



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Rapport national 2014 (données 2013)

à l'EMCDDA

par le point focal français du réseau Reitox

FRANCE

Nouveaux développements,

tendances

REITOX

Sous la direction de

François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle

Aurélie Lermenier-Jeannet

Contributions

Chapitre 1 : Carine Mutatayi, Ivana Obradovic

Chapitre 2 : Marie-Line Tovar, Éric Janssen

Chapitre 3 : Carine Mutatayi

Chapitre 4 : Éric Janssen, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 5 : Tanja Bastianic, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle

Chapitre 6 : Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 7 : Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Chapitre 8 : Aurélie Lermenier-Jeannet

Chapitre 9 : Ivana Obradovic

Chapitre 10 : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Agnès Cadet-Taïrou

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle (OFDT)

Stéphane Bahrami, Christian Ben Lakhdar, Henri Bergeron, Olivier Cottencin, Emmanuelle Godeau, Fabien Jobard, Serge Karsenty, Nacer Lalam et Marie-José Parent (Collège scientifique de l'OFDT)

Ce rapport a été relu par Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), et l'ensemble des chargés de mission de la MILDECA

Documentation

Isabelle Michot

Références législatives

Anne de l'Eprevier

Sommaire

I- PARTIE A. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS ET TENDANCES.....	10
1. <i>Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique</i>	10
1.1. Introduction.....	10
1.2. Cadre légal	18
1.2.1. Lois, réglementations, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre).....	19
1.2.2. Textes de mise en application des lois	20
1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination	22
1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie	22
1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie	24
1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues	24
1.3.4. Modalités de la coordination.....	26
1.4. Analyse économique.....	27
1.4.1. Dépenses publiques.....	27
1.4.2. Recettes	27
2. <i>Usages de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques</i>	29
2.1. Introduction.....	29
2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)	31
2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)	33
2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local.....	35
3. <i>Prévention</i>	36
3.1. Introduction.....	36
3.2. Prévention environnementale	39
3.2.1. Politiques concernant le tabac et l'alcool.....	39
3.2.2. Autres développements sociaux et normatifs liés à la prévention des drogues	42
3.3. Prévention universelle.....	43
3.3.1. Milieu scolaire.....	44
3.3.2. Familles	45
3.3.3. Communautés	45
3.3.4. Milieu de travail	45
3.4. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques.....	45
3.4.1. Groupes à risque	45
3.4.2. Familles à risque.....	46
3.4.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)	46
3.5. Prévention indiquée.....	46
3.6. Campagnes média nationales et locales.....	46
4. <i>Usages à hauts risques de drogues</i>	48
4.1. Introduction.....	48
4.2. Prévalence des usages à hauts risques de drogues (HRDU) et tendances.....	49
4.2.1. Estimations de la prévalence des HRDU	49
4.2.2. Autres sources d'information sur la prévalence des HRDU.....	49
4.2.3. Tendances d'évolution des HRDU	49
4.3. Caractéristiques des usagers à hauts risques de drogues.....	49
4.3.1. Principaux types de polyusages parmi les grands groupes d'HRDU	50
4.3.2. Données et études sur les caractéristiques des HRDU autres que les données sur les usagers en traitement (TDI).....	50
5. <i>Prise en charge : demande et offre de soins</i>	52
5.1. Introduction.....	52
5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité	52
5.2.1. Stratégie et politique.....	52
5.2.2. Systèmes de soins et de prise en charge	53
5.3. Accès aux soins	59
5.3.1. Caractéristiques des patients pris en charge.....	60
5.3.2. Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA.....	63

6.	<i>Conséquences sanitaires</i>	66
6.1.	Introduction.....	66
6.2.	Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues.....	68
6.2.1.	VIH/sida et hépatites virales B et C.....	68
6.2.2.	Infections sexuellement transmissibles et tuberculose	71
6.2.3.	Autres maladies infectieuses	71
6.2.4.	Données comportementales	72
6.3.	Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues.....	73
6.3.1.	Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues	73
6.3.2.	Comorbidités psychiatriques.....	73
6.4.	Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues	73
6.4.1.	Décès induits par l'usage de drogues (surdoses/empoisonnement).....	73
6.4.2.	Mortalité et causes de décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)	75
6.4.3.	Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues.....	76
7.	<i>Réponses aux problèmes sanitaires liés à l'usage de drogues</i>	77
7.1.	Introduction.....	77
7.2.	Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues	82
7.3.	Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues	83
7.4.	Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues.....	89
8.	<i>Conséquences sociales et réinsertion sociale</i>	90
8.1.	Introduction.....	90
8.2.	Exclusion sociale et usage de drogues	91
8.2.1.	Exclusion sociale parmi les usagers de drogues	91
8.2.2.	Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés.....	93
8.3.	Réinsertion sociale	93
8.3.1.	Hébergement.....	94
8.3.2.	Éducation et formation	95
8.3.3.	Emploi.....	95
9.	<i>Criminalité liée à l'usage de drogues, prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues et prison</i>	97
9.1.	Introduction.....	97
9.2.	Criminalité liée à l'usage de drogues.....	101
9.3.	Infractions à la législation sur les stupéfiants	101
9.4.	Autres délits liés à la drogue.....	102
9.5.	Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues	103
9.6.	Interventions dans le système pénal.....	103
9.7.	Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison.....	104
9.7.1.	Marché des drogues illicites en prison.....	104
9.8.	Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons	104
9.8.1.	Traitements (y compris le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution aux opiacés).....	104
9.8.2.	Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue.....	105
9.8.3.	Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses	105
9.8.4.	Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison	105
9.9.	Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison	107
10.	<i>Marchés des drogues</i>	108
10.1.	Introduction.....	108
10.2.	Approvisionnement et offre à l'intérieur du pays	111
10.2.1.	Provenance des drogues : production nationale versus production importée	111
10.2.2.	Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, <i>modi operandi</i> et organisation du marché domestique des drogues.....	112
10.3.	Saisies.....	117
10.3.1.	Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites.....	117
10.3.2.	Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites	119
10.3.3.	Nombre de sites de production (et autres installations) de drogues démantelés, description des méthodes de production et type précis de drogues illicites produites	119
10.4.	Accessibilité.....	119

10.4.1.	Accessibilité perçue, exposition et accès aux drogues	119
10.4.2.	Prix au détail et prix de gros des drogues illicites	123
10.4.3.	Pureté/teneur des drogues illicites	125
10.4.4.	Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues	126
PARTIE B. BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES		127
	<i>Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet.....</i>	<i>137</i>
	<i>Liste alphabétique des adresses Internet utiles.....</i>	<i>138</i>
ANNEXES		139
I-	LISTE DES FIGURES.....	139
II-	LISTE DES TABLEAUX	140
III-	LISTE DES REFERENCES LEGALES EN FRANÇAIS	142
IV-	LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	148
V-	LISTE DES SOURCES	157

Résumés

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

Le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives, présenté en septembre 2013, 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 (jeunes, femmes et publics précaires) ; et renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international. En janvier 2014, ce texte est complété par la publication d'un programme de 131 actions pour la période 2013-2015, avec une évaluation sur quelques dispositifs répondant aux objectifs stratégiques du plan (prévention et communication, lutte contre les trafics, application de la loi, recherche, et coordination des actions nationales et internationales).

La terminologie « conduites addictives » en lieu et place de « toxicomanie », aussi bien dans l'intitulé du plan que dans celui de la mission interministérielle (devenue MILDECA) chargée de sa mise en œuvre, atteste de la volonté du gouvernement d'étendre son champ d'intervention à l'ensemble des addictions.

Au niveau législatif, trois éléments peuvent être soulignés : en matière de cannabis thérapeutique, l'autorisation de mise sur le marché, pour la première fois en France, d'un médicament à base de cannabis (Sativex®) ; à propos des nouveaux produits de synthèse, le classement de la méthoxétamine comme stupéfiant et, concernant l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque, l'avis négatif du Conseil d'État sur un projet de décret du gouvernement. Sur ce dernier point, l'inscription d'une telle expérience est néanmoins annoncée dans un projet de loi relatif à la santé publique.

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

Les dernières prévalences d'usage disponibles en population générale datent de 2010-2011 (Baromètre santé de l'INPES 2010 pour les adultes ; HBSC 2010, ESPAD 2011 et ESCAPAD 2011 pour les adolescents). Quel que soit l'âge, le cannabis est de très loin le produit le plus consommé. L'usage problématique, appréhendé grâce au Cannabis Abuse Screening Test, n'est estimé que chez les adolescents de 17 ans : en 2011, parmi ceux ayant consommé du cannabis au cours de l'année, 18 % présentaient un risque élevé d'usage problématique, majoritairement des garçons.

Concernant la perception des risques liés aux drogues, la moitié des Français considèrent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation ; ils sont plus de 8 sur 10 à le penser pour la cocaïne et l'héroïne. Par ailleurs, 70 % de la population estiment que fumer du cannabis conduit à consommer des drogues plus dangereuses par la suite.

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. En 2013, le principal levier utilisé a été la fiscalité, avec des résultats plutôt positifs en termes de réduction des ventes de tabac et de bière.

De nombreux axes de travail sont prévus par le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives : développer la prévention en milieu scolaire et professionnel, sensibiliser les acteurs des quartiers sensibles aux conduites addictives, soutenir les familles en difficulté, etc. Pour beaucoup, la réflexion et les travaux préliminaires à la mise en œuvre sont en cours. Dans ce cadre, la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives, lancée en février 2014, a pour but d'encourager une politique de prévention basée sur des programmes évalués et prometteurs.

En 2013, les campagnes média menées dans le champ des addictions ont concerné uniquement le tabac (en mai puis en octobre, avec une campagne destinée aux jeunes) et l'alcool (en novembre).

4. Usages à hauts risques de drogues

La France ne dispose pas d'estimation du nombre d'usagers à hauts risques de drogues, tels que définis par l'EMCDDA, mais la dernière évaluation du nombre d'usagers problématiques, en 2011, aboutissait au chiffre de 275 000 à 360 000 personnes concernées (de 7 à 9 pour 1 000 habitants), plaçant le pays dans la moyenne de l'Union européenne. Pour ce qui est de l'usage à risque de cannabis, il n'existe pas de prévalence en population adulte mais seulement à 17 ans.

Les caractéristiques des usagers à hauts risques de drogues ainsi que leurs consommations sont principalement connues grâce aux études menées auprès des personnes qui fréquentent les structures de réduction des risques. Cette population est majoritairement masculine (80 %) et âgée de plus de 35 ans (54 %), elle présente une forte vulnérabilité sociale et consomme en premier lieu alcool et cannabis, mais également des opiacés, de la cocaïne et des benzodiazépines.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

En 2012, plus de 149 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour un traitement de substitution aux opiacés, avec toujours une nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (71 %), même si la part de la méthadone augmente. Cette tendance pourrait s'accroître car une réflexion, inscrite dans le plan gouvernemental, est en cours pour élargir les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone, notamment suite aux conclusions d'une expérimentation menée en médecine de ville (Méthaville).

Pour ce qui est des demandes de traitement, les dernières données exploitables remontent à 2012. Les prises en charge pour un usage de cannabis tendaient alors à baisser alors que celles pour usage d'opiacés augmentaient. Concernant le profil sociodémographique des patients, l'âge moyen a augmenté depuis 2005, passant de 28 ans à 31 ans en 2013 ; la proportion de personnes bénéficiant de conditions de logement stables est, elle aussi, plutôt orientée à la hausse.

6. Conséquences sanitaires

En 2012, la contamination par usage de drogues par voie injectable représente seulement 1,2 % des découvertes de séropositivité au VIH et la part des usagers injecteurs parmi les nouveaux cas de sida continue de baisser (5,9 % contre 7,7 % en 2011). Par ailleurs, la prévalence de l'infection à VIH chez les usagers de drogues ayant sniffé ou s'étant injectés au moins une fois au cours de la vie est égale à 10 % en 2011 (stable par rapport à 2004) ; elle atteint 44 % pour le VHC (contre 60 % sept ans auparavant).

Le nombre de décès par surdose en 2011 est en baisse (249 chez les 15-49 ans) mais ce chiffre doit, pour des raisons méthodologiques, être interprété avec prudence. L'implication des médicaments de substitution aux opiacés, en particulier la méthadone, dans ces décès est croissante (60 % contre 54 % en 2010). 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).

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

La prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues repose sur une politique de réduction des risques et sur l'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C ainsi que la vaccination contre le VHB. 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 pour le VHC, publiées début 2014, incitent à poursuivre et renforcer les actions entreprises dans ce sens.

Par ailleurs, un dispositif de veille et d'alerte sanitaires liées aux drogues existe en France et une évaluation des kits d'injection a été réalisée, suivie de recommandations rendues publiques en 2014, visant à faire évoluer leur contenu (remplacement de l'alcool par la chlorhexidine, ajout d'un sachet d'acide ascorbique et d'une cupule avec manche pré-monté, seringues de 2 cm³ en complément de celles de 1 cm³, etc.).

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

La population accueillie dans les CSAPA et les CAARUD, qui assurent majoritairement l'accompagnement social des usagers de drogues en France, est dans une situation plus précaire (chômage, revenus intermittents, logement provisoire, sans-abris, etc.) que le reste de la population française, mais ne semble pas se dégrader. Toutefois, il reste difficile d'identifier les actions et programmes entrepris par ces structures pour favoriser l'insertion et la réinsertion de ces personnes.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 réaffirme la volonté, déjà énoncée par son prédécesseur, d'une prise en charge globale afin d'améliorer la réussite du traitement, notamment en renforçant les échanges entre les structures spécialisées de soins et les centres d'hébergement sociaux « généralistes ».

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

En 2013, 208 325 infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ont été enregistrées par les services répressifs, soit une augmentation de 17 % au cours des cinq dernières années. Dans plus de huit cas sur dix, il s'agit de faits relatifs à l'usage, majoritairement de cannabis. Sur l'ensemble des condamnations, les 53 113 pour ILS représentent 9 % du total en 2012, dont près de 60 % liés à l'usage simple.

La question de la sortie de prison reste complexe, notamment le risque de rupture des soins pour les usagers suivant un TSO ou atteints du VIH ou du VHC. Pour éviter cela, des programmes d'accueil au sein de structures sociales et médico-sociales ont été mis en place à titre expérimental. L'évaluation de ces dispositifs d'accueil, menée en 2012 par l'OFDT, a montré la difficulté à atteindre les objectifs de soins au sein d'une population qui cumule des problématiques sociales importantes.

10. Marchés des drogues

Trois points émergent de l'observation du marché des drogues « classiques » : la part croissante de l'herbe de cannabis se confirme, le trafic de cocaïne dans les Antilles françaises s'intensifie et le taux de pureté de l'héroïne tend à augmenter. En 2013, les quantités de drogues saisies sont globalement en augmentation par rapport à 2012, en particulier celles de cannabis (notamment les graines). Les prix au détail sont plutôt stables pour une pureté plutôt en hausse.

Le phénomène des nouveaux produits de synthèse (NPS) reste très dynamique, avec 36 nouvelles identifications en 2013, parmi lesquels une majorité de cannabinoïdes. Les dispositifs TREND et SINTES, notamment par le biais du projet européen I-TREND, ont permis d'observer la diffusion progressive de leur accessibilité et de leur consommation vers des sous-groupes spécifiques d'usagers, mais sans commune mesure avec l'usage des produits traditionnels et encore très majoritairement via le marché numérique (hormis la méthoxétamine visible aussi sur le marché « réel »).

I- Partie A. Nouveaux développements et tendances

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

1.1. Introduction

Définitions

Le terme « usager de stupéfiants » est utilisé pour désigner une personne qui consomme des produits stupéfiants. L'autorité judiciaire assimile souvent à l'usage la détention de petites quantités, ainsi que la culture de cannabis lorsqu'elle est destinée à une consommation personnelle.

Toute infraction à la législation sur les stupéfiants expose à une interpellation par la police, la gendarmerie ou les douanes, qui en rendent compte aux services judiciaires. Les infractions sont examinées au cas par cas par les procureurs de la République qui, suivant le principe de l'opportunité des poursuites, décident de poursuivre le contrevenant, de classer l'affaire sans suite ou encore de prononcer une mesure alternative aux poursuites. Ce principe permet une intervention adaptée aux situations individuelles en graduant la réponse en fonction de la gravité des actes et de la récidive. Il explique la disparité des pratiques selon les tribunaux, liées aux politiques pénales menées localement selon les spécificités territoriales.

Source de données

Les principales sources utilisées sont les textes du Code pénal, du Code de la route, du Code de la santé publique (CSP), du Code de l'action sociale et des familles et du Code du sport, ainsi que les documents officiels relatifs aux dépenses publiques.

Contexte

Deux types de régimes juridiques régissent les drogues en France. L'usage, la détention et l'offre des drogues licites (alcool, tabac) sont réglementés, sans être interdits. À l'inverse, les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, etc.), classées comme stupéfiants¹, sont soumises à un régime d'interdiction fixé pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970², dont les dispositions ont été intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. Le cadre réglementaire en vigueur réprime usage et trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant (sans différenciation selon le produit). L'utilisateur est considéré à la fois comme un délinquant et comme un malade.

Le CSP prévoit pour les usagers de drogues la possibilité d'un accès anonyme et gratuit à des soins pour la prise en charge de leur addiction. C'est à la suite de l'adoption de la loi de 1970 qu'a été créé le dispositif de prise en charge spécialisé comprenant les structures aujourd'hui

¹ La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM, ex-AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971

nommées centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ainsi que les communautés thérapeutiques (CT). L'accès aux centres de dépistage du VIH³ et des hépatites, rattachés aux établissements de santé (CDAG⁴ et CIDDIST⁵), est aussi totalement gratuit.

La vaccination contre l'hépatite B et le dépistage des hépatites virales sont gratuits et anonymes⁶ lorsqu'ils sont effectués dans un CSAPA (article L.3411-4 du CSP). Depuis la circulaire du 9 novembre 2009⁷, les usagers de drogues peuvent également bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B dans les CDAG.

Les personnes accueillies dans un CDAG ou un CIDDIST ne sont pas tenues de révéler leur identité. En cas de nécessité thérapeutique, depuis l'adoption de la loi HPST de juillet 2009⁸ (article 108, codifié dans le CSP articles L.3121-2 et L.3121-2-1), le médecin du CDAG ou du CIDDIST peut faire lever l'anonymat, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé du patient. Cette disposition⁹ vise à améliorer l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire. De plus, s'ils le demandent expressément, les usagers de drogues qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé peuvent bénéficier de l'anonymat dès l'admission (article L.3414-1 du CSP).

Pour préserver la confidentialité des informations personnelles et médicales, les professionnels du dispositif de soins sont tenus de respecter le secret médical et professionnel.

Les usagers de drogues sans ressources ou à faible niveau de revenus peuvent, comme toutes les personnes dans cette situation résidant en France, accéder gratuitement à la médecine de ville et à l'hôpital. Depuis 1999, ils peuvent ainsi bénéficier d'une Couverture maladie universelle (CMU). Le demandeur de soins avance les frais médicaux et demande leur remboursement. Par ailleurs, il existe une Couverture complémentaire santé gratuite qui exonère le demandeur de soins de l'obligation d'avancer des frais médicaux. Les étrangers en situation irrégulière en France peuvent solliciter l'Aide médicale d'État (AME).

Usage de stupéfiants

Aux termes de l'article L.3421-1 du CSP (ex-article L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et d'une amende

³ Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. BO Santé n°88-28 bis, Fascicule spécial : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, 1988. (NOR ASEP8810054C)

⁴ Centre de dépistage anonyme et gratuit.

⁵ Centre d'information, de dépistage et de diagnostic (et de traitement) des infections sexuellement transmissibles.

⁶ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. JORF n°296 du 21 décembre 2007. (NOR BCFX0766311L), art. 72.

⁷ Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°12 du 15 janvier 2010. (NOR SASP0927192C)

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L)

⁹ Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°166 du 21 juillet 2010. (NOR SASP1007832A)

d'un montant de 3 750 €. Cependant, le CSP autorise le procureur à suspendre les poursuites contre un usager de stupéfiants à condition qu'il accepte de se faire soigner.

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007¹⁰ diversifie les mesures pouvant être prononcées à l'encontre des usagers de drogues. Elle introduit une nouvelle sanction, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, obligatoire et payant (450 € maximum, montant d'une contravention de 3^e classe). Prévu par l'article L.131-35-1 du Code pénal et par les articles R.131-46 et R.131-47 du Code pénal en application du décret du 26 septembre 2007¹¹, il doit faire prendre conscience à l'usager des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants ainsi que des incidences sociales d'un tel comportement. Le stage peut être proposé par le ministère public au titre de mesure alternative aux poursuites ou de la composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée dans le cadre de l'ordonnance pénale et à titre de peine complémentaire. Elle est applicable à tous les majeurs et aux mineurs de plus de 13 ans¹².

Cette loi du 5 mars 2007 élargit le cadre d'application des mesures d'injonction thérapeutique, qui peuvent désormais être prononcées à tous les stades de la procédure pénale : auparavant mesure alternative aux poursuites (occasionnant une suspension de la procédure judiciaire), l'injonction thérapeutique peut désormais être prononcée comme modalité d'exécution d'une peine, y compris pour des personnes ayant commis une infraction en lien avec une consommation d'alcool.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants est aggravée dans certaines circonstances de la vie sociale, par exemple lorsque cet usage affecte la sécurité routière.

