositions majeures dans le champ des addictions sont à signaler : l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour une durée maximale de six ans et l'extension de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée.

En application de la loi du 22 décembre 2014 qui fusionne les Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) avec les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) pour créer les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), le décret du 9 décembre 2015 autorise ces centres à détenir et dispenser des médicaments nécessaires pour la prévention, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la contraception d'urgence. Enfin, s'agissant de la procédure relative à l'identification des nouveaux produits de synthèse, en novembre 2015, les autorités sanitaires ont classé les 25xNBOMe et l'AH-7921.

En ce qui concerne l'évolution des données d'activité de la Justice en matière de lutte contre le phénomène des drogues, en 2014, les condamnations prononcées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) représentent 9 % de l'ensemble des condamnations inscrites au casier judiciaire, soit 66 672 (condamnations et compositions pénales, qui sont inscrites au casier judiciaire). Ces délits se répartissent ainsi : usage illicite (64 %), détention, acquisition (20 %), commerce-transport (10 %). Le trafic, 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

Selon les dernières données disponibles (2014), 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 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) 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 (voir workbook Marché et criminalité).

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), tout comme la proportion d'usagers dans l'année entre 2000 (0,3 %) et 2014 (1,1 %), 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).

Parallèlement, les observations menées dans le cadre du dispositif TREND mettent en évidence une visibilité plus grande dans les zones rurales et péri-urbaines des problématiques liées au développement de l'usage de drogues, que ce soit dans un cadre festif ou privé. Une investigation spécifique conduite entre 2012 et 2014 sur certains sites du dispositif (Bordeaux, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) a permis d'avoir une idée plus précise des populations concernées (Gandilhon and Cadet-Taïrou 2015).

Le premier groupe est plutôt composé de « néoruraux », en provenance des grands centres urbains. Ils se sont installés dans les campagnes environnant les métropoles afin d'échapper à des situations de grande précarité sociale. Il s'agit de personnes inscrites dans des consommations de drogues importantes (amphétamines, opiacés) et appartenant fréquemment à la sous-culture alternative techno. À cette population s'ajoutent aussi des « urbains », peu qualifiés et à la recherche d'emplois saisonniers en zone rurale, aux consommations de drogues plus occasionnelles.

Ils côtoient d'autres usagers, eux aussi consommateurs de drogues illicites, issus directement de la ruralité. De fait, l'usage de drogues dans les campagnes ne se limite pas à un phénomène importé de l'extérieur. Ainsi, à l'image de ce qui prévaut dans la jeunesse française, l'initiation se structure autour du triptyque alcool-tabac-cannabis (Spilka *et al.* 2015b) et peut se prolonger, notamment à la faveur de moments festifs (de la fête villageoise à la *free party*), avec d'autres produits.

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 abordée par le biais de la consommation régulière (au moins 10 usages dans le mois, et tabac quotidien) d'au moins deux des trois produits parmi 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 3 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 aussi consommateurs de tabac (87 % 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) (Obradovic 2015). Environ 10 % de ces « consultants cannabis » sont des buveurs réguliers et près d'un quart (22 %) déclare au moins trois alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans le dernier mois (Protais *et al.* 2016).

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

Prévention

[haut du document](#)

► [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 132 000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2014 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage.

La prescription des TSO se fait principalement en médecine de ville par les médecins généralistes et leur dispensation a lieu le plus souvent en pharmacie d'officine. En 2015, 151 000 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés délivré en officine de ville et 22 900 patients ont eu une dispensation en CSAPA.

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.).

Parmi les personnes prises en charge pour la première fois de leur vie dans le dispositif spécialisé de traitement des addictions, la part des usagers de cannabis tend à augmenter alors que celle des usagers d'opiacés est en baisse. Cette population, dont l'âge moyen a atteint 27 ans en 2015, comprend près de 75 % d'usagers de cannabis et 15 % d'usagers d'opiacés.

En ce qui concerne l'ensemble des usagers entrant en traitement, la répartition suivant les produits apparaît assez stable jusqu'en 2010, avec une légère tendance à la baisse du pourcentage d'usagers de cannabis. La part de ces usagers augmente cependant ensuite fortement et s'établit à 60 % en 2015. L'évolution de la part des usagers d'opiacés est à peu près symétrique à celle des usagers de cannabis.