La loi du 3 février 2003¹³ a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende, portée à 3 ans de prison et 9 000 € d'amende (ainsi qu'une annulation du permis de conduire pour 3 ans) en cas de consommation simultanée d'alcool. La conduite après usage de stupéfiants constitue une circonstance aggravante en cas d'accident mortel ou corporel : les peines peuvent alors s'élever jusqu'à 100 000 € d'amende et 7 ans d'emprisonnement (en cas d'homicide involontaire). Ces sanctions sont aggravées pour les personnels de transport public de voyageurs.

Les lois du 12 juin 2003¹⁴ et du 5 mars 2007 ont étendu la gamme des peines complémentaires encourues : suspension ou annulation du permis pendant trois ans au plus, travail d'intérêt général, obligation d'effectuer (à ses frais) un stage de sensibilisation à la sécurité routière ou de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

¹⁰ Loi n°2007-0297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L)

¹¹ Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le Code pénal et le Code de procédure pénale. JORF n°225 du 28 septembre 2007. (NOR JUSD0755654D)

¹² Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. BO Justice n°2008/3 du 30 juin 2008 (NOR JUSD0811637C)

¹³ Loi n°2003-087 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L)

¹⁴ Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière. JORF n°135 du 13 juin 2003. (NOR EQUX0200012L)

Depuis l'adoption en 2011 de la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure¹⁵ (dite LOPPSI 2) et sa circulaire d'application¹⁶ du 28 mars 2011, le dépistage de l'usage de produits stupéfiants est obligatoire en cas d'accident corporel de la circulation, qu'il soit mortel ou non, et la confiscation du véhicule est automatique en cas de récidive d'un délit routier lié à l'alcool ou aux stupéfiants. De plus, cette circulaire du 28 mars 2011 donne la possibilité, sur réquisition du procureur de la République, de contrôles aléatoires d'usage de stupéfiants sur l'ensemble des automobilistes dans un lieu et une période déterminés (article L.235-2 du Code de la route, modifié par l'article 83 de la LOPPSI). Ces dépistages de stupéfiants en bord de route peuvent être effectués à l'aide de tests¹⁷ urinaires (depuis 2003) ou salivaires (utilisés depuis 2008). Ils permettent de détecter la consommation récente de quatre familles de drogues illicites (cannabis, cocaïne, opiacés et amphétamines). Les seuils de détection sont définis par un arrêté du 5 septembre 2001¹⁸.

En cas de dépistage positif (ou d'impossibilité de réaliser ce dépistage), le conducteur fait l'objet d'un retrait immédiat du permis de conduire et d'une prise de sang obligatoire, effectuée par un médecin pour confirmer la présence de produits stupéfiants. Le cannabis restant détectable dans les urines plusieurs semaines après la consommation¹⁹, seul un test sanguin positif indique de façon certaine que la personne contrôlée a consommé des stupéfiants dans les 4 heures précédant la prise du volant. La consommation de stupéfiants étant illicite, de simples traces suffisent pour être condamné pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants.

Le refus de se soumettre aux épreuves de vérification est puni des mêmes peines que l'infraction de conduite sous l'empire de l'alcool ou après usage de stupéfiants : 4 500 € d'amende, 2 ans d'emprisonnement et les peines complémentaires prévues : suspension ou annulation de permis, stage de sensibilisation, etc.

Depuis l'arrêté du 29 février 2012²⁰, le condamné pour conduite après usage de stupéfiants doit régler, outre une amende délictuelle probable et les frais de procédure devant le tribunal correctionnel (90 €), une somme de 210 € pour les frais d'analyse toxicologique.

Usage de stupéfiants en milieu professionnel

La loi aggrave les sanctions pénales applicables aux salariés dépositaires de l'autorité publique (ou chargés d'une mission de service public ou encore relevant de la défense nationale) pris en infraction d'usage de stupéfiants. Ils encourent une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant de 75 000 €. Les personnels des entreprises de transport public pris en

¹⁵ Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 15 mars 2011. (NOR IOCX0903274L)

¹⁶ Circulaire du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière. BO Intérieur n°2011-03 du 31 mars 2011. (NOR IOCD1108865C)

¹⁷ Les tests de dépistage biologique actuellement disponibles présentent deux défauts techniques majeurs : ils renseignent mal sur le temps écoulé depuis la dernière consommation (sensibilité) et sont sujets au risque d'identifier des « faux négatifs » et des « faux positifs » (fiabilité).

¹⁸ Le seuil de détection du cannabis, par exemple, est de 50 nanogrammes de principe actif (THC) par ml d'urine et de 1 nanogramme par ml de sang, selon l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. JORF n°216 du 18 septembre 2001. (NOR MESP0123164A)

¹⁹ Les durées moyennes de détection dans l'urine et dans le sang et les seuils fixés par la loi sont disponibles sur le site de Drogues info service (<http://www.drogues-info-service.fr/?Tableau-des-durees-de-positivite>).

²⁰ Arrêté du 29 février 2012 fixant le montant de l'augmentation du droit fixe de procédure dû en cas de condamnation pour conduite après usage de stupéfiants. JORF n°58 du 8 mars 2012. (NOR JUSD1205700A)

infraction d'usage dans l'exercice de leurs fonctions encourent ces mêmes peines, auxquelles s'ajoutent des peines complémentaires d'interdiction professionnelle et l'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. La loi du 20 juillet 2011²¹ (article L.4622-2 du Code du travail), applicable depuis le 1^{er} juillet 2012, fixe le cadre de fonctionnement des services de santé au travail et prévoit notamment que les médecins du travail ont pour mission de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir la consommation de drogues et d'alcool sur le lieu de travail (cf. chapitre 3).

Trafic de stupéfiants

Le régime de répression du trafic de stupéfiants a été modifié depuis la fin des années 1980. Des circonstances aggravantes sont prévues lorsque les faits sont commis auprès de mineurs, dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou encore dans les locaux de l'administration. Le dispositif législatif prévoit ainsi des peines distinctes selon le type d'infraction liée au trafic. Les peines minimales sanctionnent l'offre et la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986²²). Les peines maximales peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 M€ (loi du 16 décembre 1992²³) pour certaines affaires de blanchiment (telles que définies dans la loi du 31 décembre 1987²⁴ et qualifiées en infraction criminelle par les lois du 23 décembre 1988²⁵, du 12 juillet 1990²⁶ et du 13 mai 1996²⁷).

Depuis la loi du 17 janvier 1986, les petits trafiquants peuvent faire l'objet d'une procédure de comparution immédiate, qui permet de juger sans délai les usagers-revendeurs interpellés, au même titre que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales pour la répression du blanchiment mises en place à partir des années 1990 permettent aussi de poursuivre les trafiquants en se fondant sur leurs signes extérieurs de richesse : ainsi, ne pas « pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants » est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue ».

La loi du 9 mars 2004²⁸ instaure, pour l'auteur d'infraction allant de l'offre à toutes les formes de trafic, une réduction des peines encourues si, « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, celui-ci a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables ». Cette possible exemption de peine pour les « repentis » du trafic constitue une innovation dans la procédure pénale française.

²¹ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L)

²² Loi n°86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social. JORF du 18 janvier 1986

²³ Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur. JORF n°298 du 23 décembre 1992. (NOR JUSX9200040L)

²⁴ Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal. JORF n°3 du 5 janvier 1988. (NOR JUSX8700015L)

²⁵ Loi n°88-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989. JORF du 28 décembre 1988. (NOR ECOX8800121L)

²⁶ Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants. JORF n°162 du 14 juillet 1990. (NOR ECOX9000077L)

²⁷ Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime. JORF n°112 du 14 mai 1996. (NOR JUSX9400059L)

²⁸ Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n°59 du 10 mars 2004. (NOR JUSX0300028L)

La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 prévoit des sanctions aggravées en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigée vers un mineur » (jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende). Les peines pour certaines infractions commises sous l'emprise d'un stupéfiant ou en état d'ivresse sont également durcies. Par ailleurs, la loi organise des mesures d'investigation nouvelles (recherches fondées sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, achats surveillés, etc.).

Enfin, la loi du 9 juillet 2010 (dite loi Warsmann²⁹) a instauré une nouvelle procédure pénale permettant de saisir, en cours d'enquête, des éléments de patrimoine des personnes soupçonnées, pour en garantir la confiscation éventuelle lors du jugement.

Trafic de produits chimiques précurseurs de drogues

La fabrication et le commerce de produits chimiques susceptibles d'être utilisés à des fins d'extraction de drogues ou de fabrication de produits de synthèse sont contrôlés en France depuis la loi du 19 juin 1996³⁰. Cette loi s'inscrit dans le cadre de la réglementation européenne en vigueur relative à la lutte contre le détournement de matières premières d'emploi courant dans l'industrie chimique pour alimenter les réseaux de trafic de stupéfiants. La loi classe les produits chimiques soumis à contrôle en trois catégories, dont la liste est fixée par décret. Elle oblige les entreprises impliquées dans la production, le commerce ou le transport des produits contrôlés à disposer d'un agrément du ministère de l'Industrie³¹. La Mission nationale de contrôle de précurseurs chimiques (MNCPC) est chargée de délivrer les agréments et de les renouveler.

Substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont été introduits en France au milieu des années 1990. La mise sur le marché de la méthadone en mars 1995³² a été suivie quelques mois plus tard par celle de la buprénorphine haut dosage (BHD) en juillet 1995³³. Le Subutex[®] (BHD) est commercialisé depuis février 1996. Des génériques ont été mis sur le marché à partir de 2006. Considérée comme plus sûre que la méthadone, et d'ailleurs non classée parmi les stupéfiants, la BHD a pu dès l'origine être prescrite par l'ensemble des médecins : ce cadre de prescription souple, alors que la méthadone était réservée – tout au moins pour la phase initiale du traitement – aux centres spécialisés, a conduit à un développement important de la substitution par BHD, qui représente environ 80 % des remboursements de médicaments de substitution par l'Assurance maladie. C'est ce qui explique qu'une deuxième « porte d'entrée » vers la substitution, par l'intermédiaire des établissements de santé, ait été ouverte avec la

²⁹ Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale. JORF n°158 du 10 juillet 2010. (NOR JUSX0912931L)

³⁰ Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°142 du 20 juin 1996. (NOR INDX9500023L)

³¹ Décret n°96-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°287 du 10 décembre 1996. (NOR INDD9600699D)

³² Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés et Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 21 mars 1995 pour le chlorhydrate de méthadone, 5, 10 et 20mg, sirop en récipient unidose. JORF du 28 juin 1995. (NOR SANM9501657V)

³³ Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg, comprimé sublingual. JORF du 27 octobre 1995. (NOR SANM9502981V)

circulaire du 30 janvier 2002³⁴ autorisant tout médecin exerçant en établissement de santé à entreprendre un traitement par la méthadone.

Depuis 1993, plusieurs textes officiels et circulaires ont été publiés afin de lutter contre le détournement des traitements de substitution en France. Par ailleurs, à partir de 2004, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) a mis en place un dispositif de contrôle, qui a eu un effet important sur les détournements des TSO (cf. chapitre 5). En avril 2008³⁵, les autorités de santé ont aussi davantage encadré les conditions de prescription et de délivrance de la BHD. Pour obtenir un remboursement, le patient doit désormais obligatoirement signaler à son médecin le nom du pharmacien qui délivrera le médicament. Depuis cet arrêté du 1^{er} avril 2008, non seulement l'inscription du nom du pharmacien sur les ordonnances est obligatoire, mais aussi la mise en place d'un protocole de soins en cas de mésusage. Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement AFSSAPS) a mis en place un plan de gestion de risques pour chacune des spécialités de BHD commercialisées.

Cadre légal de la réduction des risques

La politique de réduction des risques (RDR) pour les usagers de drogues relève de l'État (article L.3121-3 du CSP modifié par la loi du 13 août 2004, article 71³⁶). Elle vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à l'injection de drogues par voie intraveineuse ainsi que les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie. La loi du 9 août 2004³⁷ créant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) prévoit qu'ils concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques (article L.3121-5 du CSP). Ils assurent ainsi l'accueil collectif et individuel³⁸, l'information et le conseil personnalisé, le soutien aux usagers pour l'accès aux soins (qui inclut l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité), l'orientation vers le système de soins spécialisé ou de droit commun, l'incitation au dépistage des infections transmissibles, le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers. Les CAARUD mènent des médiations sociales pour une bonne intégration dans le quartier et pour prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Leur coordination avec les autres structures a été précisée par circulaire³⁹.

³⁴ Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)

³⁵ Arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du Code de la sécurité sociale. JORF n°83 du 8 avril 2008. (NOR SJSP0808150A)

³⁶ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004. (NOR INTX0300078L)

³⁷ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)

³⁸ Article R.3121-33-1 modifié par le Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique. JORF n°297 du 22 décembre 2005. (NOR SANP0524015D)

³⁹ Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. BO Santé n°2006/2 du 15 mars 2006. (NOR SANP0630016C)

Depuis mai 1987⁴⁰, la vente libre de seringues est autorisée dans les pharmacies, les officines à usage interne des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet. Depuis mars 1995⁴¹, elles peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques auprès des usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre de la Santé (article D.3121-27 du CSP). La délivrance de seringues et d'aiguilles aux mineurs n'est autorisée que sur présentation d'une ordonnance (article D.3121-28 du CSP). Cependant, ni les pharmaciens ni les associations ne sont légalement tenus de demander aux usagers de justifier de leur identité ou de leur âge depuis la suspension, opérée en 1987, des dispositions du décret de 1972.

Un référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogues a été élaboré (article D.3121-33 du CSP) et approuvé par le décret du 14 avril 2005⁴². Il précise notamment que les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités, doivent être protégées des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions.

Orientations de la stratégie nationale de lutte contre les drogues

En France, le premier plan interministériel de lutte contre les drogues remonte à 1983. Le plan gouvernemental couvrant la période 2013-2017 (MILDT 2013b) a été préparé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), en coordination avec les ministères concernés et en recueillant l'avis de son réseau de chefs de projet toxicomanie (placés auprès des préfets), des associations, des élus locaux, des collectivités territoriales ainsi que des partenaires professionnels et associatifs. Ce plan gouvernemental a été rendu public en septembre 2013 après sa présentation lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre. Il est complété par un plan d'actions intermédiaire, adopté en janvier 2014, qui énonce des mesures concrètes étayant la stratégie gouvernementale, jusqu'à fin 2015. Un second plan lui succèdera pour la période 2016-2017.

En mars 2014, l'organe de coordination de la lutte contre les drogues, initialement connu sous l'intitulé Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), est devenu la **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)**.

Budget et dépenses publiques

Les dépenses publiques pour la lutte contre les drogues et la prévention des addictions relèvent principalement du budget de l'État et de l'Assurance maladie. Le budget de l'État regroupe les

⁴⁰ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 16 mai 1987. (NOR ASEM8700689D) ; Décret n°88-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 27 août 1988. (NOR SPSM8801069D) et Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF du 12 août 1989. (NOR SPSM8901501D)

⁴¹ Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF n°58 du 9 mars 1995. (NOR SPSP9500414D)

⁴² Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005. (NOR SANP0521129D)

dépenses pour la mise en œuvre de la politique publique dans le champ de l'application de la loi et de la lutte contre les trafics ainsi qu'en matière de coopération internationale, formation, observation, recherche, communication, information et prévention (notamment en milieu scolaire). La majeure partie des dépenses en matière de santé (médecine de ville et hôpital) est prise en charge par les administrations de la Sécurité sociale. Parmi elles, figurent les dépenses liées aux traitements des maladies qui sont la conséquence des consommations de drogues, dont l'évaluation ne repose que sur des estimations. D'après la dernière étude disponible (Kopp *et al.* 2006), le coût social des drogues illicites représentait en 2005 environ 2,8 milliards d'euros, dont 732 M€ en dépenses pour le traitement des pathologies liées à la consommation de ces substances.

Depuis la promulgation de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001⁴³, les montants alloués par l'État à l'administration publique centrale et à ses services déconcentrés sont présentés par programme. Les moyens disponibles pour la politique contre l'alcool, le tabac et les substances illicites sont regroupés dans une trentaine de programmes qui impliquent notamment les ministères des Affaires étrangères, de la Culture, de la Défense, de l'Économie, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Intérieur, de la Justice, de la Santé et celui du Travail. Les dépenses inscrites dans ces différents programmes sont affectées aux cinq champs de la politique publique dans le domaine des drogues : la prévention des consommations, l'application de la loi et la lutte contre le trafic, l'intensification et la diversification de la prise en charge sanitaire, la promotion de la recherche, et enfin l'action internationale. Depuis 2008, les dépenses de l'État pour la lutte contre les drogues sont présentées dans le document de politique transversale (DPT) sur les drogues et toxicomanies. L'élaboration de ce document budgétaire, retraçant les dépenses de l'État sur une base annuelle, est coordonnée par la MILDECA. Les moyens déployés par les collectivités territoriales (régions, départements, communes notamment) pour la prévention et la lutte contre les drogues ne sont pas directement identifiables.

Les montants attribués par l'Assurance maladie à la prévention et à la prise en charge des addictions contribuent au remboursement des TSO ainsi qu'à financer les structures spécialisées (CSAPA, CAARUD et CT).

Les dépenses publiques engagées dans la politique de prévention, de soins et de réduction de l'offre en matière de drogues ont fait l'objet de plusieurs études en France (Ben Lakhdar 2007; Díaz Gómez 2012; Kopp *et al.* 2000; Kopp *et al.* 2004; Kopp *et al.* 2006; Kopp *et al.* 1998).

1.2. Cadre légal

Cette section se concentre sur les seuls textes législatifs relatifs aux drogues illicites, précurseurs chimiques de stupéfiants ou substances vénéneuses destinées à la médecine humaine, conformément au champ d'observation de l'EMCDDA. Les textes afférant aux substances psychoactives licites, aux pratiques de dopage ou aux addictions aux jeux de hasard et d'argent – domaines également couverts par la stratégie gouvernementale française contre les conduites addictives – n'y sont donc pas décrits.

Sont ici présentées les dispositions législatives adoptées en France entre juillet 2013 et juillet 2014, dans le prolongement des informations fournies par le précédent rapport (couvrant juin

⁴³ Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. JORF n°177 du 2 août 2001. (NOR ECOX0104681L)

2012 à juin 2013). Sur la période observée, relativement peu de nouveaux textes sont venus étoffer l'arsenal législatif français relatif à la lutte contre les drogues illicites ou aux substances vénéneuses.

1.2.1. Lois, réglementations, directives ou recommandations dans le domaine des drogues (demande et offre)

Renforcement du cadre d'intervention en prévention

Selon la **loi du 8 juillet 2013**⁴⁴ de « refondation de l'école de la République », modifiant le Code de l'éducation, la promotion de la santé des élèves devient une des missions de l'Éducation nationale, participant à la réussite et à la réduction des inégalités en matière de santé. Elle repose sur des actions de prévention et d'information, ainsi qu'un suivi médical des élèves. Leurs buts sont, entre autres, de dépister les troubles susceptibles de freiner les apprentissages, et de responsabiliser les élèves face aux risques sanitaires, « notamment pour prévenir et réduire les conduites addictives et la souffrance psychique ». Selon ce même texte de loi, la promotion de la santé à l'école est entendue comme incluant :

- la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;
- l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;
- la participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

Cette intégration de la promotion de la santé dans les missions de l'école est susceptible de stimuler un plus large engagement des établissements dans la prévention des conduites addictives.

Autorisation de mise sur le marché du Sativex®

Suite au décret du 5 juin 2013⁴⁵ autorisant l'utilisation des médicaments contenant du cannabis (et pas seulement ses principes actifs, comme auparavant), l'ANSM a pu évaluer le dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM) du spray buccal Sativex® (GW Pharmaceuticals) et a délivré le 8 janvier 2014 une AMM pour ce médicament, dans le cadre strict du traitement des spasmes musculaires de la sclérose en plaques⁴⁶. Jusqu'à cette date, en France, seul le Marinol® (dronabinol) pouvait être prescrit, et uniquement par le biais d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), une procédure très particulière.

⁴⁴ Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°157 du 9 juillet 2013. (NOR MENX1241105L)

⁴⁵ Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. JORF n°130 du 7 juin 2013. (NOR AFSP1308402D)

⁴⁶ Comme dans les autres pays européens où il est déjà autorisé.

1.2.2. Textes de mise en application des lois

Les décrets, circulaires et arrêtés adoptés pour la mise en application des lois en vigueur entre juillet 2013 et juillet 2014 sont détaillés ci-après.

Pharmacovigilance et retrait de médicaments du marché

Par le décret du 31 décembre 2012, l'ANSM est responsable de la réception et du traitement des signalements de médicaments suspectés d'être falsifiés et des défauts de qualité soupçonnés (article R.5312-1 du CSP).

Le **décret du 16 octobre 2013**⁴⁷ renforce le rôle de l'ANSM. Transposant la directive 2012/26/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, il établit que le directeur de l'ANSM, sur la base d'inquiétudes issues des activités de pharmacovigilance, peut engager la procédure d'urgence de l'Union européenne :

- en décidant de la suspension, du retrait ou du non-renouvellement de l'AMM, afin de protéger la santé publique, en attendant qu'une décision définitive soit prise en application de la procédure d'arbitrage de l'Union européenne (UE) ;
- en informant la Commission européenne, l'Agence européenne des médicaments et les autres États membres de l'UE de toute nouvelle contre-indication ou modification de posologie qu'il lui semble nécessaire de signaler ;
- en interdisant la délivrance d'un médicament ou d'un produit bénéficiant d'une AMM et en informant les autorités compétentes de l'UE et les États membres des motifs de cette mesure et en leur communiquant toute information scientifique pertinente en sa possession.