Par ailleurs, depuis 2012, le nombre de bénéficiaires d'un TSO est stable, après n'avoir cessé d'augmenter depuis l'introduction de ce type de traitement. Le nombre de personnes traitées avec la BHD baisse légèrement sur cette période, au profit des patients traités par méthadone, de manière concordante avec les données de ventes de ces MSO.

La proportion de nouveaux patients pris en charge pour un problème de cannabis est importante (60 %) et a continué de progresser entre 2014 et 2015, à l'inverse de la part des usagers d'opiacés. Les évolutions en 2015 se situent dans le prolongement des tendances amorcées en 2010-2011.

En 2015, 151 000 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés délivré en officine de ville : 97 000 ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 53 000 de méthadone et 7 000 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®). De plus, 22 900 patients ont eu une dispensation de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en CSAPA (19 200 de méthadone et 3 700 de BHD) en 2014.

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

Bonnes pratiques

[haut du document](#)

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

Conséquences sanitaires et réduction des risques

[haut du document](#)

Le nombre de décès par surdose en 2013 est de 237 chez les 15-49 ans (349 au total) selon le registre général de mortalité (dont le délai de disponibilité des données est de 2 ans). D'après le registre spécifique des décès par surdose (dispositif DRAMES), les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans plus de la moitié des cas en 2014 et l'héroïne dans un quart des cas. L'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus, parmi lesquels 955 (soit 84 %) dont le statut vital a été retrouvé en décembre 2015. Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité est de 5,6 ; pour les femmes, il est nettement plus élevé (18,5).

En 2014, 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 au cours de leur vie est égale à 13,3 % en 2011, la prévalence biologique du VHC dans 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 et des dommages (RDRD) s'adresse à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances les exposent à des risques majeurs. Elle s'appuie notamment sur la distribution de matériel stérile à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de sniff, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux 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. Une autre finalité majeure de la politique de RDRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés.

Le nombre de décès par surdose dans le registre général de mortalité a augmenté en 2013, après deux années consécutives de baisse, précédées d'une période de hausse de 2003 à 2010. Cependant, les fluctuations observées depuis 2011 sont à interpréter avec prudence en raison de changements méthodologiques. Entre 2010 à 2014, les médicaments de substitution aux opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès par surdose, devant l'héroïne.

La prévalence du VHC se maintient à un niveau très élevé parmi les usagers de drogues par voie injectable tout en étant orientée à la baisse, tandis que la prévalence du VIH parmi cette population est stable, à un niveau bien plus faible, entre 2004 et 2011.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH liés à l'usage de drogues est stable de 2008 à 2014 après une baisse régulière de 2003 (date de début du suivi de cet indicateur) à 2008. Le nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues est en baisse régulière depuis 2003.

L'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) est inscrite dans la loi de modernisation du système de santé. Plusieurs villes se sont portées volontaires pour expérimenter ces SCMR. Deux SCMR, l'une à Paris et l'autre à Strasbourg, doivent s'ouvrir à l'automne 2016, le temps que les travaux d'aménagement de ces salles soient effectués. Un arrêté précise le cahier des charges de ces SCMR, il définit dans le détail leurs modalités de fonctionnement (structures et publics concernés, emplacement, personnels...). Deux arrêtés nomment les structures porteuses des expérimentations de SCMR, à Paris et Strasbourg.

Des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VHB et le VHC ainsi que sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VHC, publiées début 2014, incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens. Entre le 1er janvier 2014 et le 30 juin 2015, 18 600 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les antiviraux d'action directe. Depuis juin 2016, le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose). Depuis août 2016, les CAARUD et les CSAPA peuvent réaliser des TROD du VHC et du VIH. Par ailleurs, la Haute autorité de santé recommande l'utilisation de ceux du VHB comme outil de dépistage complémentaire au dépistage biologique classique, notamment pour les personnes qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA.

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses opiacées) en France, une spécialité de naloxone par voie nasale a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte en novembre 2015. Elle est disponible depuis juillet 2016. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés.

Par ailleurs, l'acceptabilité de nouveaux kits d'injection a fait l'objet d'une évaluation auprès d'usagers de drogues en 2015, pour faire évoluer le contenu des kits actuellement disponibles. Elle montre que l'appropriation du filtre toupie (filtre à membrane 0,22 μ introduit dans les trousses expérimentales) est au cœur de l'acceptabilité de ces nouveaux outils. L'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) ayant donné des résultats positifs durant son expérimentation, deux associations proposent des formations pour diffuser ses principes dans les CAARUD.