Le texte prévoit que l'ANSM publie chaque année, sur son site Internet, la liste des médicaments pour lesquels l'AMM a été refusée, retirée ou suspendue, ou dont la délivrance a été interdite ou qui ont été retirés du marché en France et dans l'Union européenne.

Prévention des consommations de drogues au travail

Le **décret du 1^{er} juillet 2014**⁴⁸ permet désormais expressément à l'employeur de limiter voire d'interdire la consommation d'alcool sur le lieu de travail, via le règlement intérieur ou une note de service, pour protéger la santé et la sécurité physique et mentale des salariés.

Renforcement de la prévention de la conduite au volant après usage de stupéfiants

L'**arrêté du 19 novembre 2013**⁴⁹ étend aux trois collectivités d'outre-mer du Pacifique (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna) les dispositions fixées par l'arrêté

⁴⁷ Décret n°2013-923 du 16 octobre 2013 pris pour la transposition de la directive 2012/26/UE du 25 octobre 2012 modifiant en ce qui concerne la pharmacovigilance la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. JORF n°243 du 18 octobre 2013. (NOR: AFSP1320840D)

⁴⁸ Décret n°2014-754 du 1er juillet 2014 modifiant l'article R. 4228-20 du code du travail. JORF n°152 du 3 juillet 2014. (NOR ETST1404770D)

du 5 septembre 2001⁵⁰ pour le dépistage de l'usage de stupéfiants et pour les analyses et examens prévus par le Code de la route. En cas d'accident corporel ou mortel, la présence de substances témoignant de l'usage de quatre familles de stupéfiants – cannabiniqes, amphétaminiques, cocaïniques, opiacés – est recherchée, à partir d'un recueil urinaire ou salivaire. Lors d'un accident mortel (conséquences immédiatement mortelles), une analyse biologique est effectuée à partir d'un prélèvement sanguin, afin de doser les substances mentionnées. La recherche dans le sang des médicaments psychoactifs ayant des effets sur la capacité de conduire un véhicule peut être effectuée à la demande du conducteur.

Vigilance des pouvoirs publics à l'apparition de substances potentiellement dangereuses et évaluation des risques

En France, la mission d'évaluation des risques liés aux substances médicamenteuses repose essentiellement sur l'ANSM. Lorsque l'instruction d'un dossier nécessite un avis complémentaire, l'ANSM s'adresse à sa Commission (consultative) qui est, depuis février 2013, exclusivement composée d'experts sélectionnés en raison de leurs compétences dans le domaine des stupéfiants, des psychotropes et de la pharmacodépendance⁵¹ et non de l'appartenance institutionnelle.

Dans le cadre de leur mission de veille de substances potentiellement dangereuses depuis 2012, le ministère chargé des Affaires sociales et de la Santé et l'ANSM ont révisé les listes (I et II) des substances vénéneuses et des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants. Pour rappel, la liste I répertorie les substances vénéneuses destinées à un usage curatif ou préventif considérées comme dangereuses et la liste II correspond à celles jugées potentiellement dangereuses. Les amendements intervenus en 2013 et lors du premier semestre 2014 sont listés ci-après.

L'adrénaline injectable, inscrite sur la liste des stupéfiants, peut désormais être délivrée sur commande par les pharmaciens à usage professionnel d'un infirmier (**arrêté du 23 décembre 2013**⁵²).

La méthoxétamine est ajoutée dans l'annexe IV de la liste des substances classées comme stupéfiants (**arrêté du 5 août 2013**⁵³), ainsi que le « 5-IT ou 5-(2-aminopropyl) indole » (**arrêté du 22 juillet 2013**⁵⁴).

⁴⁹ Arrêté du 19 novembre 2013 complétant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants et des analyses et examens prévus par le code de la route. JORF n°292 du 17 décembre 2013. (NOR AFSP1320472A)

⁵⁰ Arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. JORF n°216 du 18 septembre 2001. (NOR MESP0123164A)

⁵¹ Décision DG n°2013-18 du 1er février 2013 portant création d'une commission des stupéfiants et psychotropes à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JORF n°34 du 9 février 2013. (NOR AFSP1300036S)

⁵² Arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des médicaments prévue au dernier alinéa de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique. JORF n°300 du 27 décembre 2013. (NOR AFSP1330194A)

⁵³ Arrêté du 5 août 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. JORF n°184 du 9 août 2013. (NOR AFSP1320886A)

⁵⁴ Arrêté du 22 juillet 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. JORF n°172 du 26 juillet 2013. (NOR AFSP1319276A)

Sont classés sur la liste I des substances vénéneuses les produits suivants, sous toutes leurs formes :

- les médicaments contenant une dose maximale par unité de prise de 50 milligrammes de poudre d'opium titrée à 10 % de morphine, 25 milligrammes d'extrait d'opium titré à 20 % de morphine ou 50 milligrammes d'extrait de pavot titré à 1 % de morphine, qui sont dès lors radiés de la liste II (**arrêté du 6 février 2014**⁵⁵)
- avanafil, enzalutamide, lipegfilgrastim, lomitapide, ponatinib et vismodegib (**arrêté du 16 décembre 2013**⁵⁶), cobicistat et elvitégravir (**arrêté du 23 septembre 2013**⁵⁷), bosutinib, lixisénatide, nalmefène, ocriplasmine et pertuzumab (**arrêté du 30 juillet 2013**⁵⁸)

Sont ajoutés à la liste II des substances vénéneuses les produits suivants :

- les médicaments contenant de la pseudoéphédrine non associée à d'autres substances actives dans une même unité de prise (**arrêté du 6 février 2014**⁵⁹) ;
- l'esoméprazole, indiqué pour le traitement du reflux gastro-œsophagien, dont un dosage à 20 mg n'est pas soumis à prescription médicale (**arrêté du 11 octobre 2013**⁶⁰).

1.3. Plan d'action national, stratégie, évaluation et coordination

1.3.1. Plan d'action national et/ou stratégie

Le plan gouvernemental 2013-2017

Le 19 septembre 2013, le Premier ministre a adopté en comité interministériel le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, dont une édition en anglais (et prochainement en espagnol) est également disponible (MILDT 2013a; MILDT 2013b). Dans l'intitulé, les termes « conduites addictives » se substituent à celui de « toxicomanie ». Ce changement témoigne de la volonté du gouvernement d'étendre son champ d'intervention à l'ensemble des addictions, c'est-à-dire tous les usages associés à un risque de dépendance ou caractérisant une dépendance, liés ou non aux substances psychoactives, licites ou illicites. Cette évolution se traduit également par le changement de nom de l'organe en charge de la stratégie gouvernementale, qui est devenu, en mars 2014, la

⁵⁵ Arrêté du 6 février 2014 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°38 du 14 février 2014. (NOR AFSP1403314A)

⁵⁶ Arrêté du 16 décembre 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°296 du 21 décembre 2013. (NOR AFSP1331018A)

⁵⁷ Arrêté du 23 septembre 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°229 du 2 octobre 2013. (NOR AFSP1323991A)

⁵⁸ Arrêté du 30 juillet 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°185 du 10 août 2013. (NOR AFSP1320366A)

⁵⁹ Arrêté du 6 février 2014 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°38 du 14 février 2014. (NOR AFSP1403317A)

⁶⁰ Arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. JORF n°247 du 23 octobre 2013. (NOR AFSP1325658A)

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, ex-MILDT).

Quinquennal, ce plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives propose une vision à plus long terme que les précédents, avec l'ambition d'offrir les conditions nécessaires à la consolidation des expériences et à la cohésion des réponses. Il repose sur trois grandes priorités :

- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation : en progressant dans la compréhension des conduites addictives, en soutenant la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes ainsi que les recherches en sciences sociales, en faisant de la recherche un outil d'aide à la décision ;
- prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes, en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogues, en rapprochant les dispositifs des populations les plus éloignées (que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales) et en prévenant les addictions dans le monde du travail ;
- 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, en favorisant l'acceptabilité sociale des usagers et des dispositifs de soins et de réduction des risques (notamment par les actions de médiation sociale), en améliorant l'articulation entre les champs judiciaire et sanitaire, en luttant contre le trafic au niveau local et international, en prenant en compte les phénomènes émergents en matière de trafic.

Ce plan met en lumière des publics prioritaires de l'action publique : les jeunes, les femmes et les populations précaires qui, pour beaucoup, se révèlent peu en demande de prise en charge. Aussi s'attache-t-il à améliorer l'accessibilité des dispositifs d'aide et le développement du repérage précoce. Pour contrer le trafic local et international, il prône une approche intégrée et réactive permettant une adaptation en temps réel des politiques face aux enjeux représentés par les réseaux criminels et leurs évolutions. Le renforcement du renseignement opérationnel, l'adaptation des techniques et moyens d'enquêtes et la mutualisation des savoir-faire occupent une place particulière.

Le plan d'actions 2013-2015

La MILDECA a publié en janvier 2014 son premier plan d'actions 2013-2015, dans le cadre de la stratégie quinquennale gouvernementale (MILDT 2014). Au regard des cinq piliers de réponse publique que sont la prévention et la communication, la lutte contre les trafics, l'application de la loi, la recherche et la coordination de l'action publique, le plan d'actions décline 131 actions destinées à matérialiser les 16 axes stratégiques formulés par le plan gouvernemental. Pour chaque action, il précise les organes pilotes et partenaires, le calendrier et les effets attendus. La répartition des actions entre réduction de la demande, réduction de l'offre et domaines transversaux est présentée dans le tableau 1.1.

Tableau 1.1 : Répartition des actions selon les axes stratégiques couverts par le plan d'actions « Drogues » 2013-2015

Piliers et axes stratégiques	Nombre d'actions visées
Prévention et communication	61
1.1 Prévenir et communiquer	23
1.2 Accompagner et prendre en charge	22
1.3 Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux	14
1.4 Agir spécifiquement dans les Outre-Mer	2
Lutte contre les trafics	18
2.1 Agir en amont des trafics	6
2.2 Agir sur les différents trafics en adaptant l'échelle de la réponse publique	5
2.3 Agir en aval des trafics par un renforcement de la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites et de l'approche patrimoniale des enquêtes judiciaires	2
2.4 Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre	3
2.5 Promouvoir une action ciblée de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les Outre-Mer	2
Application de la loi	19
3.1 S'adosser à la loi pour protéger les populations	11
3.2 Lutter contre la délinquance résultant directement ou indirectement de la consommation excessive d'alcool et de la prise de stupéfiants	4
3.3 Agir contre les conduites dopantes et les détournements de médicaments	4
Recherche	28
4.1 Soutenir la recherche, l'observation	4
4.2 Harmoniser les contenus de la formation initiale et continue autour d'un socle commun de connaissances et de compétences	24
Coordination des actions nationales et internationales	11
5.1 Renforcer l'efficacité de la gouvernance au niveau central et territorial	2
5.2 Renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international	9

Source : MILDECA

1.3.2. Mise en œuvre et évaluation du plan national d'action et/ou de la stratégie

Afin d'améliorer la gouvernance de la politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives, le nouveau plan gouvernemental acte la nécessité de disposer de données scientifiquement validées, utiles à l'élaboration de politiques publiques plus efficaces et plus légitimes. Dans cette optique, il prévoit une évaluation à mi-parcours, attachée à quelques actions ou dispositifs innovants répondant aux objectifs stratégiques du plan, plus particulièrement envers les populations prioritaires que sont les jeunes, les femmes et les publics précaires.

Cette démarche, conduite par des chercheurs indépendants, doit permettre la prise en compte de son contenu dans le cadre de l'élaboration du second plan d'actions de la stratégie gouvernementale.

À l'issue d'un appel à candidatures organisé par la MILDECA en mars 2014, une équipe de recherche académique, spécialisée dans les sciences politiques, est en cours de sélection.

1.3.3. Autres évolutions des politiques des drogues

D'autres référentiels que ceux relevant directement de la stratégie gouvernementale en matière de drogues sont susceptibles d'influer sur les réponses publiques en la matière. Ces documents sont brièvement évoqués ici.

Plan cancer 2014-2019

Le plan cancer 2014-2019 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé *et al.* 2014) a prévu un Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) reposant sur quelques grands principes : dissuader l'entrée dans la consommation de tabac, faciliter son arrêt et mener une politique de prix cohérente. Pour rappel, le tabac figure parmi les drogues licites visées par la stratégie française contre les conduites addictives (cf. chapitre 3).

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, établi pour 2013-2017, a été adopté le 21 janvier 2013 par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) (Premier ministre 2013). Il prévoit d'inscrire une priorité à la lutte contre les inégalités de soin dans la loi de santé publique, en accordant une attention particulière, entre autres, au traitement des addictions. Il préconise d'étudier la faisabilité de permanences en addictologie dans les établissements pénitentiaires pour une meilleure prise en charge et continuité des suivis.

Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014

Le plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010) rappelle les principes d'une prise en charge, tant sur le plan des soins somatiques que sur celui de la prise en charge psychiatrique, proposée aux personnes détenues. La circulaire interministérielle du 30 octobre 2012⁶¹ proposait notamment une convention cadre destinée aux acteurs de terrain afin que les personnes détenues bénéficient des droits prévus en matière de protection sociale.

Expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque

Le 8 octobre 2013, le Conseil d'État⁶² a procédé à l'examen d'un projet de décret encadrant l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) et a fourni un avis négatif à l'ouverture d'un tel dispositif, estimant que le cadre légal actuel, posé par la loi de 1970, ne le permettait pas et requerrait d'être préalablement amendé.

À la suite de cet avis, le tribunal administratif de Paris a été saisi, le 14 octobre 2013, par une association civile demandant la suspension de la décision du gouvernement d'expérimenter une SCMR. Le juge des référés a débouté les plaignants dans une ordonnance du 31 octobre 2013⁶³, récusant la gravité et l'immédiateté de l'atteinte portée à la santé publique invoquées et donc le caractère d'urgence de la suspension.

⁶¹ Circulaire interministérielle DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ n°2012-373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°11 du 15 décembre 2012. (NOR AFSH1238354C)

⁶² Le Conseil d'État est le conseiller du gouvernement pour la préparation des projets de loi, d'ordonnances et de certains décrets et la plus haute juridiction administrative en France.

⁶³ Ordonnance du juge des référés du 31 octobre 2013 relative à la demande de l'association Parents contre la drogue d'ordonner la suspension de la décision du Premier ministre du 5 février 2013 d'ouvrir "une salle de shoot expérimentale à Paris", Tribunal administratif de Paris, 31 octobre 2013, n°1314533/9

Pour sa sécurisation juridique, l'expérimentation est subordonnée à l'inscription d'une mesure législative dans la future loi de santé publique⁶⁴.

1.3.4. Modalités de la coordination

Un comité interministériel, devenu en 2014 « Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives », prépare les décisions du gouvernement, sur le plan national et international. La MILDECA préside ce comité et prépare ses délibérations afin d'assurer la coordination de l'action gouvernementale. Elle s'appuie sur son réseau de chefs de projets chargé de décliner au plan local la politique du gouvernement.

Coordination interministérielle à l'échelle nationale

Le **décret du 11 mars 2014**⁶⁵ précise le périmètre de la mission interministérielle, modifiant les articles R.3411-11 à R.3411-13 du Code de santé publique. Il entérine l'extension des compétences de la mission interministérielle et du comité interministériel à l'ensemble des substances psychoactives, y compris licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et aux addictions sans produit, par le remplacement du terme « toxicomanie » par « conduites addictives » dans leurs intitulés.

De plus, ce décret mentionne explicitement la compétence de la MILDECA tant dans la réduction de l'offre que dans la réduction de la demande, inscrivant la lutte contre les trafics et l'action internationale comme domaines où la coordination de la mission s'exerce pleinement.

Coordination interministérielle au niveau territorial

Les chefs de projets départementaux et régionaux déclinent au plan local les orientations gouvernementales de lutte contre les drogues et de prévention des conduites addictives, en assurant une cohérence entre les actions de réduction de l'offre et celles de réduction de la demande (circulaire du 14 février 2013⁶⁶). Ils perçoivent une dotation au titre de la prévention des usages de drogues, afin de privilégier des actions mutualisées, modélisables (transférables), notamment en matière de formation, communication et d'élaboration d'outils. Cette dotation est déterminée pour chaque région au regard de critères objectifs (nombre de départements, population de jeunes, consommations les plus fréquentes des jeunes et infractions à la législation sur les stupéfiants). Ils doivent œuvrer à l'articulation des missions des agences régionales de santé (ARS) et des rectorats et à la mutualisation des crédits.

Une évaluation de cette politique territorialisée par les trois grands corps d'inspection générale des affaires sociales, de l'administration et des services judiciaires (respectivement IGAS, IGA et IGSJ) a été réalisée, afin d'apprécier les conditions nécessaires à l'optimisation de l'organisation des partenaires territoriaux et du pilotage animé par les chefs de projets. Le rapport d'inspection a été rendu en mars 2014. Ses préconisations demeurent à l'étude.

⁶⁴ Les grandes orientations de cette stratégie nationale de santé, qui devrait être examinée par l'Assemblée nationale début 2015, ont été présentées en juin 2014. Concernant les conduites addictives, sont prévus le renforcement de la prévention chez les jeunes (notamment grâce aux mesures du PNRT), le développement de la RDR en milieu carcéral et de l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), et la définition d'un cadre légal pour l'expérimentation de SCMR.

⁶⁵ Décret n°2014-322 du 11 mars 2014 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. JORF n°61 du 13 mars 2014. (NOR PRMX1402311D)

⁶⁶ Circulaire n°2013-75 du 14 février 2013 relative à l'organisation du réseau territorial de la MILDT

1.4. Analyse économique

Cette section décrit les éléments disponibles quant aux dépenses et recettes liées à la stratégie française de lutte contre les drogues, sans fournir une analyse économique à proprement parler.

1.4.1. Dépenses publiques

Le premier plan d'actions établi pour la période 2013-2015 dans le cadre du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives est doté d'un budget de 58,8 M€ pour son exécution. Un quart de ce budget (24 %) est à la charge de la MILDECA, la moitié doit être provisionnée par les ministères engagés dans la lutte contre les drogues (en complément des dépenses consacrées à leur action régulière dans le champ), la part restante relevant de la loi de financement de la sécurité sociale (tableaux 1.2 et 1.3).

Tableau 1.2 : Répartition par origine du budget alloué au plan d'actions 2013-2015 (en €)

Origine	Montant
MILDECA	14 220 000
Ministères	28 673 000
Sécurité sociale	15 950 000
Total	58 843 000

Source : MILDECA

Tableau 1.3 : Répartition par type d'action du budget alloué au plan d'actions 2013-2015 (en €)

Type d'action	Montant	Part
Prévention et communication	8 711 300	15 %
Accompagnement et soin	36 210 000	62 %
Lutte contre les trafics	3 056 000	5 %
Application de la loi	260 000	0,4 %
Recherche et observation	4 298 000	7 %
Formation	987 700	2 %
Action internationale	5 580 000	9 %
Total	58 843 000	100 %

Source : MILDECA

1.4.2. Recettes

Le fonds de concours « stupéfiants », abondé par le produit des cessions après jugement des biens confisqués dans le cadre de procédures pénales liées aux stupéfiants, est rattaché à la MILDECA⁶⁷. Les recettes affectées à ce fonds de concours sont réparties à hauteur de 90 % au profit des ministères en charge de la lutte contre le trafic et de l'application de la loi, pour des

⁶⁷Décret n°95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°71 du 24 mars 1995. (NOR BUDB9560005D) et Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°226 du 28 septembre 1995. (NOR SANG9502738A)

moyens d'équipement et de fonctionnement. Les 10 % restants sont utilisés par la MILDECA afin de financer les actions de prévention, notamment au plan local.

Ce fonds constitue une ressource complémentaire mais aléatoire, caractérisée par de fortes fluctuations liées non seulement aux volumes saisis mais aussi aux condamnations finalement prononcées : selon l'AGRASC (Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués), moins de 20 % des biens saisis sont confisqués définitivement (Cohen 2013).

Hormis les niveaux particulièrement élevés en 2010 et 2011 (dus à la régularisation d'affaires anciennes et à des saisies exceptionnelles), la recette du fonds de concours se situe dans une fourchette de 8 à 10 M€ entre 2008 et 2012. Elle est d'un montant de 11 M€ pour 2013.

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

2.1. Introduction

Une des missions de l'OFDT est d'observer les usages de produits licites et illicites et d'en suivre les évolutions à l'échelle nationale. Depuis 1997, il a contribué à la mise en place d'enquêtes quantitatives sur les usages de drogues auprès d'échantillons et/ou sous-échantillons représentatifs de la population française âgée de 11 à 75 ans. Répétées régulièrement, celles-ci permettent aussi de suivre les évolutions des comportements de consommation de substances. Il s'agit donc à la fois de :

- quantifier les niveaux d'usages des différents produits ;
- décrire la diversité de ces usages (notamment distinguer des niveaux d'usage : récent, régulier, quotidien, etc.) ;
- mesurer les liens avec d'autres facteurs ;
- observer des tendances ;
- réaliser des cartographies régionales voire départementales ;
- mesurer les représentations, perceptions et opinions sur les psychotropes.

Les enquêtes en population générale permettent en premier lieu d'obtenir des informations sur l'usage simple et sur les drogues les plus consommées. Elles permettent de quantifier l'usage en population socialement insérée. Elles ne sont pas adaptées pour identifier les usages à risque et la dépendance aux drogues illicites (à l'exception du cannabis, largement consommé).