Enfin, la première audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) liés aux conduites addictives s'est tenue les 7 et 8 avril 2016 à Paris. À l'issue de cette audition, la commission d'audition a formulé 15 recommandations pour améliorer la diffusion, l'appropriation et

la mise en œuvre de la RDRD liés aux consommations de substances psychoactives.

► [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 l'est aussi par ses départements d'outre-mer situés sur le continent américain (Guadeloupe, Martinique et Guyane) à proximité des grandes zones de production et de transit de la cocaïne (Colombie, Venezuela). En outre, comme beaucoup de pays développés où la population dispose d'un pouvoir d'achat élevé, la France constitue 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/ecstasy. 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.

La France, à l'instar du reste de l'Europe, connaît depuis quelques années un bouleversement du marché du cannabis. De plus en plus, l'herbe concurrence la résine de cannabis produite au Maroc. Si le marché de la résine conserve sa primauté, celui de l'herbe est de plus en plus dynamique et porté par des acteurs qui tranchent avec les profils habituels. Ainsi, à côté des cultivateurs en placard dont le rôle est marginal sur le marché, sont apparus des « industriels » de l'herbe de cannabis à la tête de plantations (*cannabis factories*) pouvant atteindre des centaines voire des milliers de plants. Parmi ceux-ci, deux types de groupes sont à distinguer. Des bandes criminelles d'origine vietnamienne, spécialisées de longue date dans ce segment illicite, notamment en Grande-Bretagne, qui s'implantent en France, attirées par le dynamisme du marché et les perspectives en termes de profit, et des particuliers, a priori déconnectés du milieu criminel traditionnel, qui se lancent, pour les mêmes raisons, dans des cultures illicites commerciales de grande échelle. Un troisième groupe est en train d'émerger, également constitué de trafiquants de « cités », spécialisés dans la revente de résine de cannabis et se reconvertissant dans une production plus adaptée aux nouvelles réalités de la demande.

Le deuxième grand marché illicite, celui de la cocaïne, est également affecté par les mutations de l'offre. Celles-ci ne concernent pas les acteurs de l'importation de cette substance en France, qu'ils relèvent du crime organisé traditionnel (corse et maghrébin) ou des sphères les plus basses du petit trafic, que les policiers dans leur jargon qualifient de trafic de « fourmis ». Elles affecteraient plutôt les grandes voies du trafic avec notamment le rôle croissant joué par les départements français d'outre-mer. Ce phénomène, qui a commencé à prendre de l'ampleur à partir de 2011, est à relier avec la réactivation récente des routes de la cocaïne dans la mer des Caraïbes en direction des États-Unis et de l'Europe, consécutive à la crise sécuritaire du Venezuela devenu une zone de transit majeure de la cocaïne produite en Colombie.

Enfin, le marché de la MDMA/ecstasy a renoué avec son dynamisme d'avant la pénurie de 2009. Les formes poudre et cristal ont vu leur disponibilité s'accroître avec des taux de pureté élevés, alors que depuis 2013 la forme comprimé fait son retour, notamment en milieu festif, avec des fortes teneurs en MDMA. De plus, l'attention portée par les trafiquants à l'apparence des comprimés (couleurs vives, forme 3D,...) relancent leur attractivité auprès des jeunes usagers.

Une analyse récente de la situation dans les départements français d'Amérique (DFA : Martinique, Guadeloupe et Guyane) permet de dresser un constat actualisé en matière de trafic international, bien que les évolutions décrites ne couvrent pas que l'année 2015 et résultent de mutations

antérieures.

La Martinique et la Guadeloupe ne sont plus seulement des zones de consommation de cocaïne basée (crack) mais jouent aujourd'hui un rôle de plus en plus important dans l'alimentation du marché métropolitain. Les services de police estiment en effet qu'entre 15 % et 20 % des saisies annuelles sur l'ensemble du territoire français proviendraient de ces deux départements.

En Guyane, département enclavé entre le Suriname et le Brésil, et doté d'une large façade maritime s'ouvrant sur l'Atlantique, le trafic de cocaïne s'amplifie. Comme en Martinique et en Guadeloupe, c'est à partir du début des années 1990 que le trafic de cocaïne en direction de l'Europe s'est lentement développé pour littéralement exploser depuis cinq ans. Cette attractivité est attestée par l'augmentation importante et régulière des saisies réalisées à la fois localement et en métropole.