Le recours à des outils complémentaires d'observation de nature différente tels que les dispositifs de veille TREND (cf. Annexe V-TREND) et SINTES (cf. Annexe V-SINTES) de l'OFDT ou la réalisation d'études spécifiques qualitatives ou quantitatives est nécessaire pour atteindre des usagers spécifiques, comme les plus précaires, observer de manière plus précise les usages récréatifs et festifs ou améliorer la compréhension des phénomènes par un éclairage qualitatif.

Le dispositif d'enquêtes

Au cœur du dispositif d'enquêtes en population générale, il y a cinq enquêtes régulières, menées auprès des adultes ou auprès des adolescents, selon deux modes de recueil : le téléphone et le questionnaire papier autoadministré. Le premier mode concerne les individus âgés de 15 ans et plus. Deux enquêtes y ont recours. La première est l'enquête de consommation de drogues illicites intégrée dans le Baromètre santé (cf. Annexe V-Baromètre santé). Elle est réalisée tous les 5 ans par l'INPES depuis 1995. Elle interroge les 15-75 ans (15-85 ans en 2010) sur leurs comportements et leurs attitudes de santé. La deuxième est l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (cf. Annexe V-EROPP) menée par l'OFDT auprès des 15-75 ans.

Ces enquêtes ne permettent pas de décrire toute l'hétérogénéité des pratiques. D'où le développement d'enquêtes auprès des adolescents, période de l'expérimentation des substances psychoactives et parfois de l'entrée dans un usage plus régulier. L'OFDT réalise trois enquêtes auprès de cette population en utilisant le mode de recueil le plus approprié, le questionnaire papier autoadministré. Il apporte son concours (sur le volet drogues) à l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, cf. Annexe V-HBSC), menée dans 41 pays ou régions, qui interroge des élèves de 11, 13 et 15 ans. L'enquête en milieu scolaire European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD, cf. Annexe V-ESPAD) permet par ailleurs d'observer les usages des jeunes de 15-16 ans scolarisés dans 36 pays. Pour pallier les limites de ces enquêtes en milieu scolaire (absence des adolescents déscolarisés, sous-estimation de l'absentéisme...), l'OFDT a mis en place une enquête auprès des jeunes de 17 ans (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense, ESCAPAD, cf. Annexe V-ESCAPAD) réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Tous les appelés présents certains jours donnent sur place un questionnaire sur leur santé et leurs consommations.

Ces trois enquêtes en population adolescente permettent donc d'observer la diffusion des usages tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans, notamment les usages réguliers de cannabis.

Les données de cadrage

Les enquêtes en population générale permettent de donner des ordres de grandeur du nombre de consommateurs (tableau 2.1).

Parmi les drogues illicites, le cannabis est, de très loin, la substance la plus consommée, avec une estimation de 13,4 millions d'expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie). Son usage régulier concerne plus d'un million de personnes en France. La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite le plus consommé, se situe bien en deçà et touche environ dix fois moins de personnes, que ce soit en expérimentation ou en usage dans l'année.

Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du Rectorat de Toulouse - INSERM U1027)

// : non disponible

Définitions :

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année.

NB : en France, le nombre d'individus de 11-75 ans en 2011 est d'environ 49,7 millions

Une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable dans ces données de cadrage. Par exemple, en tenant compte de l'intervalle de confiance, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

2.2. Usage de drogues en population générale (échantillon aléatoire)

Stabilisation des niveaux d'usage du cannabis parmi les 15-64 ans

Le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les individus âgés de 15 à 64 ans, environ un tiers (32,1 %) déclare avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation concerne davantage les hommes que les femmes (39,5 % contre 25 %). L'usage au cours des 12 derniers mois touche 8,4 % des 15-64 ans (11,9 % des hommes et 5,1 % des femmes), tandis que la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,6 %.

Même si l'expérimentation est passée de 28,8 % à 32,1 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010 (tableau 2.2), la consommation de cannabis s'avère stable. La légère hausse observée est automatique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs.

Hausse significative de l'expérimentation de la cocaïne

Avec 1,5 million d'expérimentateurs de 11 à 75 ans (soit 3 % de la population générale) et 400 000 consommateurs au cours de l'année, la cocaïne se situe au deuxième rang des produits illicites les plus consommés, très loin derrière le cannabis et les substances psychoactives licites. En 2010, 3,6 % des 15-64 ans interrogés par le Baromètre santé l'ont expérimentée et 0,9 % en a consommé au cours de l'année (tableau 2.2).

La part des 15-64 ans expérimentateurs de cocaïne a été multipliée par trois en 15 ans, de 1,2 % en 1995 à 3,6 % en 2010. Elle a augmenté d'un tiers entre les deux dernières enquêtes

du Baromètre santé. L'usage dans l'année a presque doublé entre 2005 et 2010, de 0,5 % à 0,9 %, augmentation statistiquement significative (tableau 2.2).

Hausse des usages d'héroïne, d'amphétamine et de poppers, et tendance à la baisse pour l'ecstasy

La consommation des autres drogues reste marginale sur l'ensemble de la population des 15-64 ans. Néanmoins, certaines substances ont connu une diffusion croissante depuis 2005.

Après une période de stabilité entre 2000 et 2005, les niveaux d'expérimentation et d'usage d'héroïne au cours des 12 derniers mois augmentent en 2010 de façon significative. La prévalence de l'expérimentation d'héroïne passe ainsi de 0,8 % en 2005 à 1,2 % en 2010 chez les 15-64 ans.

L'expérimentation des champignons hallucinogènes connaît une légère hausse, mais l'usage au cours des 12 derniers mois reste stable. Les niveaux d'expérimentation des amphétamines augmentent entre 2000 et 2010, passant de 1,3 % à 1,7 %. L'usage actuel d'ecstasy baisse. Les consommations se sont reportées sur les formes poudre (ou gélule) et cristal de la MDMA, mais aussi vers les amphétamines, la cocaïne ou d'autres stimulants synthétiques.

Les poppers (dont le statut juridique a fluctué ces dernières années) représentent la substance psychoactive la plus couramment expérimentée après l'alcool, le tabac et le cannabis : 5,2 % des 15-64 ans déclarent les avoir essayés ; ils étaient 3,7 % en 2005 (Beck *et al.* 2011).

Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (usage actuel) des produits psychotropes illicites parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %)

	Expérimentation			Usage actuel		
	2005	2010	2005 vs 2010	2005	2010	2005 vs 2010
Cannabis	28,8	32,1	↗	8,3	8,4	→
Poppers	3,8	5,2	↗	0,6	0,9	↗
Cocaïne	2,4	3,6	↗	0,5	0,9	↗
Champignons hallucinogène	2,6	3,1	↗	0,3	0,2	→
Ecstasy/MDMA	2,0	2,5	→	0,5	0,3	↘
Colles et solvants	1,7	1,9	→	0,1	0,4	↗
LSD	1,5	1,7	→	0,1	0,2	→
Amphétamines	1,3	1,7	↗	0,1	0,2	↗
Héroïne	0,8	1,2	↗	0,1	0,2	↗

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Perceptions des risques liés à l'usage de drogues

En 2013, une très grande majorité des Français âgés de 15 à 75 ans considèrent que la cocaïne et l'héroïne sont dangereuses dès l'expérimentation (respectivement 90 % et 85 %), sans évolution notable par rapport à 2008 (tableau 2.3). Pour le cannabis, le niveau perçu de dangerosité est moindre et il est en baisse par rapport à celui atteint en 2008 (54 % contre 62 %). Cette perception est variable selon l'âge et fortement liée à la proximité avec ce produit. Ainsi, les personnes qui ont déjà consommé du cannabis ont tendance à fixer les seuils de dangerosité à un niveau plus élevé et sont deux fois plus nombreuses à penser qu'on peut vivre normalement en prenant régulièrement du cannabis (39 % contre 17 % parmi les non-

consommateurs). Par ailleurs, 70 % des Français se disent d'accord avec l'assertion « fumer du cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux » (Tovar *et al.* 2013).

Tableau 2.3 : Évolution des perceptions des seuils de dangerosité de différentes drogues, entre 2002 et 2013 (en %)

	Héroïne			Cocaïne			Cannabis		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
Dangereux dès qu'on essaye	87	92	90	82	88	85	51	62	54
Dangereux même en consommation occasionnelle	6	4	4	8	6	7	12	13	15
Dangereux seulement en consommation quotidienne	6	4	6	8	6	8	33	25	30
Ce n'est jamais dangereux	0	0	0	0	0	0	3	1	1

Source : EROPP 2002, 2008, 2013 (OFDT)

2.3. Usage de drogues parmi la population scolarisée et la population jeune (échantillon aléatoire)

Les résultats des dernières enquêtes HBSC et ESPAD (toutes deux en milieu scolaire) et ceux d'ESCAPAD présentent des résultats concordants concernant la place particulière de l'usage de cannabis en France parmi les adolescents. Le cannabis apparaît comme le produit illicite le plus consommé entre 11 et 17 ans et surtout parmi les garçons. En termes d'expérimentation, l'usage du cannabis en 2010 est très rare à 11 ans, concerne 6,4 % des 13 ans, proportion en hausse par rapport à 2006 (4,8 %) et se stabilise à 28,0 % chez les 15 ans.

Chez les plus âgés, près de deux jeunes sur cinq (39 %) nés en 1995 (16 ans en 2011) ont expérimenté le cannabis, en augmentation par rapport à la dernière enquête ESPAD de 2007 (30 %). Tandis qu'à 17 ans, en 2011, 41,5 % des jeunes ont expérimenté le cannabis, avec une tendance stable sur la période 2008-2011.

Les usages déclarés de cannabis au cours des 30 derniers jours s'avèrent marginaux chez les moins de 15 ans. L'usage se stabilise chez les jeunes de 15 ans (12,5 % contre 14,4 % en 2006, évolution non significative), il concerne 24,0 % de ceux de 16 ans, en hausse significative par rapport à 2007 (15,0 %) et baisse légèrement chez les 17 ans (22,4 % contre 24,7 % en 2008).

L'expérimentation d'autres substances illicites ou détournées reste rare. Chez les jeunes scolarisés de 15 ans, les substances les plus couramment consommées au cours de la vie sont les solvants et les produits à inhaler. Viennent ensuite la cocaïne, le crack et les amphétamines, « les médicaments pour se droguer » et, pour terminer, l'héroïne et le LSD.

Les jeunes de 16 ans ont aussi stabilisé leurs usages d'autres drogues illicites. Aucune évolution significative n'est à signaler concernant l'expérimentation de ces produits.

Les jeunes de 17 ans sont plus nombreux à avoir expérimenté les produits illicites et ont testé d'autres produits : les poppers (9,0 %), les produits à inhaler (5,5 %), les champignons hallucinogènes (3,5 %), la cocaïne (3,0 %), les amphétamines (2,4 %) et l'ecstasy (1,9 %). Les expérimentations déclarées sont particulièrement faibles pour le GHB, le crack et l'héroïne (moins de 1 %). La diffusion de tous ces produits est globalement en baisse entre 2008 et 2011.

L'usage à risque de cannabis chez les jeunes de 17 ans

Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est une échelle permettant de détecter les usages problématiques de cannabis, dont chacun des six items décrit des contextes d'usage spécifiques (seul ou le matin) ou des problèmes rencontrés dans le cadre d'une consommation de cannabis (troubles de la mémoire, encouragement à l'arrêt et échecs dans les tentatives, problèmes de type violences ou accidents)⁶⁸ (Legleye *et al.* 2013). Le test a connu plusieurs évolutions depuis son introduction en 2002 dans l'enquête ESCAPAD (Beck *et al.* 2008), sa version actuelle n'étant devenue définitive qu'en 2006 (Legleye *et al.* 2007). L'échelle de temps adoptée est celle de l'année précédant l'enquête.

En 2011, parmi les jeunes de 17 ans ayant fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois et répondu à l'ensemble du test (28 % de l'échantillon d'ESCAPAD 2011), un sur dix a déclaré avoir assez souvent ou très souvent fumé seul du cannabis. La même proportion de jeunes usagers dans l'année a dit avoir fumé le matin ou encore que des proches leur avaient conseillé de réduire leur consommation (tableau 2.4). Les trois autres items, qui mentionnent explicitement des problèmes liés à l'usage de cannabis, sont bien moins souvent déclarés. Les filles sont nettement moins concernées que les garçons, excepté sur les problèmes de mémoire partagés par 5 % des usagers quel que soit le sexe.

Tableau 2.4 : Proportion des enquêtés de 17 ans qui ont répondu « assez souvent » ou « très souvent » aux différentes questions du CAST en 2011 (%)

	Garçons	Filles	Ensemble
Avoir fumé du cannabis seul	13,4	6,0*	10,2
Avoir fumé du cannabis avant midi	12,7	6,2*	9,9
Avoir des proches (amis / membre de la famille) disant de réduire sa consommation	12,0	6,7*	9,7
Avoir tenté de réduire ou arrêter sa consommation sans succès	6,7	4,4*	5,7
Avoir eu des problèmes de mémoire en fumant du cannabis	4,9	5,0	4,9
Avoir eu des problèmes à cause de sa consommation	5,9	3,4*	4,8

Source: ESCAPAD 2011 (OFDT)

* : écart statistiquement significatif entre les filles et les garçons ($p < 0,001$)

Parmi les jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 18 % présentaient, en 2011, un risque élevé d'usage problématique (score ≥ 7), les garçons ayant un surrisque très net ($\times 1,8$) par rapport aux filles (tableau 2.5). Rapporté à l'ensemble de la population adolescente âgée de 17 ans, un jeune sur vingt présenterait donc en 2011 une dépendance au cannabis.

⁶⁸ Pour calculer un score, les modalités sont codées de 0 à 4. En fonction du total obtenu (qui peut donc varier de 0 à 24), on définit les usagers sans risque lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, les usagers avec un risque faible pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et enfin ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7.

Tableau 2.5 : Score du CAST chez les usagers de cannabis dans l'année à 17 ans en 2011 (%)

	0] 0 ; 3[[3 ; 7[≥7
Garçons	29,0	24,0	24,3	22,8
Filles	41,7	27,4	18,1	12,8
Ensemble	34,5	25,5	21,6	18,4

Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

2.4. Usage de drogues parmi des groupes spécifiques ou des contextes spécifiques au niveau national et au niveau local

En 2013, aucune information nouvelle n'est disponible en France pour décrire les usages de drogues parmi certaines populations ou dans des contextes spécifiques.

3. Prévention

3.1. Introduction

Principes généraux et références

En France, la politique de prévention des usages de drogues s'étend aux substances psychoactives licites (telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes). Elle a pour principes premiers d'empêcher l'initiation des consommations, ou du moins la retarder, et d'éviter ou réduire les abus. En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites addictives, relevant plus largement de l'éducation pour la santé.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) diffuse une information sur les méthodes de prévention scientifiquement validées (Bantuelle *et al.* 2008). Ces documents demeurent indicatifs. Aucun protocole de prévention des usages de drogues n'est imposé aux acteurs de prévention, membres des services publics ou associatifs.

En l'absence d'un système d'observation adéquat, en France, la mise en œuvre de ces principes et des bonnes pratiques est peu évaluée. Mais certaines idées semblent désormais répandues : les limites d'une approche exclusivement informative et la pertinence du développement de compétences psychosociales, d'une approche interactive ou encore du rôle préventif des parents.

Contextes généraux et principaux acteurs

La mise en œuvre de la prévention des usages de drogues relève des pouvoirs publics mais peut être déléguée au secteur associatif, selon une logique de proximité.

En milieu scolaire

Les actions réalisées relèvent principalement de la prévention universelle et sont majoritairement menées dans le cadre de l'enseignement secondaire où elles impliquent largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour leur réalisation.

À partir de la rentrée 2014, les équipes éducatives veilleront à intégrer systématiquement la prévention des conduites addictives dans le projet d'école et d'établissement, en prenant appui sur le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Ce CESC, présidé par le chef d'établissement, rassemble la communauté éducative et des acteurs compétents externes, il est le support de la politique de prévention des conduites addictives et des actions menées dans le collège ou lycée. Les chefs d'établissements reçoivent les recommandations de leurs administrations locales, déclinées des orientations ministérielles.

Trois grandes catégories d'acteurs interviennent auprès des jeunes : les personnels scolaires d'éducation, sociaux et de santé ; des intervenants d'associations spécialisées de prévention ou d'éducation pour la santé ; des gendarmes et policiers spécialement formés (FRAD, PFAD)⁶⁹.

⁶⁹ FRAD : Formateurs relais anti-drogue, au sein de la gendarmerie nationale ; PFAD : Policiers formateurs anti-drogue issus de la police nationale.

Depuis 2006, la prévention des conduites addictives a trouvé un nouvel ancrage dans les missions fondamentales de l'Éducation nationale à travers l'institution du « socle commun de connaissances et de compétences ». Il s'agit de l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité pour sa vie de futur citoyen⁷⁰. Parmi elles, les compétences « sociales et civiques » et les compétences « autonomie et initiative » s'apparentent aux aptitudes individuelles et sociales, composantes des compétences de vie (*lifeskills*) (Botvin *et al.* 2002) et susceptibles d'être mobilisées par des élèves confrontés à l'offre de drogues.

Les établissements d'enseignement agricole, secondaires et supérieurs, sont aussi relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention, mais sont grandement encouragés à s'y investir par leur ministère de tutelle (ministère de l'Agriculture). Les professionnels de l'enseignement agricole bénéficient depuis 2001 du Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (RESEDA) pour l'échange, la formation et la diffusion de supports de prévention ou d'appels d'offres en matière d'éducation pour la santé et de prévention.

L'intervention auprès des étudiants (enseignement supérieur) s'appuie sur les services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS). Les associations et mutuelles étudiantes s'investissent aussi sur ce terrain.

En milieu professionnel

En milieu professionnel, la prévention des usages d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes est partiellement encadrée par le Code du travail et le Code de la santé publique (cf. chapitre 1). Les politiques mises en place dans les entreprises pour prévenir les risques liés à la consommation de drogues ou d'alcool sont variables. Elles peuvent se limiter à des dispositions particulières du règlement intérieur mais aussi constituer un axe de la politique de prévention des risques de l'entreprise, associant les instances représentatives du personnel, dans le cadre de l'obligation légale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. La prévention de la consommation de drogues ou d'alcool sur le lieu de travail est désormais clairement inscrite dans les missions de la médecine du travail (loi du 20 juillet 2011⁷¹, applicable depuis le 1^{er} juillet 2012).

Auprès des publics à risque

La prévention auprès de publics à risque (prévention sélective) ou de consommateurs (prévention indiquée) est principalement assurée par des associations spécialisées ou des représentants de la loi, notamment dans les quartiers (hors environnement scolaire) ou dans le cadre de réponses judiciaires. Les consultations jeunes consommateurs (CJC)⁷² et les stages de sensibilisation accueillent ces publics (cf. chapitre 9).

⁷⁰ Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le Code de l'éducation. JORF n°160 du 12 juillet 2006. (NOR MENE0601554D)

⁷¹ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L)

⁷² Les CJC sont destinées à apporter une information et un conseil personnalisé aux jeunes consommateurs et à leurs familles, et les soutenir dans l'arrêt des consommations ou dans une prise en charge à plus long terme, si besoin en les réorientant vers d'autres services spécialisés. Une campagne d'information nationale sur ces CJC doit être menée à l'automne 2014, à destination des jeunes, afin de promouvoir ces dispositifs d'aide.

Campagnes nationales

Depuis une dizaine d'années, les campagnes média des pouvoirs publics sur les drogues sont initiées par les ministères concernés, l'INPES ou la MILDECA, parfois en association. La nature des messages de prévention, des produits mentionnés (approche globale ou non) et des publics ciblés en priorité (jeunes, parents, population générale, professionnels, etc.) évolue selon les orientations gouvernementales. Les supports médiatiques utilisés sont eux aussi divers : Internet et réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés. Les budgets dédiés varient selon les vagues publicitaires. Ces campagnes font la plupart du temps l'objet de pré-tests et parfois de post-tests (audience, mémorisation, agrément).

Observation et données

Il n'existe pas de système d'observation national sur les actions de prévention qui soit transversal aux principaux secteurs actifs dans le domaine. L'enquête expérimentale RELIONPREDIL (cf. Annexe V-RELIONPREDIL), coordonnée de 2006 à 2011 par l'OFDT, n'a pas été reconduite face au taux de réponse modeste enregistré de la part des établissements scolaires.

La synthèse des réponses de prévention menées en France s'appuie sur la consultation de grands acteurs institutionnels et la caractérisation d'actions de terrain repose sur des remontées d'informations parcellaires.

Cadre législatif

Depuis 2004⁷³, les collèges et lycées français ont l'obligation de mener, a minima, une séance annuelle par groupe d'âge homogène pour l'information sur « les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis ».

En matière de tabac et d'alcool, un important cadre législatif en régit la publicité, l'accessibilité et l'usage dans les lieux publics, ainsi que la fiscalité, visant à limiter les consommations.

Coordination nationale, locale et financement

Les politiques de prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies par les plans gouvernementaux pluriannuels, coordonnés par la MILDECA et relayés au niveau local par les chefs de projet « MILDECA » (cf. chapitre 1). Elles peuvent trouver écho ou être complétées par des programmes ministériels ou des plans nationaux, relevant notamment de l'Éducation nationale ou de la Santé.