Deux changements principaux peuvent expliquer cette évolution. D'une part, à la fin des années 1990, l'émergence de la route ouest-africaine vers l'Europe passant en partie par la Guyane et destinée à contourner les dispositifs de sécurité mis en place par l'Union européenne. D'autre part, le renforcement du contrôle de la route aérienne reliant Paramaribo, la capitale du Suriname, et Amsterdam. Du fait de dispositifs sécuritaires plus vulnérables, la Guyane constitue en effet, pour le crime organisé surinamien, un point stratégique pour l'exportation de cocaïne, via Cayenne et son aéroport international.

Néanmoins, depuis quelques années, une autonomisation des bandes criminelles de Guyane française s'est opérée. Elles recrutent des « mules » françaises pour partir vers Paris, afin de s'implanter dans des villes métropolitaines de petite et moyenne importance. La cocaïne transitant par la Guyane est équivalente en qualité (pureté de 70 % minimum) mais deux fois moins chère (5 000 euros en moyenne le kg) que celle acquise aux Antilles ou en République dominicaine. Au regard de ce prix et compte tenu de la précarité des habitants, la filière guyanaise pourrait prendre de plus en plus d'ampleur dans les années à venir. Des phénomènes similaires à ceux qui ont cours en Martinique sont à l'œuvre, avec l'émergence d'un marché local et de trocs de résine de cannabis contre de la cocaïne.

Par ailleurs, le port du Havre, du fait de sa connexion avec le port martiniquais de Fort-de-France et de son statut de premier port français pour le trafic de conteneurs, constitue de plus en plus une porte d'entrée majeure de la cocaïne sur les marchés français et européen à l'image d'autres grands ports du nord de l'Europe, tels Rotterdam et Anvers.

En 2014-2015, selon les sites d'observation appartenant au dispositif TREND, l'héroïne est très disponible dans le nord et l'est de la France alors que cette substance demeure peu visible dans le sud du pays, où son accessibilité est réduite. Le trafic qui y subsiste est le fait de petites structures d'usagers qui vont s'approvisionner en Espagne, voire aux Pays-Bas ou en Belgique. En région parisienne, les forces de l'ordre ont signalé une forte hausse des saisies dans les zones périphériques entourant Paris, qui témoignent d'une forte disponibilité de ce produit, ce qui pourrait annoncer un retour important dans les rues de la capitale. De plus, des problématiques liées au détournement et à l'abus de médicaments opiacés, prescrits dans le cadre de traitements de la douleur ou obtenus via Internet, sont observées.

Concernant les nouveaux produits de synthèse (NPS), le nombre total de saisies a chuté entre 2014 et 2015 (865 contre 1 200) et porte sur un nombre moins important de molécules (111 contre 131). Il est difficile d'interpréter cette baisse mais il y a plus de saisies sur personne qu'auparavant, ce qui peut être la conséquence du développement d'une activité de revente au détail, non plus sur Internet mais entre personnes physiques.

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

Prison

[haut du document](#)

Au 1er janvier 2015, la France comptait 188 établissements pénitentiaires comprenant 57 841 places de détention « opérationnelles ». Avec 66 270 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 114 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'usagers 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 - devenues unités sanitaires en milieu pénitentiaire : USMP) chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas de centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire ; enfin, des CSAPA en milieu pénitentiaire interviennent dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée). Par ailleurs, un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction, particulièrement à leur sortie de prison.

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.

Le Plan d'actions 2016-2017 prévoit plusieurs mesures spécifiques à destination des personnes détenues :

- Renforcer les CSAPA référents en publiant un guide et en les promouvant lors d'assises de la santé en prison ;
- Construire une recherche-action concernant les actions de dépistage pour les personnes en détention ;
- Améliorer le recueil des données sur l'état de santé des personnes qui entrent en prison ;
- Organiser la coordination des intervenants sanitaires, pénitentiaires, judiciaires et associatifs amenés à prendre en charge une personne placée sous main de justice.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé de 26 janvier 2016 réaffirme la nécessité de diffuser les outils de réduction des risques en milieu carcéral et d'effectuer un bilan de santé axé sur les consommations de substances psychoactives (y compris licites) dès le début de l'incarcération.

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

Recherche

[haut du document](#)

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

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