Depuis 1995, la vente des biens saisis grâce à la répression du trafic de stupéfiants alimente le fonds de concours drogues géré par la MILDECA. Ces fonds sont utilisés à 90 % pour la lutte contre le trafic et 10 % sont destinés à des actions de prévention. Le système national d'assurance maladie subventionne également des actions de prévention, à travers le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Parallèlement, des programmes territoriaux transversaux – relevant de la santé, de la lutte contre l'exclusion sociale, de la sécurité publique ou de la politique de la ville – permettent également de

⁷³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)

redistribuer des crédits publics pour la prévention des usages de drogues. L'identification de zones d'intervention prioritaire en matière d'éducation ou d'aménagement du territoire (selon des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité) permet par ailleurs de diriger des moyens supplémentaires vers des publics défavorisés.

Dispositifs de soutien aux décideurs et aux professionnels

L'INPES a une mission d'expertise, de développement des pratiques de prévention et de mise en œuvre de programmes nationaux (notamment de campagnes média). Il diffuse, sur son site Internet⁷⁴, un ensemble d'outils de prévention des usages de drogues dont il a validé la qualité.

En février 2014, conformément à ce que prévoit le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013b), la MILDECA a mis en place la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA). Son objectif est de promouvoir et diffuser une nouvelle politique de prévention basée sur des données et des modèles scientifiques et sur des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité.

L'UNIRÉS, Réseau des universités pour l'éducation à la santé, propose des formations aux formateurs en éducation à la santé. Il conçoit et met à disposition des outils à destination des formateurs, tels que Profédus, développé par le réseau des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM, devenus écoles supérieures du professorat et de l'éducation - ESPE) et l'INPES, mais aussi une plateforme de formation initiale ou continue à distance.

Des organisations fédératives⁷⁵ représentent les associations spécialisées dans les débats publics. Elles soutiennent les échanges professionnels, mettent aussi en place des formations, cycles de conférences ou groupes de réflexion liés à la réduction de la demande de drogues.

Enfin, en régions, des structures locales issues du secteur associatif peuvent aider les acteurs de prévention, par le conseil méthodologique pour le développement de projets.

3.2. Prévention environnementale

3.2.1. Politiques concernant le tabac et l'alcool

Les différentes composantes de la politique de prévention environnementale en matière d'alcool et de tabac sont détaillées dans le rapport national 2013 (Mutatayi 2013). Historiquement, elles sont largement circonscrites par le législateur, instaurées pour la plupart par la loi du 10 janvier 1991⁷⁶ sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi « Évin », complétée par le décret du 29 mai 1992⁷⁷ puis la loi du 21 juillet 2009⁷⁸ (dite loi « HPST ») pour être intégrées au Code de santé publique.

⁷⁴ http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/rech_doc.asp [accédé le 05 octobre 2014]

⁷⁵ FNES : Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé ; Fédération addiction (www.federationaddiction.fr) ; FFA : Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org) ; CRIPS : Centres régionaux d'information et de prévention du sida (www.lecrips.net/reseau.htm).

⁷⁶ Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF n°10 du 12 janvier 1991. (NOR SPSX9000097L)

⁷⁷ Décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. JORF n°125 du 30 mai 1992. (NOR SANP9201055D)

Aujourd'hui, s'agissant du tabac ou de l'alcool, la loi française :

- interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ;
- réglemente la composition des produits du tabac ;
- interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à tous les mineurs des produits du tabac – y compris le papier et le filtre – et des boissons alcoolisées ;
- interdit la vente au forfait ou l'offre (gratuite) à volonté de boissons alcoolisées dans un but commercial (« *open bar* »), sauf lors de fêtes traditionnelles ou de dégustations autorisées ;
- interdit d'inciter des mineurs à la consommation habituelle d'alcool, à la consommation excessive ou à l'ivresse ;
- interdit de proposer des boissons alcoolisées à prix réduit temporairement (« *happy hour* ») sans proposer aussi sur la même période des boissons non alcoolisées à prix réduit ;
- encadre la publicité, la fiscalité et la commercialisation de ces produits (alcool et tabac).

Fiscalité

Sont mentionnés ici les changements intervenus en 2014 dans les taux de taxation ainsi que les données de ventes.

Alcool

Le régime fiscal appliqué en France aux alcools et aux boissons alcoolisées respecte la législation communautaire. Il varie selon cinq catégories : vins, bières, autres boissons fermentées (cidre, etc.), produits intermédiaires (vin doux, etc.) et enfin autres alcools, essentiellement les spiritueux.

La taxation des boissons alcoolisées comprend les droits d'accise et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Par ailleurs, certaines boissons alcoolisées sont soumises à une taxation poursuivant un objectif de santé publique : c'est le cas des premix avec une taxation complémentaire (11 € par décilitre d'alcool pur) et des boissons titrant plus de 18° d'alcool en volume, pour lesquelles une cotisation sociale est appliquée.

Ces droits d'accise et cotisations sociales alimentent les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles. Les droits sur les boissons alcoolisées sont relevés chaque année, par arrêté ministériel, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation, hors tabacs, constaté l'avant-dernière année.

Les recettes fiscales perçues sur la consommation de vin représentent 4 % de l'ensemble contre 80 % environ pour les spiritueux, fortement taxés (Palle 2013). Fin 2013, un litre d'alcool pur supporte une taxe de 22,3 € s'il est consommé sous forme de spiritueux, de 7,3 € sous forme de

⁷⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L)

bière et de 37 centimes si c'est du vin. Après une augmentation de 160 % au 1^{er} janvier 2013 (soit 5 centimes d'euro de plus pour un verre de 25 cl titrant 4,5°), la fiscalité de la bière connaît en 2014 une croissance de rattrapage de 2 %, équivalente à celle impartie aux autres types de boissons alcoolisées (tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Taxation des alcools entre 2011 et 2014

		2011	2012	2013	2014
Droits d'accise	Alcools (spiritueux)	1 514,47 €/hlap*	1 660 €/hlap*	1 689,05 €/hlap*	1 718,61 €/hlap*
	Vins tranquilles		3,60 €/hl	3,66 €/hl	3,72 €/hl
	Bières moins de 2,8 % volume	1,36 €/degré/hl	1,38 €/degré/hl	3,60 €/degré/hl	3,66 €/degré/hl
	Bières plus de 2,8 % volume**	2,71 €/degré/hl	2,75 €/degré/hl	7,20 €/degré/hl	7,33 €/degré/hl
Cotisations sociales (titrage ≥ 18 ° à partir de 2012)	Alcools (spiritueux)	1,6 €/l (titrage ≥ 25 °)	533 €/hlap*	542,33 €/hlap*	551,82 €/hlap*

* hlap : hectolitre d'alcool pur

** sauf pour les « petites brasseries », juridiquement et économiquement indépendantes et ne produisant pas sous licence.

Sources : Arrêté du 15 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 402 bis, 403 et 438 du Code général des impôts ainsi que le tarif des contributions prévues aux articles 520 B et 520 C du Code général des impôts. JORF n°299 du 23 décembre 2012. (NOR BUDD1242585A)

Arrêté du 29 décembre 2013 fixant pour 2014 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts, le tarif des contributions prévues aux articles 1613 ter et 1613 quater du code général des impôts ainsi que le tarif de la cotisation prévue à l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale. JORF n°303 du 30 décembre 2013 (NOR: BUDD1331542A)

Note : L'article 403.1.2 du Code général des impôts, qui fixe le niveau de taxation des boissons alcoolisées, compte d'autres catégories d'alcool ; ne sont ici reprises que celles qui sont les plus répandues en France.

La consommation d'alcool par habitant (en équivalents litres d'alcool pur) poursuit en 2013 la baisse observée depuis 50 ans, très largement imputable au recul des quantités de vin, sans lien avec une fiscalité inchangée et marginale. La quantité de bière consommée diminue sensiblement en 2013, en écho, semble-t-il, à l'augmentation de la taxe d'accise intervenue en début d'année.

Tabac

Le tabac est exclu de la liste des produits de consommation pris en compte dans l'indice des prix, ce qui a permis des augmentations régulières de son prix, en vue d'en freiner la consommation. En conséquence du monopole étatique de distribution, pour chaque produit du tabac, un prix de détail (par 1 000 unités ou 1 000 g) est fixé pour l'ensemble du territoire, applicable par décret et obligatoirement supérieur à la somme du prix de revient et de l'ensemble des taxes. Les mécanismes de la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés sont explicités par la circulaire du 12 février 2014⁷⁹.

La taxation des produits du tabac comprend la TVA « en dedans » de 16,7 %⁸⁰ et des droits de consommation qui se décomposent en une part spécifique forfaitaire pour 1 000 unités ou 1 000 grammes et une part proportionnelle au prix de vente au détail homologué (European Commission DG TAXUD 2014). Pour les cigarettes, cette part proportionnelle est de 64,7 % en France continentale.

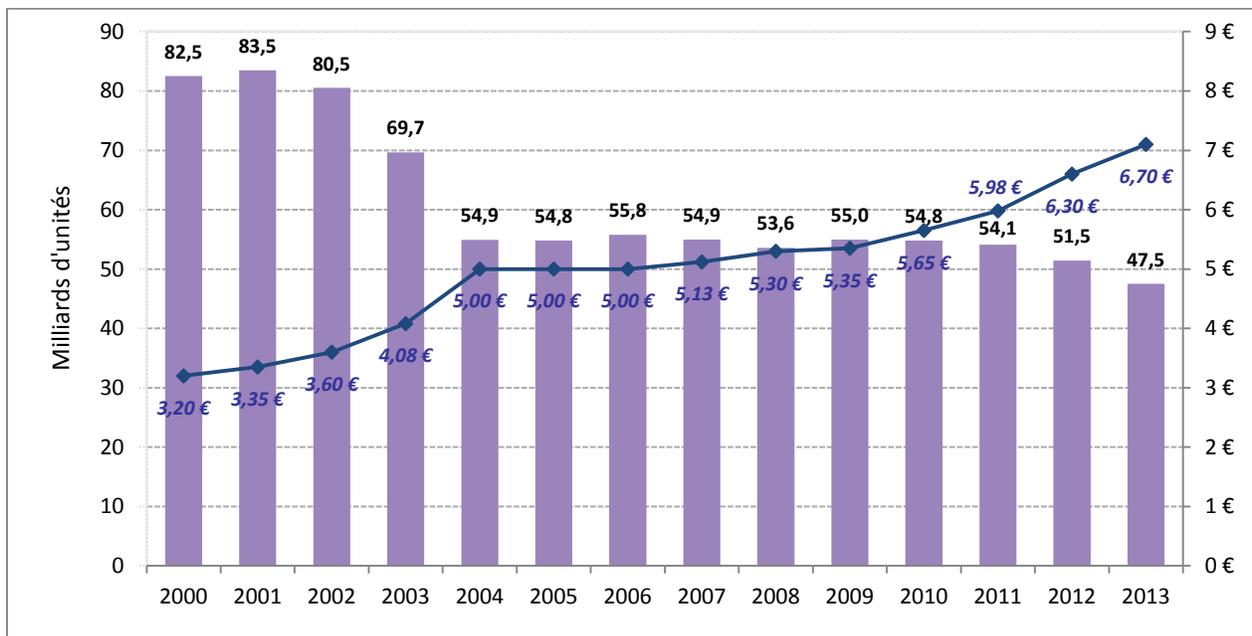
⁷⁹ Circulaire du 12 février 2014 relative à la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés. (NOR BUDD1404184C)

⁸⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2014, la TVA est passée à 20 % : cette proportion de 16,7 % correspond en fait à une TVA de 20 % divisée par (1+20 %).

Les cigarettes vendues en France demeurent parmi les plus chères d'Europe (Lermenier 2013). Depuis 2003, le prix du tabac a connu plusieurs hausses, plus ou moins importantes ; celui du paquet de la marque la plus vendue a atteint en 2013 6,70 € en moyenne sur l'année (figure 3.1). Au 1^{er} janvier 2014, à la suite d'une augmentation en juillet 2013 et de la revalorisation de la TVA, le prix moyen pondéré du paquet de 20 cigarettes s'élève à 6,43 € (contre 6,03 € en janvier 2013).

En 2013, les ventes de tabac en France métropolitaine subissent un recul de 6,2 % par rapport à 2012, pour atteindre 58 309 tonnes, en deçà des 60 millions de tonnes pour la première fois depuis plusieurs décennies (Lermenier 2014). Les ventes de cigarettes, majoritaires (environ 80 % du marché), diminuent nettement, de 7,6 % (figure 3.1). À l'exception du tabac à rouler, les autres types de tabac (cigares, cigarillos, tabac à priser et à mâcher, etc.) voient aussi leurs ventes décroître, de 5,6 % dans leur ensemble. La hausse des prix des cigarettes semble stimuler un report partiel vers le tabac à rouler, lequel atteint, en 2013, un niveau record en volume vendu (plus de 8 700 tonnes) et en part de marché (15 % contre 13,7 % en 2012). Toutefois, les ventes sont un moyen imparfait d'estimer les consommations réelles, en raison des achats hors du réseau officiel des buralistes, notamment dans les pays frontaliers de la France où les prix sont plus bas.

Figure 3.1 : Ventes de cigarettes (en milliards d'unités) et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue entre 2000 et 2013



Source : Logista France / DGDDI

3.2.2. Autres développements sociaux et normatifs liés à la prévention des drogues

Programme national de réduction du tabagisme

Le 4 février 2014, le troisième plan national de lutte contre le Cancer (2014-2019) est annoncé par le Président de la République, doté d'un fonds de 1,5 milliard d'euros (Ministère des Affaires sociales et de la Santé *et al.* 2014). Son objectif central est de réduire d'un tiers la prévalence du tabagisme en France. Pour ce faire, un Programme national de réduction du tabagisme (PNRT)

doit être établi, il reposera sur quatre grands axes stratégiques : éviter l'entrée dans le tabagisme en particulier chez les plus jeunes, faciliter l'arrêt du tabac par un renforcement de l'aide au sevrage, renforcer la politique des prix du tabac comme outil de santé publique et associer les buralistes (vendeurs au détail) dans l'anticipation de l'impact de la diminution de la prévalence des fumeurs.

Prévention de la violence et climat scolaire

Depuis 2012, le ministère de l'Éducation nationale a développé plusieurs dispositifs de prévention de la violence en milieu scolaire, dont les corrélations avec la prévention des drogues pourront être suivies.

3.3. Prévention universelle

Les nouvelles orientations de la politique de prévention contre les conduites addictives sont définies par le plan gouvernemental 2013-2017, adopté en septembre 2013 et complété par un plan d'actions à l'horizon 2015 (cf. chapitre 1) (MILDT 2013b; MILDT 2014). Elles s'appuient notamment sur une série de consultations auprès des grands acteurs nationaux et sur les conclusions d'une expertise collective sur les conduites addictives des adolescents, coordonnée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (INSERM 2014).

Pour la plupart des actions programmées, l'année 2013 a constitué une année transitoire durant laquelle les réflexions et les partenariats ont été initiés. Ces chantiers doivent se consolider et, pour certains, produire les premiers résultats durant l'année 2014.

En matière de prévention, l'expertise collective sur les conduites addictives des adolescents énonce plusieurs pistes de recherche réflexives sur les cibles de la prévention, ses cadres d'analyses, son cadre d'action et ses acteurs (INSERM 2014). Elle recommande également des orientations pour renforcer au plan local la coordination des acteurs territoriaux engagés dans la prévention et la prise en charge afin de :

- soutenir l'observation et l'évaluation des actions de prévention, pour alimenter la diffusion des actions et stratégies de prévention validées et la proposition de recommandations d'interventions aux établissements scolaires et collectivités territoriales. Il est rappelé qu'il n'existe pas de système centralisé permettant le recensement des actions, qui sont rarement évaluées et peu documentées ;
- accompagner les acteurs locaux (institutionnels et privés) dans la mise en œuvre de programmes de prévention validés, notamment en organisant des collaborations entre chercheurs et acteurs de prévention autour de l'évaluation des programmes ;
- développer une expertise locale avec la formation des acteurs ;
- étudier la faisabilité dans le contexte français des programmes reconnus efficaces dans d'autres pays ;
- adapter les actions selon les âges et le développement des compétences psychosociales ;
- privilégier les approches multidimensionnelles impliquant l'ensemble des acteurs concernés ;

- mettre en œuvre une commission d'évaluation des programmes de prévention.

Dans la ligne de ces recommandations, la CIPCA a été constituée en 2014 afin de promouvoir et de diffuser une nouvelle politique de prévention basée sur des données et des modèles scientifiques et sur des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité. Animée par la MILDECA, la CIPCA rassemble des représentants des services ministériels et des institutions à caractère scientifique concernés par le sujet de la prévention des drogues et des conduites addictives. Dans ce cadre, elle organise de mai à septembre 2014 un premier appel à candidatures en vue de faire procéder à l'évaluation, par des équipes académiques, de programmes de prévention sélectionnés. Cette initiative permettra de constituer un répertoire national des interventions de prévention efficaces. Le 23 juin 2014, une journée d'animation nationale a permis d'inaugurer auprès de professionnels du champ cette nouvelle dynamique pour la promotion de l'évaluation et de l'approche fondée sur les données probantes.

3.3.1. Milieu scolaire

La réflexion et les travaux relatifs aux actions programmées dans le cadre de la nouvelle stratégie gouvernementale en matière de prévention en milieu scolaire ont démarré en 2013. Ces actions, listées ci-après, seront pour partie mises en œuvre pendant l'année scolaire de septembre 2014 à juin 2015 :

- l'organisation d'un concours à destination des lycéens pour la conception d'un message de prévention et l'organisation d'une journée d'information lors de la rentrée scolaire (action n°4, 2014-2015) ;
- l'organisation d'événements de prévention avec les équipes éducatives de différents établissements d'enseignement, l'expérimentation de programmes de prévention au collège en s'appuyant sur le développement des compétences psycho-sociales, ainsi que des programmes de prévention dans les universités pouvant aboutir au repérage des conduites addictives et à leur prise en charge (action n°5, 2013-2015) ;
- la mise en place d'actions de sensibilisation à la sécurité routière sur le thème des dangers liés à la consommation en milieu scolaire et pour les candidats au permis de conduire (action n°6, 2013-2017) ;
- le développement d'actions et de programmes de prévention par les pairs (activités scolaires, périscolaires, manifestations sportives et festives) (action n°10, 2013-2015).

Ces actions s'inscriront dans une démarche globale de politique éducative, sociale et de santé des élèves face aux risques représentés par les conduites addictives, selon les orientations posées par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République⁸¹ (cf. chapitre 1).

La réflexion menée au sein du ministère sur le climat scolaire, notamment dans le cadre de la délégation ministérielle de la prévention et de la lutte contre les violences en milieu scolaire, vise à éviter le morcellement des réponses préventives sur les conduites à risques (drogues, violence, intimidation/harcèlement, sexualité, etc.).

⁸¹ Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°157 du 9 juillet 2013. (NOR MENX1241105L)

3.3.2. Familles

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013b) prévoit de confier à la ligne nationale de téléphonie sociale sur les addictions, ADALIS (Addictions drogues alcool info service), la mise en service d'un numéro de soutien à la parentalité et la création d'un portail « Addiction info service ». De plus, l'annuaire électronique du dispositif de prise en charge spécialisé, géré par ADALIS, doit gagner en visibilité.

3.3.3. Communautés

Le plan 2013-2017 vise à mettre en place et évaluer des stratégies spécifiques afin d'adapter les actions de prévention aux publics les plus éloignés des dispositifs d'aide. Il ambitionne le développement de programmes de prévention par les pairs (activités scolaires, périscolaires, manifestations sportives et festives).

3.3.4. Milieu de travail

En accord avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, le Code du travail (article R.4228-20) a été récemment modifié⁸², autorisant explicitement l'employeur à limiter voire à interdire la consommation d'alcool sur le lieu de travail (cf. chapitre 1). Une circulaire à destination des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) précisera les implications administratives et pratiques de cette révision.

De plus, le plan d'actions 2013-2015 (MILDT 2014) prévoit l'expérimentation d'actions pilotes au sein des services du Premier ministre et des ministères comportant des postes à risques. Afin de diffuser les connaissances dans le monde du travail, de nouvelles « Assises nationales de la prévention au travail » (après celles de 2010) seront organisées.

3.4. Prévention sélective parmi les groupes à risque et dans les milieux à risques

3.4.1. Groupes à risque

Selon le plan d'actions pour la période 2013-2015, la thématique des conduites addictives devra être consolidée dans les actions préventives développées au titre de la politique de la ville, notamment dans le cadre des « Ateliers santé ville » (interfaces entre des élus communaux, des représentants de la politique de santé de l'État et, pour le diagnostic local, des habitants), afin d'adapter des projets de santé publique au plus près des besoins locaux au sein des zones urbaines sensibles (ZUS). Cet élan requiert une meilleure sensibilisation des professionnels du réseau « Politique de la ville » à la question des comportements addictifs. Pour les soutenir, le développement d'un dispositif de géolocalisation des structures spécialisées dans les quartiers prioritaires est également prévu.

⁸² Décret n°2014-754 du 1er juillet 2014 modifiant l'article R. 4228-20 du code du travail. JORF n°152 du 3 juillet 2014. (NOR ETST1404770D)

Un référentiel de bonnes pratiques à destination des personnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sera élaboré en vue de prévenir l'alcoolisation massive des mineurs sous main de justice et leur implication dans le trafic de stupéfiants.

3.4.2. Familles à risque

La MILDECA prévoit de soutenir la mise en œuvre expérimentale du programme PANJO⁸³ (Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents), développé par l'INPES pour le soutien précoce à la parentalité auprès de parents fragilisés, accédant difficilement aux dispositifs d'aide et de santé ou nourrissant une méfiance à l'égard des professionnels de santé.

3.4.3. Milieu récréatif (y compris la réduction des risques liés aux drogues et à l'alcool)

/

3.5. Prévention indiquée

Le plan 2013-2017 formule des objectifs spécifiques en matière de prévention à l'égard des personnes sous main de justice. De nouveaux programmes de prévention de la récidive, intégrant la problématique des addictions, devront être mis en œuvre. À plus long terme, la diffusion par les canaux vidéo internes de messages préventifs sur les consommations et le trafic de substances illicites devrait être développée dans les établissements pénitentiaires.

3.6. Campagnes média nationales et locales

Les campagnes média nationales menées en 2013 dans le champ des substances psychoactives ont été consacrées principalement au tabac et à la consommation d'alcool. Bien que ces deux produits ne relèvent pas du champ d'observation de l'EMCDDA, quelques compléments d'information sur ces campagnes sont fournis ci-après.

Traditionnellement, une campagne de l'INPES est lancée à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac. Ainsi, le 31 mai 2013, la campagne « On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer. Pour vous faire aider : appelez Tabac info service au 39 89. » a été rediffusée. Elle s'articule autour d'un spot télévisé, diffusé sur une période d'un mois, et relayé sur Internet via des sites web grand public ainsi qu'une campagne d'affichage (7 affiches pour 7 motivations à l'arrêt du tabac).

En octobre 2013, une campagne spécifique à destination des adolescents a été menée par l'INPES pour dénoncer les valeurs positives d'indépendance, de liberté, de plaisir ou d'intégration associées au tabac. Avec comme signature « Quand on est libre, pourquoi choisir d'être dépendant », cette campagne repose sur une diffusion télévisée et une expérience interactive, invitant les 14-18 ans à se rendre sur le mini-site dédié, afin de relever un défi et d'auto-évaluer leur dépendance.

⁸³ Ce programme a pour but de renforcer l'offre de visites à domicile des services de Protection maternelle et infantile (PMI), afin de promouvoir la santé des familles en situation de vulnérabilité, en proposant des suivis prolongés, de la période prénatale au sixième mois du jeune enfant ou, pour les foyers en exprimant le besoin, jusqu'au douzième mois.

En novembre 2013, une campagne grand public de l'INPES sur l'alcool, intitulée « Oui, on peut dire non », valorise les moyens de refuser de boire de l'alcool, sur la base de deux spots télévisés. Deux brochures « Alcool, vous en savez quoi ? », l'une adaptée aux territoires d'outre-mer⁸⁴, l'autre destinée à la France métropolitaine⁸⁵, sont rééditées, avec les coordonnées du nouveau dispositif Alcool info service au dos.

⁸⁴ <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1381> [accédé le 05 octobre 2014].

⁸⁵ <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1123> [accédé le 05 octobre 2014].

4. Usages à hauts risques de drogues

4.1. Introduction

La France dispose depuis le milieu des années 1990 d'estimations nationales du nombre d'usagers problématiques de drogues (PDU), qui regroupent les consommateurs réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines et ceux utilisant la voie intraveineuse (quel que soit le produit). Cette définition diffère donc quelque peu de celle du protocole "Usages à hauts risques" adopté récemment par l'EMCDDA (Thanki *et al.* 2013), pour laquelle il n'existe pas d'estimation, aucune enquête en ce sens n'ayant été réalisée depuis⁸⁶. En revanche, la généralisation du Cannabis Abuse Screening Test (CAST) depuis 2006 en France (Beck *et al.* 2008) offre l'opportunité d'inclure les risques de dépendance au cannabis, en particulier en population adolescente (cf. chapitre 2).

La dernière estimation du nombre de PDU établie par l'OFDT (étude NEMO, cf. Annexe V-NEMO) porte sur des données 2011 et fait suite à celles précédemment établies en 1995, 1999 et 2006.

Les deux derniers exercices ont été réalisés en utilisant trois des méthodes préconisées par l'EMCDDA et applicables à la situation française : méthode multiplicative à partir de données de traitement, ici les ventes de médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage et méthadone) ; méthode multiplicative à partir de données d'interpellations par les services de police et de gendarmerie ; méthode multivariée reposant sur des indicateurs indirects d'usages problématiques de drogues et des estimations locales de prévalence établies par application de la technique capture-recapture. Toutes les estimations nationales obtenues s'appuient en fait sur les résultats des estimations locales utilisant la méthode capture-recapture pour les 6 villes suivantes : Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse (Cadet-Taïrou *et al.* 2010; Janssen *et al.* 2013; Vaissade *et al.* 2009).

Dans le contexte français caractérisé par des difficultés dans le repérage des usagers de drogues (UD) via les systèmes d'information administratifs pour des raisons liées au respect de l'anonymat, les études de prévalence impliquent la réalisation de véritables recensements à l'échelon local par les professionnels des structures d'accueil. Ces recensements sont incompatibles avec un long questionnement, la priorité étant donnée à l'exhaustivité du recueil. C'est pourquoi il n'est pas possible de décrire en détail les usagers problématiques de drogues à partir des données issues des études de prévalence. Les caractéristiques de ces usagers, présentées dans la section 4.3 de ce chapitre, sont décrites à partir des résultats de l'enquête ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD) menée auprès des UD fréquentant les structures de réduction des risques.

⁸⁶ Il est prévu que la France se conforme prochainement à la définition établie par l'EMCDDA en réalisant une estimation du nombre d'usagers à hauts risques, qui inclura les usagers problématiques de cannabis.

4.2. Prévalence des usages à hauts risques de drogues (HRDU) et tendances

4.2.1. Estimations de la prévalence des HRDU

Le nombre de PDU estimé au niveau national varie, suivant la méthode utilisée, entre 222 000 (multiplicateur appliqué aux données d'interpellations) et 340 000 (méthode multivariée), ce qui correspond à des prévalences respectives de 5,5 et de 8,4 pour 1 000 habitants (tableau 4.1). Avec la méthode du multiplicateur appliquée aux données de traitement, on obtient une prévalence intermédiaire de 7,5 pour 1 000. En 2006, la fourchette de valeurs adoptée au niveau national, soit 210 000 à 250 000 usagers, correspondait à la zone de recoupement des intervalles de confiance calculés pour chaque méthode d'estimation. L'adoption du même principe pour les données 2011 conduit à exclure la méthode multiplicative appliquée aux interpellations (dont l'intervalle de confiance ne recoupe pas du tout celui des deux autres méthodes) et à ne conserver que l'estimation reposant sur les données de traitement et l'estimation « multivariée ». On obtient une fourchette de valeurs assez large qui se situe entre 275 000 et 360 000 usagers de drogues à problèmes. Les bornes de prévalences inférieures et supérieures associées à ces estimations sont de 7 pour 1 000 et 9 pour 1 000. Ce résultat place la France dans la moyenne de l'Union européenne.

Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine en 2011

Méthode d'estimation	Estimation 2011	IC 95 %	Estimation 2006	IC 95 %
Multiplicative traitement	299 000	238 000-360 000	272 000	209 000-367 000
Multiplicative interpellations	222 000	176 000-267 000	187 000	144 000-253 000
Multivariée	340 000	275 000-410 000	264 000	189 000-338 000

Source : NEMO (OFDT)

Les données relatives aux usages à risques de cannabis, issues du CAST, sont présentées dans le chapitre 2 et ne concernent que la population adolescente.

4.2.2. Autres sources d'information sur la prévalence des HRDU

Il n'y a pas d'autre source d'information disponible en France sur cette question des usages à hauts risques de drogues.

4.2.3. Tendances d'évolution des HRDU

Dans l'ensemble, les trois méthodes d'estimation du nombre des PDU font apparaître des prévalences de l'usage problématique en hausse sensible comparées aux estimations de 2006, mais avec des intervalles de confiance tellement larges qu'il est difficile de conclure à une augmentation.

4.3. Caractéristiques des usagers à hauts risques de drogues

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomaniaque que dans une logique de soins, même si

une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues non récréatifs.

4.3.1. Principaux types de polyusages parmi les grands groupes d'HRDU

Les produits les plus fréquemment consommés par les usagers répondants en 2012 demeurent le cannabis et l'alcool (tableau 4.2). Environ un tiers des usagers rencontrés en 2012 a pris de l'héroïne au cours du mois précédent (30,8 %), mais l'opiacé le plus consommé demeure la buprénorphine haut dosage (37,1 %). L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne plus d'un usager sur trois (36,1 %).

Les consommations de MDMA, d'amphétamines et d'hallucinogènes parmi les usagers des CAARUD restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno (à l'exception de certains hallucinogènes naturels).

Tableau 4.2 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois (en %) parmi les usagers des CAARUD en 2012

	Usagers récents (mois précédent)
Cannabis	72,8
Alcool	65,5
BHD	37,1
Héroïne	30,8
Méthadone	27,0
Sulfates de morphine	17,2
Cocaïne poudre / free base	36,1
Crack	17,5
Amphétamines	12,8
Ecstasy	12,3
Méthylphénidate (Ritaline®)	1,9
Benzodiazépines	30,5
Plantes et champignons hallucinogènes	7,5
LSD	7,2
Kétamine	8,6

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

Note : L'usage dans le mois de médicaments de substitution aux opiacés (BHD et méthadone), des sulfates de morphine, de la Ritaline® et des benzodiazépines regroupent les usages dans le cadre et en dehors d'une prescription médicale.

4.3.2. Données et études sur les caractéristiques des HRDU autres que les données sur les usagers en traitement (TDI)

Il s'agit toujours d'une population très majoritairement masculine (80,5 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes. Elles représentent 34,8 % des moins de 25 ans et 42,5 % des moins de 20 ans. La proportion de plus de 45 ans est passée de 9,6 % en 2006 à 19,4 % en 2012, car nombre d'usagers continuent de fréquenter les CAARUD malgré leur avancée en âge (tableau 4.3). Les personnes qui fréquentent en 2012 les structures de RDR présentent une vulnérabilité sociale importante (cf. chapitre 8) (Cadet-Taïrou *et al.* 2014a; Janssen *et al.* 2013; Saïd *et al.* in press).

Tableau 4.3 : Répartition des usagers des CAARUD par classe d'âge en % de 2006 à 2012

	2006	2008	2010	2012
Moins de 25 ans	17,9	18,2	14,0	11,6
De 25 ans à 34 ans	36,3	33,0	32,2	34,3
Plus de 34 ans	45,7	48,8	53,8	54,1

Source : ENa-CAARUD (OFDT)

Les modes d'usage de substances psychoactives se diversifient. En 2012, parmi les usagers des CAARUD, 64 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie, ils sont 46,1 % à s'être injecté au cours du dernier mois. Les autres modes d'usage (inhalation pulmonaire de vapeurs et sniff) progressent et viennent se surajouter chez un même usager à ceux déjà pratiqués (tableau 4.4). La part des usagers d'héroïne qui utilisent le sniff (51,6 % contre 47,7 % en 2010) et qui la fument (31,6 % contre 28,9 % en 2010) augmente, confortant des données qualitatives recueillies via le dispositif TREND (cf. Annexe V-TREND). Ce phénomène assez répandu dans l'espace festif alternatif touche également les usagers plus précarisés de l'espace urbain, pour qui la voie pulmonaire constitue depuis quelques années une alternative à l'injection.

Tableau 4.4 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2012

	N	Injection (%)	Voie orale (%)	Sniff (%)	Inhalation fumette (%)
Sulfate de morphine	497	84,3	15,9	10,1	1,1
Héroïne	887	51	0,8	51,6	31,6
Cocaïne	1 040	52,8	0,6	46,9	32,9
BHD	1 071	54,2	45,9	25,9	5,1
Kétamine	247	31,9	5,7	75,1	0,9
Amphétamines	369	32,7	31,8	62,5	3,6
Ecstasy	356	21,8	70,6	34,8	11,1
Codéine	193	5,9	92,4	3,5	2,4
Benzodiazépines	879	5,4	95,8	3,4	0,5
LSD	208	0	97,3	2,7	1,1
Crack	504	4,2	0,2	2,9	98,9
Méthadone	778	2,4	98,1	1,3	0,1
Plantes hallucinogènes	217	0	91,7	1,6	13,5
Alcool	1 889	0,3	99,9	0	0
Cannabis	2 098	0,1	3,1	0,4	98,7

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

Note : Plusieurs modes d'usage peuvent être utilisés par un consommateur pour un même produit. De ce fait, le total des pourcentages par produit dépasse 100 %.

5. Prise en charge : demande et offre de soins

5.1. Introduction

Définitions

Un système d'enregistrement des demandes de traitement conforme au protocole européen, le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP, cf. Annexe V-RECAP), a été mis en place en France en 2005 dans les centres spécialisés accueillant les usagers de drogues (UD). Ces centres, auparavant dénommés centres spécialisés de soins pour les toxicomanes (CSST), ont pris en 2010 la nouvelle dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette appellation désigne désormais aussi bien les institutions recevant les personnes en difficulté avec les drogues illicites qu'avec l'alcool ou toute autre addiction sans substance. Conformément au protocole européen, ne seront prises en compte ici que les personnes pour lesquelles une drogue illicite ou un médicament psychotrope sont déclarés comme produit posant le plus de problème.

Un patient est un consommateur de drogues ayant été vu au moins une fois dans l'année au cours d'un entretien en face à face dans un centre de soins. Un nouveau patient est un consommateur de drogues accueilli pour la première fois dans le centre auquel il s'adresse ou qui revient après une interruption des contacts pendant au moins six mois. Un primo-patient est un consommateur de drogues n'ayant jamais été suivi auparavant pour des problèmes d'addiction par un professionnel d'un CSAPA.

Outils de collecte des données

RECAP permet de disposer de données individuelles, collectées de manière continue et théoriquement exhaustive, sur l'ensemble des patients venus chercher de l'aide auprès des CSAPA.

L'objectif de RECAP est de pouvoir suivre au niveau régional et national les caractéristiques et les modalités d'usage des consommateurs de drogues, licites ou illicites, accueillis par les CSAPA. Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les structures spécialisées (fiches d'accueil, gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à poser par tous les intervenants du champ des addictions.

La quasi-totalité des structures gère aujourd'hui ses dossiers patients avec un logiciel spécialisé. Une des fonctionnalités intégrées permet d'extraire les données RECAP des patients vus dans l'année dans un fichier anonyme suivant un format prédéfini. Envoyées à l'OFDT, ces données sont ensuite contrôlées et fusionnées pour en permettre l'exploitation.

5.2. Description générale, disponibilité et assurance qualité

5.2.1. Stratégie et politique

Contexte

La politique de soins aux usagers de drogues illicites a connu en France plusieurs grandes étapes. Avant les années 1970, la prise en charge était le plus souvent effectuée dans les hôpitaux psychiatriques.

Le premier grand tournant date de l'adoption de la loi de 1970⁸⁷. Celle-ci prévoit la possibilité pour tout consommateur de drogues d'obtenir un traitement anonyme et gratuit visant l'abstinence. L'adoption de ce texte de loi a favorisé le développement de centres spécialisés ambulatoires ou avec hébergement, ces derniers accueillant les usagers de drogues après sevrage.

Le deuxième grand tournant a été déclenché par le développement de l'épidémie de sida. Les pouvoirs publics ont adopté au début des années 1990, tardivement en comparaison d'autres pays, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les mesures de réduction des risques (RDR).

La France a fait le choix d'une diffusion accélérée et massive de la buprénorphine haut dosage (BHD), que tout médecin en exercice a été autorisé à prescrire (cf. chapitre 1). De ce fait, les médecins généralistes ont joué un rôle important dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés. Parallèlement, le développement rapide de l'épidémie de sida et l'adoption d'une politique de RDR (qui en est la conséquence directe) a soulevé la question de l'accueil des UD pour le traitement de leurs problèmes somatiques et/ou d'addictions. À l'instar de ce qui se faisait en alcoologie, des équipes de liaison hospitalières pour UD ont vu le jour. Leur mission était de favoriser la prise en charge dans les services somatiques et d'éviter que des patients accueillis pour ce type de problème ne quittent l'hôpital sans qu'on leur ait proposé un diagnostic et une prise en charge addictologique.

En France comme dans la plupart des pays développés, la politique de soins auprès des usagers de drogues repose sur les secteurs spécialisés de traitement et de réduction des risques, sur les médecins généralistes de ville et sur les hôpitaux. Au-delà des effets d'affichage, cette politique s'appuie en pratique sur une combinaison relativement stable des différents secteurs et outils disponibles.

5.2.2. Systèmes de soins et de prise en charge

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).

Le dispositif spécialisé

Ces centres, créés en application de la loi de 1970, sont maintenant présents dans la quasi-totalité des départements français.

Ils ont été initialement financés par l'État puis, depuis le 1^{er} janvier 2003, par les organismes d'assurance sociale en tant qu'établissements médico-sociaux (sauf ceux liés à des hôpitaux). Leur rôle est de fournir conjointement des services médicaux, sociaux et éducatifs et, entre autres, une aide à l'insertion sociale. Une circulaire en date du 28 février 2008⁸⁸ précise les missions des CSAPA. Ces derniers doivent assurer l'accueil, l'information, l'évaluation médicale,

⁸⁷ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971

⁸⁸ Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°3 du 15 avril 2008. (NOR SJSP0830130C)

psychologique et sociale et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème d'addiction à n'importe quelle substance ou sans substance. Les CSAPA assurent également la prise en charge médicale, psychologique et socio-éducative et font partie du dispositif de réduction des risques. Ils ont la possibilité de se spécialiser sur les drogues illicites ou sur l'alcool.

Ils assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux types de prestations. En 2013, 419 CSAPA offrent des prestations de soins en ambulatoire, mais parmi eux seuls environ 200 prennent majoritairement en charge des usagers de drogues illicites, les autres accueillant principalement des personnes pour qui l'alcool est le produit posant le plus de problèmes.

Les différentes prestations et missions assurées par les CSAPA sont détaillées dans le rapport national 2013 (Bastianic *et al.* 2013).

Traitement par le système de soins généraliste

Le dispositif spécialisé de traitement ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes exprimées par les usagers de drogues illicites. Depuis les années 1990, l'attention a été portée sur l'amélioration de l'accueil par le système de soins généraliste (hôpitaux et médecins généralistes) des patients souffrant de problèmes d'addiction.

Hôpitaux

Les soins en addictologie à l'hôpital sont organisés en filière addictologique, regroupant différentes composantes. Leur objectif est de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts, dont le détail est indiqué dans le rapport national 2013 (Bastianic *et al.* 2013).

Les médecins généralistes

Aujourd'hui, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en France dans la prescription de TSO (Beck *et al.* 2013).

Ils sont souvent les premiers à pouvoir intervenir lorsque des patients débutent une consommation de drogues illicites. Les autorités publiques prévoient une formation initiale et continue des médecins généralistes au repérage de ces usagers et à leur orientation vers les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à leur situation. Une centaine de médecins libéraux sont titulaires d'un diplôme d'addictologie (capacité, diplôme universitaire ou diplôme d'études spécialisées complémentaires d'addictologie). De plus, il existe 76 réseaux de santé en addictologie en 2013, couvrant 30 % du territoire, dont le financement est assuré par les agences régionales de santé (ARS) par l'intermédiaire des Fonds d'intervention régionaux (FIR). Ces réseaux ont comme principal objectif la coordination ville-hôpital. Leur développement a été impulsé par le plan 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions (Ministère de la santé et des solidarités 2006) dont les objectifs étaient cependant plus ambitieux. Il prévoyait en effet la création de 254 réseaux, s'ajoutant aux 46 existants déjà en 2006, afin de disposer d'un réseau de proximité en addictologie pour 200 000 habitants.

Disponibilité et diversité des traitements

Le sevrage

Les sevrages peuvent se dérouler dans un cadre ambulatoire, le patient étant suivi dans un CSAPA, ou dans une consultation hospitalière d'addictologie, en hospitalisation de jour ou complète. Les sevrages avec hospitalisation sont peu fréquents en France aujourd'hui. Les usagers d'opiacés, qui étaient autrefois souvent hospitalisés pour sevrage, sont maintenant pour la plupart traités par un médicament de substitution aux opiacés (MSO), l'hospitalisation n'étant requise qu'en présence de comorbidités psychiatriques ou somatiques (ou à la demande de l'UD).

Les traitements de substitution aux opiacés

Après sa mise sur le marché en 1995⁸⁹, la BHD est très rapidement devenue le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France. Depuis 2006, le Subutex[®] n'est plus le seul médicament disponible. Des spécialités génériques sont apparues sur le marché, non sans difficultés. En effet, le laboratoire Schering-Plough qui distribuait le Subutex[®] jusqu'en 2010 a été condamné en 2013 par l'Autorité de la concurrence à 15 M€ d'amende pour avoir entravé leur arrivée en 2006⁹⁰. En 2014, six génériques de la BHD sont commercialisés par les laboratoires Arrow, Biogaran, EG, Mylan, Sandoz et Teva. Leur taux de pénétration, en légère progression ces 5 dernières années, est en 2013 de 35 % (Assurance Maladie 2013). Dans le cadre d'un protocole de substitution, la forme générique est prescrite à des doses quotidiennes moyennes d'environ 2 mg inférieures à celles du princeps, d'après les résultats de l'enquête OPPIDUM (cf. Annexe V-OPPIDUM) en 2012 (CEIP *et al.* 2013).

En janvier 2012, le Suboxone[®] (association de BHD et d'un antagoniste opiacé, la naloxone) a été mis sur le marché sous forme de comprimés sublinguaux. Cette association de substances a pour objectif la prévention du mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

D'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM-TS) issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (Brisacier *et al.* 2014), en 2012, 149 000 personnes ont bénéficié de remboursements pour un TSO en ville avec, spécificité française, une nette prédominance de la BHD, représentant 71 % de l'ensemble. De plus, 20 000 patients ont eu une dispensation de méthadone en CSAPA en 2010⁹¹ (Palle *et al.* 2013).

La part de la méthadone continue toutefois d'augmenter, conformément aux recommandations de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (FFA *et al.* 2005). La mise sur le marché de la forme gélule en 2008 a participé à cette augmentation. En 2012, 47 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de méthadone. La forme sirop reste encore prédominante, bien que de moins en moins prescrite. Elle l'est de façon exclusive pour 53 % des bénéficiaires d'un remboursement de méthadone, tandis que la forme gélule l'a été de façon exclusive pour 33 % d'entre eux. Enfin, 15 % des bénéficiaires avaient été remboursés des 2 formes (Brisacier *et al.* 2013). D'après les données de vente, en 2013, la forme sirop représente 55 % de la méthadone vendue (en poids) et la forme gélule 45 %. De plus, 82 % des quantités

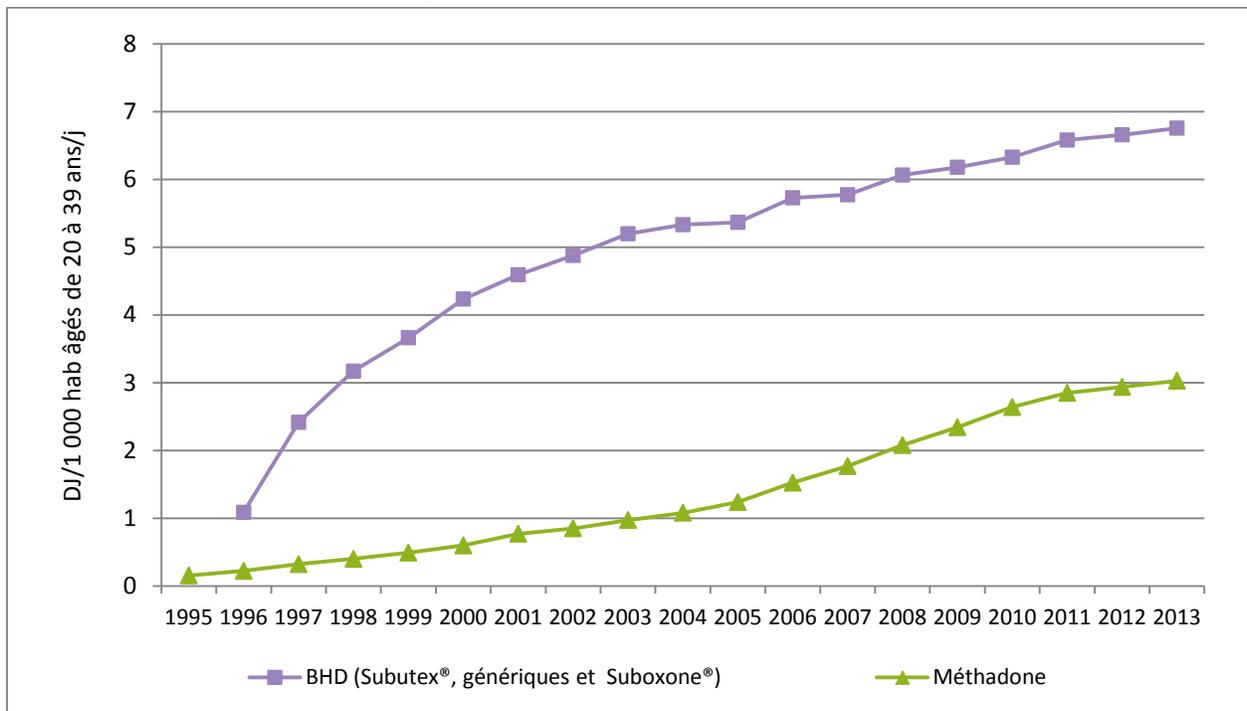
⁸⁹ Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg, comprimé sublingual. JORF du 27 octobre 1995. (NOR SANM9502981V)

⁹⁰ Décision n°13-D-21 du 18 décembre 2013 relative à des pratiques mises en œuvre sur le marché français de la buprénorphine haut dosage commercialisée en ville. Autorité de la concurrence (2013)

⁹¹ Actuellement, les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant en CSAPA ou à l'hôpital.

sont délivrées en ville, tandis que 18 % le sont en CSAPA ou en hôpitaux (données communiquées par le laboratoire Bouchara). La figure 5.1 présente la consommation de BHD (dont Suboxone[®]) et de méthadone en France. Ces données proviennent des chiffres de vente, fournis par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), en partant de l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour pour la BHD (dont Suboxone[®]) et de 60 mg par jour pour la méthadone. Les génériques de la BHD (introduits en France depuis 2006) puis le Suboxone[®] (introduit en 2012) compensent la diminution de la consommation de Subutex[®] observée à partir de 2006. En 2013, les quantités de BHD vendues (en poids) se répartissent entre le Subutex[®] pour 73 %, les génériques pour 24 % et le Suboxone[®] pour 3 % (contre 1 % en 2012). Au total, la consommation de BHD poursuit ainsi sa croissance en 2013. La consommation de méthadone est aussi en hausse, bien qu'à un rythme plus lent que sur la période 2006-2011.

Figure 5.1 : Traitements de substitution aux opiacés : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2013 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans/jour (Subutex[®] et génériques 8 mg, Suboxone[®] 8 mg, méthadone[®] 60 mg)



Source : SIAMOIS (InVS), Bouchara, Medic'AM (CNAM-TS)

Par ailleurs, ces données de remboursements ou de ventes de MSO ne prennent pas en compte les mésusages et les détournements. Le nombre de patients qui suivent effectivement un TSO est plus faible, même s'il est difficile de donner un chiffre précis, la frontière entre patients suivant un traitement et personnes bénéficiant de prescriptions de BHD mais ne pouvant être considérées comme suivant un traitement étant mal définie.

Suite à l'étude Méthaville (Lions *et al.* 2014; Roux *et al.* 2014), les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone pourraient être modifiées. Méthaville est un essai pragmatique, réalisé entre 2009 et 2012 par l'INSERM, l'ANRS et l'ORS PACA, dont les objectifs étaient de tester la faisabilité et l'acceptabilité par les médecins et les patients de la primo-prescription de

méthadone en médecine de ville et d'observer si les principaux critères d'efficacité (abstinence aux opiacés non prescrits, engagement et rétention en traitement, satisfaction vis-à-vis des soins) sont ou non inférieurs par rapport à une induction en centre spécialisé. Méthaville a été réalisée sur 10 sites en France avec 221 patients randomisés (155 en médecine, 66 en CSAPA), dont 162 ont été suivis (respectivement 129 et 33).

Cette étude montre que la primo-prescription en médecine de ville offre des résultats comparables à la situation actuelle en termes d'abstinence aux opiacés non prescrits, d'engagement dans les soins et de rétention en traitement. Elle est bien acceptée et bien suivie par les patients et les médecins volontaires, formés et travaillant en réseau. Aucune surdose n'a été signalée. Suite à cette étude, le groupe TSO mis en place par la Direction générale de la santé (DGS) a émis des propositions afin de sécuriser l'extension du dispositif expérimental et son accessibilité. Trois conditions apparaissent indispensables pour autoriser des médecins généralistes à « primo-prescrire » la méthadone : la nécessité d'une formation spécifique et d'échanges de pratiques, l'agrément de médecins (sous trois impératifs : volontariat, formation, conventionnement), la collaboration entre acteurs et l'implication des pharmaciens, avec l'obligation d'une dispensation supervisée à l'instauration du traitement. L'extension de l'expérimentation vise un accès simplifié et sécurisé à la méthadone dans des zones rurales ou semi-rurales, une diminution des traitements débutés sans supervision médicale ou par des médecins non autorisés, une réduction du mésusage de la BHD et des pratiques à risques et enfin une diminution du délai d'attente pour une prescription de méthadone. La Commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM a rendu le 20 mars 2014 un avis favorable à l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone à certains médecins libéraux agréés. Elle s'est aussi montrée favorable à l'allongement de la durée maximale de prescription de la méthadone sous forme gélule à 28 jours (contre 14 actuellement) (ANSM 2014). Suite à cet avis, un arrêté du 13 octobre 2014⁹² fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze jours ou à sept jours exclus la méthadone sous forme gélule. En pratique, les patients stabilisés bénéficiant d'un traitement par méthadone gélule, peuvent bénéficier, si leur médecin l'estime possible, d'une prescription tous les 28 jours.

L'utilisation de la morphine dans un but de substitution (généralement du sulfate de morphine prescrit sous forme de gélules à libération prolongée) concerne plusieurs milliers de patients, qui le plus souvent l'injectent, mais ne bénéficie d'aucun cadre légal de prescription, ni d'aucune évaluation des bénéfices et des risques pour cette utilisation en tant que traitement de substitution.

[L'interruption d'un traitement de substitution aux opiacés](#)

Il n'existe pas, à ce jour, de source fiable et actualisée régulièrement renseignant le nombre de personnes ayant arrêté un TSO dans les différents dispositifs (spécialisés ou généralistes). Il faut noter qu'une part importante des addictologues et psychiatres spécialisés français sont réticents à l'arrêt total trop rapide du traitement substitutif, par crainte de la rechute et des surdoses qui peuvent en découler. L'arrêt de la substitution, à la différence du maintien en traitement, n'apparaissait pas comme un objectif prioritaire dans la Conférence de consensus de 2004. Néanmoins, des demandes d'arrêt des TSO sont exprimées par de nombreux patients,

⁹² Arrêté du 13 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 20 septembre 1999 modifié fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze jours ou à sept jours. JORF n°241 du 17 octobre 2014. (NOR AFSP1424228A)

amenant les professionnels de santé à réfléchir à leur pratique afin de déterminer les stratégies, indications et modalités favorables à cet arrêt (Dugarin *et al.* 2013; Hautefeuille 2013).

Mésusages et trafic de BHD

Une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et n'est pas consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a diminué depuis la mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie sur les traitements de substitution aux opiacés⁹³ en 2004. Un des indicateurs principaux de détournement ou de mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j⁹⁴) a été divisé par trois entre 2002 et 2007 (Canarelli *et al.* 2009). Depuis, cet indicateur est resté stable (2,2 % en 2012) (Brisacier *et al.* 2014). Par ailleurs, 73 % des patients recevant de la BHD sont en traitement régulier⁹⁵ et donc a priori inclus dans un processus thérapeutique. Les bénéficiaires « non réguliers » de ces traitements ne sont toutefois pas forcément en dehors de toute démarche de soins, tandis que les usagers prenant ce médicament dans une logique de soins ne sont pas exempts de certaines formes de mésusage (INSERM 2012).

D'après les résultats de l'enquête OPPIDUM menée en 2012 (CEIP *et al.* 2013), 10 % des usagers sous protocole de substitution vus dans un cadre thérapeutique ont pratiqué l'injection de BHD. Le sniff est pratiqué par 10 % d'entre eux et l'inhalation par une part infime des usagers. En 2012, parmi les personnes vues dans les CAARUD, 54 % des consommateurs de BHD au cours du dernier mois signalent l'avoir injectée durant cette période, soit plus que la voie orale (46 %), 26 % disent l'avoir sniffée et 5 % l'avoir fumée. La BHD est le premier produit injecté pour 8 % des usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au moins une fois au cours de la vie (Cadet-Tairou 2012).

Deux groupes de populations en particulier utilisent la BHD comme une drogue : d'une part les UD les plus précarisés, des hommes pour 90 % d'entre eux, sans domicile, dont une partie est en situation illégale sur le territoire français et qui consomment essentiellement des médicaments et de l'alcool ; et d'autre part les jeunes en errance, fortement polysusagers (INSERM 2012).

Mésusage et risques de la méthadone

Le suivi d'addictovigilance et de toxicovigilance de la méthadone (ANSM 2014), placé sous la responsabilité du CAPTV (Centre anti-poison et de toxicovigilance) et du CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) de Marseille, a identifié cinq risques : les intoxications pédiatriques, les décès, les tentatives de « sniff » et d'injection, les prises occasionnelles et les prises par des sujets naïfs (c'est-à-dire n'ayant jamais consommé). Au cours des 5 ans et demi de suivi, 79 intoxications pédiatriques (27 avec la forme gélule et 52 avec la forme sirop), 288 cas d'abus ou d'usage détourné et 19 cas de décès par surdose directement liés à la méthadone chez des sujets naïfs ont été rapportés. Concernant les

⁹³ Les contrôles de l'Assurance maladie mis en place depuis 2004 ont ainsi essentiellement visé à repérer les trafiquants (« patients » mais aussi quelques cas de médecins et de pharmaciens) à travers les données de remboursement et à rappeler à l'ordre les usagers ayant au moins 5 prescripteurs ou 5 pharmacies différentes délivrant le traitement ou recevant une dose moyenne supérieure à 32 mg.

⁹⁴ La posologie d'entretien de la BHD est de 8 mg/j avec une dose maximale fixée à 16 mg/j. Un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j est un indicateur de consommation très suspecte de BHD (trafic et/ou revente).

⁹⁵ Les patients en traitement régulier sous BHD sont les sujets ayant des délais entre 2 délivrances de moins de 35 jours ou des délais légèrement dépassés (36-45 jours) pour 3 occurrences au maximum. La durée réglementaire maximale de prescription est de 28 jours.

intoxications pédiatriques, la gravité des cas est le plus souvent minime grâce à la grande réactivité des parents, auprès de qui a été lancée une campagne d'information.

Traitement de substitution en milieu pénitentiaire

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2010 à 7,9 %, soit environ 5 000 personnes, dont 68,5 % sous BHD (cf. chapitre 9). Elle est significativement plus élevée chez les femmes (DGS 2011).

5.3. Accès aux soins

Nombre total de patients pris en charge

En France, seules les personnes vues dans les CSAPA font l'objet d'un recueil de données compatible avec le protocole d'enregistrement des demandes de traitement de l'EMCDDA. Ce recueil n'est pas exhaustif, puisqu'en 2013 environ un quart des CSAPA n'a pas fourni de données. Par ailleurs, les données TDI (indicateur de demande de traitement) ne portent que sur les nouveaux patients, personnes qui commencent ou recommencent un traitement dans un centre, ce qui exclut toutes les personnes qui étaient déjà suivies sans interruption l'année passée dans le même centre. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres sources pour évaluer le nombre total de personnes venues chercher de l'aide auprès de professionnels en raison d'une consommation problématique de drogues illicites.

Les CSAPA doivent par ailleurs fournir chaque année aux autorités administratives un rapport d'activité dans lequel figurent certaines données sur les personnes accueillies au cours de l'année écoulée (cf. Annexe V-Rapports d'activité des CSAPA). Le taux de réponse est proche de 90 % chaque année et presque de 100 % sur une période de deux ans. À partir de ces rapports d'activité, il est possible d'évaluer à environ 104 000 le nombre de personnes vues dans les CSAPA ambulatoires en 2010⁹⁶ pour un problème avec les drogues illicites. Comparativement à ce chiffre, le nombre de personnes hébergées dans un centre de traitement résidentiel apparaît très faible, un peu moins de 2 000 personnes qui, pour partie, sont déjà comptées parmi les personnes vues dans les CSAPA ambulatoires. Ces centres adressent en effet aux centres résidentiels une part importante des patients qui y sont hébergés. Dans les CSAPA en milieu pénitentiaire, on peut évaluer à environ 5 700 le nombre de personnes vues pour un problème avec les drogues illicites en 2010.

En médecine de ville, les seules données disponibles au niveau national portent sur les personnes qui suivent un traitement de substitution. En 2010, plus de 150 000 personnes se sont fait rembourser leur traitement de substitution par les organismes de sécurité sociale. Une partie de ces personnes peut également avoir été suivie conjointement ou successivement dans un CSAPA au cours de l'année.

En ce qui concerne les hôpitaux, on dispose de données nationales issues du système d'information médico économique (PMSI) sur le nombre d'hospitalisations dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, hors alcool et tabac (diagnostic CIM10 : F11 à F16, F18 et F19). Il y a eu environ 7 700 hospitalisations en 2013 dont un peu plus de 2 000 qui concernaient des consommateurs d'opiacés, près de 2 000 des

⁹⁶ Derniers chiffres disponibles à la date de rédaction de ce rapport.

consommateurs de sédatifs et d'hypnotiques, environ 1 400 touchaient des consommateurs de cannabis et près de 1 600 des polyconsommateurs. Il faut noter que ces données n'incluent pas les passages dans les services d'urgence, ni les personnes vues en ambulatoire dans les consultations hospitalières en addictologie. Des doubles-comptes entre les personnes hospitalisées et celles vues dans les centres spécialisés ou en médecine de ville peuvent également exister.

5.3.1. Caractéristiques des patients pris en charge

Patients vus dans les centres en ambulatoire

En 2013, environ 160 CSAPA ambulatoires ont participé au dispositif RECAP, soit presque trois quarts des CSAPA accueillant principalement des usagers de drogues illicites. Les données ci-dessous concernent plus de 45 000 patients (appelés « nouveaux patients ») qui ont commencé un épisode de traitement dans l'un de ces centres au cours de l'année.

En raison des modifications du protocole TDI, d'importantes mises à jour des logiciels ont été réalisées depuis 2012. En conséquence, les données 2013 sur les produits consommés sont incorrectes et ne sont pas incluses dans l'analyse qui suit, qui repose donc sur les résultats 2012. Les chiffres 2013 seront utilisés uniquement pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers.

Les patients recevant un traitement pour la première fois de leur vie (appelés « primo-patients ») représentent 31 %⁹⁷ de l'ensemble des nouveaux patients accueillis en 2013, cette part étant plus faible chez les femmes (26 % contre 32 % chez les hommes). Les autres patients (les 69 % restants) ont déjà été suivis auparavant pour un problème d'addiction mais débutent un nouvel épisode de traitement dans un CSAPA. Le pourcentage de primo-patients par rapport à la totalité des patients doit être considéré avec prudence, les informations concernant l'existence de traitements antérieurs étant inconnue dans 24 % des cas.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

En 2013, parmi les nouveaux patients, quatre sur cinq (81 %) sont de sexe masculin. Ils sont en moyenne âgés de 31 ans (31,9 ans pour les femmes contre 30,9 pour les hommes). Cet âge moyen est le résultat de l'alliance de deux sous-populations, d'un côté les usagers ayant pour produit posant le plus problème le cannabis, avec un âge moyen situé entre 25 et 26 ans, et de l'autre ceux pour qui il s'agit des opiacés ou de la cocaïne, avec un âge moyen d'environ 34 ans.

Les primo-patients sont nettement plus jeunes (tableau 5.1). Leur âge moyen est de 26,1 ans.

⁹⁷ Sauf mention contraire, tous les pourcentages sont calculés par rapport aux totaux, une fois exclues les réponses manquantes ou les réponses « Ne sait pas ».

Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2013

Âge	Nouveaux patients (N= 45 841)	Primo-patients (N= 10 940)
- de 20 ans	15,7	31,5
20-24 ans	16,8	23,6
25-29 ans	17,7	16,3
30-34 ans	15,7	10,9
35-39 ans	11,5	7,1
40-44 ans	9,9	4,6
45-49 ans	6,5	2,9
50 ans et +	5,8	3,1
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2013 (OFDT)

Les nouveaux patients entrent le plus fréquemment en contact avec les centres de soins de leur propre initiative (35 %) ou après orientation par un service judiciaire ou policier (29 %) (tableau 5.2). Cette dernière orientation représente une part beaucoup plus faible chez les femmes (12 % contre 33 % chez les hommes). Parmi les primo-patients, cette orientation concerne près de la moitié des effectifs (44 %). La plupart des personnes adressées par le tribunal ou la police dans un centre de soins sont des usagers de cannabis.

Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2013

Origine du traitement	Nouveaux patients (N= 37 863)	Primo-patients (N= 10 105)
Initiative propre au patient	35,2	24,0
Famille ou amis	8,8	10,6
Autres centres spécialisés pour les toxicomanes	5,7	1,8
Médecins généralistes	6,0	3,7
Hôpital ou autre établissement médical	6,2	4,3
Services sociaux	4,1	4,4
Police, tribunaux ou injonction thérapeutique	29,3	43,9
Autre	4,8	7,2
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2013 (OFDT)

Les nouveaux patients vivent le plus souvent avec leurs parents ou seuls (respectivement 35 % et 27 %) (tableau 5.3) et la plupart du temps dans un logement stable (78 %) (tableau 5.4). Les femmes se différencient des hommes : elles vivent dix fois plus souvent qu'eux seules avec leur enfant (11 % contre 1 %), et plus souvent avec un partenaire (18 % contre 10 %). Elles habitent en contrepartie beaucoup moins souvent avec leurs parents (25 % contre 38 %). En raison du pourcentage important de personnes plus jeunes dans ce groupe, les primo-patients sont moins susceptibles de vivre seuls et vivent plus fréquemment (49 %) avec leurs parents.

Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2013

Statut de vie (personne avec qui ils vivent)	Nouveaux patients (N= 37 314)	Primo-patients (N= 10 394)
Seul	27,4	20,9
Avec les parents	35,2	48,5
Seul avec un enfant	3,2	2,2
Avec un partenaire mais sans enfants	11,6	9,5
Avec un partenaire et un (des) enfant(s)	12,3	10,2
Avec des amis	3,5	2,7
Autre	6,8	6,1
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2013 (OFDT)

Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type de logement (en %), en 2013

Type de logement	Nouveaux patients (N= 39 691)	Primo-patients (N= 10 707)
Logement stable	78,4	84,8
Logement non stable	19,1	13,5
Logement en institution	2,5	1,7
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2013 (OFDT)

Les personnes inactives (retraités, au foyer, invalides) et celles sans emploi représentent 46 % des nouveaux patients (tableau 5.5). Un peu plus d'un quart a un travail régulier et 16 % sont toujours lycéens ou étudiants. Le pourcentage de personnes économiquement inactives est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (26 % contre 22 %). Parce qu'ils sont plus jeunes, les primo-patients se caractérisent par une part plus importante d'étudiants et de lycéens par rapport à l'ensemble des nouveaux patients.

Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2013

Situation professionnelle	Nouveaux patients (N= 37 357)	Primo-patients (N= 10 293)
Emploi régulier	25,2	24,1
Étudiant, lycéen	15,6	25,2
Inactif sur le plan économique	23,2	18,9
Sans emploi	23,0	18,8
Autre	13,0	13,1
Total	100,0	100,0

Source : RECAP 2013 (OFDT)

Six nouveaux patients sur dix ont déclaré avoir atteint le niveau secondaire ; 5 % n'avaient pas dépassé l'école primaire et 35 % ont indiqué qu'ils avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Les femmes se caractérisent par un pourcentage nettement plus élevé de niveau supérieur au secondaire (47 % contre 32 %). La répartition du niveau d'études n'est pas différente chez les primo-patients.

Usages de drogues

Comme indiqué précédemment, en raison des incohérences dans les données 2013 concernant les produits consommés (dus aux modifications du logiciel employé dans les CSAPA), l'analyse repose sur les résultats 2012, qui sont présentés dans le rapport national 2013 (Bastianic *et al.* 2013).

Patients vus dans les centres avec hébergement

Le nombre de patients vus dans les centres de soins avec hébergement ne représente qu'une très faible proportion des patients vus dans l'ensemble des CSAPA. L'influence des caractéristiques de ces patients sur celles de l'ensemble des patients est négligeable. En 2013, 23 centres avec hébergement ont fourni des données RECAP sur environ 1 000 patients.

La quasi-totalité des patients accueillis dans les centres avec hébergement se sont déjà fait aider par un professionnel du soin pour leur addiction. Il est rare que les patients fassent une demande de traitement directement à ces centres. Dans la plupart des cas, ils sont adressés, au moins la première fois, par d'autres centres de soins. Les deux tiers de ceux accueillis dans les centres avec hébergement ont été adressés par le secteur sanitaire. Un quart des patients a déclaré être venu de sa propre initiative.

Les patients vus dans les centres avec hébergement sont en moyenne plus âgés que ceux vus en ambulatoire (34,2 ans contre 31 ans). Ces centres accueillent en général les patients avec les problèmes d'addiction les plus graves et le plus souvent en situation d'exclusion sociale.

Relativement à ceux vus en ambulatoire, le pourcentage encore plus élevé de patients qui vivent seuls (40 %), qui sont logés de façon précaire (35 %) ou qui sont au chômage ou inactifs (respectivement 35 % et 28 %) traduit une plus grande exclusion sociale de cette population.

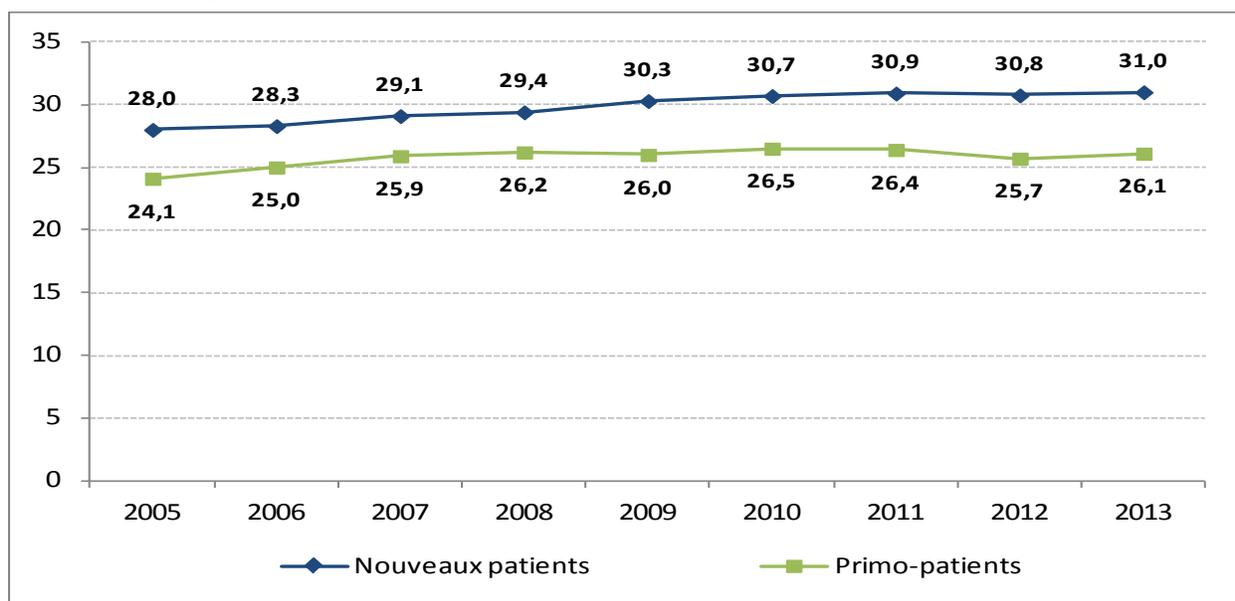
5.3.2. Évolution des caractéristiques des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA

Les données sur les patients compatibles avec le protocole TDI ne sont disponibles en France que depuis 2005. En ce qui concerne les centres avec hébergement, les fortes variations des effectifs, liées à celle des taux de réponse, rend difficile l'interprétation des évolutions. Par conséquent, seules les tendances relatives aux patients vus en ambulatoire seront abordées dans cette section.

On dispose de données sur la période 2005-2013. Les deux premières années (2005 et 2006) correspondent cependant à une phase de mise en place du recueil de données avec un taux de participation assez bas pour ces deux années (moins de 50 % en 2005, un peu plus de 50 % en 2006). Les évolutions observées sur ces deux premières années doivent donc être interprétées avec prudence. Sur les sept années suivantes, le taux de participation des centres à l'enquête a été en moyenne de deux tiers, les structures répondantes n'étant pas toujours les mêmes. Cette situation peut entraîner des fluctuations au niveau des données qui ne sont pas forcément le reflet d'évolutions dans la situation des patients. Seules les grandes tendances se manifestant de façon constante sur plusieurs années doivent ainsi retenir l'attention.

L'âge moyen des patients est en augmentation continue depuis 2005, à l'exception de l'année 2012, passant de 28 ans à 31 ans en 2013 (figure 5.2).

Figure 5.2 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2013



Source : RECAP (OFDT)

Ce vieillissement est surtout lié à une diminution d'environ 10 points de la part des 15-24 ans au profit des personnes âgées de 40 ans et plus, dont la part a doublé, passant de près de 11 % en 2005 à plus de 22 % en 2013. Entre 2007 et 2013, cette baisse s'observe surtout chez les 20-24 ans. Entre 2012 et 2013, la répartition par âge est restée assez stable (tableau 5.6).

Concernant les primo-patients, leur âge moyen est resté relativement stable depuis 2008, et, après une légère baisse en 2012, a retrouvé le niveau des années précédentes.

Tableau 5.6 : Répartition de l'ensemble des nouveaux patients par tranche d'âges (en %), évolution entre 2005 et 2013

Classe d'âge	2005 (N=20 989)	2006 (N=31 674)	2007 (N=41 205)	2008 (N=44 631)	2009 (N=44 339)	2010 (N=45 247)	2011 (N=45 247)	2012 (N=44 960)	2013 (N=45 841)
<20	16,6	15,6	12,6	12,7	12,6	11,5	13,5	15,5	15,7
20-24	24,8	25,2	24,7	23,3	20,4	19,6	18,6	17,7	16,8
25-29	19,0	19,4	21,2	21,4	20,2	20,5	19,1	18,3	17,7
30-34	16,6	15,4	14,9	14,6	14,8	15,9	15,7	15,7	15,7
35-39	12,3	12,3	12,5	12,7	13,4	13,0	11,8	11,3	11,5
40-44	6,8	7,1	8,4	8,4	9,3	9,7	10,0	9,6	9,9
45-49	2,5	3,2	3,5	4,2	5,4	5,4	6,1	6,3	6,5
>50	1,4	2,0	2,3	2,9	4,0	4,4	5,2	5,6	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RECAP (OFDT)

Ce vieillissement des personnes accueillies dans les centres a des répercussions sur certaines caractéristiques des patients. Ainsi, en cohérence avec la diminution de la part des 15-24 ans, le pourcentage de personnes vivant chez leurs parents est en diminution constante, passant de 42 % à environ 35 %, alors que la part des personnes vivant seules augmente de 25 % à 27 %. Pour des raisons également liées à la modification de la répartition par tranches d'âge, la part des élèves et des étudiants est en très légère régression, passant de 17 % en 2005 à 16 % en 2013.

Par ailleurs, la proportion de personnes bénéficiant de conditions de logement stables est plutôt orientée à la hausse depuis 2005, passant de 75 % à 78 % en 2013. Il est difficile de savoir si cette évolution est aussi une conséquence de l'augmentation de l'âge moyen ou si elle est liée à d'autres facteurs.

En ce qui concerne la répartition des patients suivant les produits posant le plus de problèmes, les données 2013 ne sont pas assez fiables pour être intégrées dans ce rapport : les résultats sur la période 2007-2012 sont détaillés dans le rapport national de l'an dernier (Bastianic *et al.* 2013), faisant apparaître une tendance à la baisse de la part du cannabis et à la hausse pour les opiacés.

6. Conséquences sanitaires

6.1. Introduction

L'usage de drogues peut être directement à l'origine d'infections virales (VIH/sida et hépatites), d'autres pathologies infectieuses liées aux injections ou encore de troubles en rapport avec le ou les produits consommés, en particulier les surdoses. D'autres affections, comme la tuberculose, sont liées à des conditions d'existence précaires, à un style de vie marqué par la prise de risques (infections sexuellement transmissibles⁹⁸) ou aux comorbidités psychiatriques et somatiques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues. Des décès peuvent également être observés, et sont recensés et précisés à partir de plusieurs dispositifs d'information en France.

VIH / sida et hépatites virales (hépatites B et C)

Les maladies infectieuses représentent la plus grosse part de la morbidité somatique observée. Les estimations de prévalences parmi les usagers de drogues (UD) reposent sur les données recueillies dans le cadre de différentes enquêtes :

- Les prévalences déclarées du VIH, du VHB et du VHC : elles sont fournies, à partir de 2005 (Palle *et al.* 2007), via le dispositif RECAP (patients vus dans les centres de soins, les CSAPA) et via les enquêtes menées auprès des patients vus en structures dites « à bas seuil d'exigence », nommées CAARUD, notamment les enquêtes PRELUD (cf. Annexe V-PRELUD) et ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD).
- Les prévalences biologiques du VIH et du VHC reposant sur des prélèvements sanguins sont connues à partir de l'enquête Coquelicot (cf. Annexe V-Coquelicot) (Jauffret-Roustide *et al.* 2006), menée en 2004 et 2011.
- Les prévalences biologiques du VIH et du VHC reposant sur des prélèvements salivaires : ces données ont été recueillies auprès d'usagers des CAARUD dans le cadre de l'enquête BioPRELUD⁹⁹ menée par l'OFDT en 2006 dans cinq villes, auprès d'usagers volontaires. Elles ont permis de faire un point sur l'état des pratiques et des consommations en matière de substances psychoactives dans une population à forte prévalence d'usage de drogues.
- Des estimations nationales d'incidence des cas de sida, d'infection par le VIH et de cas d'hépatites B aiguës ont également été réalisées. La notification des cas de sida et des décès au stade sida, qui existe depuis le début des années 1980, est obligatoire depuis 1986. Un nouveau dispositif de déclaration anonymisée a été mis en place en 2003 par une circulaire de la Direction générale de la santé¹⁰⁰ (DGS), rendant également

⁹⁸ Outre l'usage de drogues par injection, les comportements sexuels à risque des usagers de drogues par injection augmentent le risque d'infections sexuellement transmissibles.

⁹⁹ L'enquête BioPRELUD constitue le volet biologique d'une enquête plus large, PRELUD, menée auprès des usagers des CAARUD de 9 villes en 2006 (dont 5 concernées par BioPRELUD). Les données de prévalence du VIH et du VHC recueillies dans le cadre de PRELUD sont déclaratives.

¹⁰⁰ Circulaire DGS/SD5C/SD6A n°2003-60 du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2003-12 du 17 au 23 Mars 2003. (NOR SANP0330122C)

obligatoire la déclaration d'infection par le VIH. Ce système est couplé avec une surveillance virologique du VIH (cf. Annexe V-Système de surveillance VIH/sida). Les notifications de cas d'hépatites B aiguës sont obligatoires depuis 2004 (cf. Annexe V-Système de surveillance hépatites B aiguës).

Infections sexuellement transmissibles et tuberculose

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant, parmi les usagers de drogues, la prévalence déclarée ou biologique de la tuberculose, ni celle des infections sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH.

Autres maladies infectieuses

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant, parmi les usagers de drogues, la prévalence déclarée ou biologique d'autres maladies infectieuses.

Données comportementales

Des éléments d'information quantitatifs (ENa-CAARUD et étude Coquelicot) et qualitatifs (dispositif TREND - cf. Annexe V-TREND - et versant qualitatif de Coquelicot 2004) sur la perception de l'état de santé des usagers de drogues et leurs comportements à risques sont disponibles (Cadet-Tairou *et al.* 2013c; Jauffret-Roustide *et al.* 2006; Saïd *et al.* in press).

Comorbidités psychiatriques

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant la prévalence des pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues.

Comorbidités somatiques

Il n'existe pas en France de système d'information spécifique renseignant la prévalence des comorbidités somatiques chez les usagers de drogues.

Mortalité liée à l'usage de drogues

Il existe actuellement en France deux sources qui recensent les décès par surdose :

- La statistique nationale des causes de décès (CépiDc-INSERM – cf. Annexe V-Registre national des causes de décès). Depuis 1968, ce registre recense à partir des certificats de décès l'ensemble des décès intervenus au cours de l'année. Les décès par surdose sont ceux pour lesquels les certificats font mention des codes de la classification internationale des maladies (CIM10) figurant dans la liste de codes (sélection B¹⁰¹) fixée par l'EMCDDA. Sans entrer ici dans le détail, il s'agit d'un ensemble de codes dans lesquels la consommation d'une substance illicite ou de médicaments particuliers intervient. Certains décès par surdose sont cependant codés sous la rubrique des décès de causes mal définies et ne peuvent donc pas être recensés. Par ailleurs, les substances en cause dans les décès sont très mal renseignées, la mention la plus

¹⁰¹ Définition des surdoses mortelles commune à tous les pays d'Europe : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/drd-overview> [Dernier accès le 23/07/2014]

fréquente étant celle de polytoxicomanie sans autre précision. Actuellement, la mise à disposition de ces données n'intervient qu'au bout d'un délai de deux ans.

- Le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances – cf. Annexe V-DRAMES). Ce système d'information recense les décès ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire et d'une demande d'analyse toxicologique et/ou d'autopsie. Ces cas sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires répartis sur l'ensemble du territoire français. Quarante et un experts réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à l'édition 2012 de l'enquête. Les analyses sont menées sur requête du parquet. La définition des cas de surdose utilisée est très proche de celle retenue par l'EMCDDA (substances illicites et traitement de substitution aux opiacés). Contrairement à la source précédente, DRAMES n'est pas exhaustif. Tout d'abord, ce dispositif ne couvre pas l'ensemble des laboratoires d'analyse toxicologique et, en deuxième lieu, ne recense que les décès pour lesquels les autorités judiciaires ont demandé une analyse toxicologique, ce qui n'est pas systématique. Les données DRAMES sont donc surtout utiles pour connaître la répartition suivant les produits en cause lors des décès par surdose.

Le nombre de décès au stade sida liés à l'usage de drogues par voie injectable peut être estimé à partir des données du système de surveillance national du VIH/sida coordonné par l'Institut de veille sanitaire.

6.2. Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

6.2.1. VIH/sida et hépatites virales B et C

Dispositif de surveillance de l'infection à VIH, nouveaux cas de sida

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH¹⁰² est estimé à 67 953 au 31 décembre 2012¹⁰³, dont 6 372 en 2012 (IC 95 % : [5 974-6 770]). Le nombre annuel de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2008, s'est stabilisé autour de 6 000.

En 2012, la contamination par usage de drogues par voie injectable ne représente plus que 1,2 % de ces découvertes de séropositivité (77 sur 6 372). Le mode de contamination le plus fréquent est le rapport hétérosexuel (56 % des cas) suivi par les rapports sexuels entre hommes (42 %) (Cazein *et al.* 2014). Les recommandations (généralisation du dépistage et de sa répétition dans les populations exposées) du plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports 2010) ont été suivies d'une augmentation modérée de l'activité de dépistage, qui s'est ralentie l'année suivante. En 2008, l'incidence du VIH parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) a été estimée à 86 pour 100 000 personnes-années (Le Vu *et al.* 2010).

Quant au nombre de nouveaux cas de sida chez les UDVI, il est en baisse continue depuis le milieu des années 1990 : s'ils représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade

¹⁰² Les personnes ayant découvert leur séropositivité avant 2003 et celles ignorant leur statut sérologique n'apparaissent pas dans ces chiffres. Cependant, la date de la contamination peut être très antérieure à la date de découverte de la séropositivité.

¹⁰³ Données corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

sida à cette époque, ils n'en représentent plus que 5,9 % en 2012 (tableau 6.1) (Cazein *et al.* 2014).

Tableau 6.1 : Nombre de nouveaux cas de sida au total et chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) et part des UDVI dans l'ensemble par année de diagnostic, entre 2001 et 2012

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UDVI	405	333	286	285	221	189	174	160	109	117	118	88
Total nouveaux cas de sida	2 343	2 361	2 186	2 092	2 053	1 830	1 752	1 757	1 598	1 622	1 546	1 507
Part UDVI (%)	17,3	14,1	13,1	13,6	10,8	10,3	9,9	9,1	6,8	7,2	7,7	5,9

Source : Système de notification obligatoire du VIH/sida (InVS)

Note : Données au 31/12/2012 corrigées des délais de déclaration et de la sous-déclaration

Dispositif de surveillance de l'hépatite B

Le nombre de cas d'hépatites B aiguës déclarés entre 2003 et 2012 s'élève à 1 311, parmi lesquels ont été retrouvés 39 cas (5 % des 881 pour lesquels l'exposition à risque est documentée) en lien avec un usage de drogues. Le nombre annuel de nouveaux cas déclarés a diminué de moitié depuis 2006, passant de 185 à 92 en 2012. Cette diminution pourrait ne pas correspondre à la réalité, compte tenu du faible taux d'exhaustivité de la déclaration, estimé en 2005 à 25 % et entre 9 % et 15 % en 2010 (InVS 2014c).

Enquêtes de prévalence du VIH, VHC et VHB parmi les usagers de drogues

Les dernières données de prévalence reposant sur des prélèvements biologiques datent de 2011 (données Coquelicot). Elles ne sont pas strictement comparables à celles établies en 2004 car l'exercice 2011 a introduit la notion d'agglomération à la place de celle de villes et inclus deux départements. De plus, le recrutement via les médecins généralistes a été abandonné.

Données reposant sur des prélèvements biologiques

En 2011, la prévalence sanguine de l'infection à VIH chez les UD ayant sniffé ou s'étant injectés au moins une fois au cours de la vie est égale à 10 %. Elle est plus importante chez les générations les plus anciennes : seuls 0,6 % (IC 95 % : [0,09-4,3]) des UD de moins de 30 ans sont infectés.

Chez ces usagers sniffeurs et/ou injecteurs, la prévalence sanguine de l'infection à VHC s'élève à 44 %. Chez les moins de 30 ans, la séroprévalence du VHC est de 9 % (IC 95 % : [5-15]) (Jauffret-Roustide *et al.* 2013).

Marseille se distingue par des séroprévalences du VIH et du VHC élevées, tandis que celles observées à Lille et Bordeaux sont les plus basses (tableau 6.2). Ceci s'explique par une population d'usagers de drogues plus âgée et une « tradition » de l'injection plus importante à Marseille.

Bien que les éditions 2004 et 2011 de Coquelicot ne soient pas strictement comparables, la tendance semble être à la stabilité pour la séroprévalence du VIH et au fléchissement pour celle du VHC (de 60 % à 44 % entre les 2 éditions).

Tableau 6.2 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues ayant injecté ou sniffé au moins une fois au cours de la vie dans l'étude Coquelicot selon les agglomérations ou les départements, en 2011

	VIH		VHC	
	N=1 418		N=1 418	
	% positif	IC 95 %	% positif	IC 95 %
Bordeaux	4	1-14	24	13-40
Lille	0		28	20-37
Marseille	17	11-25	56	48-63
Paris	10	7-14	44	39-50
Seine-Saint-Denis	18	9-32	52	40-63
Seine-et-Marne	2	0,2-10	32	16-53
Strasbourg	3	0,8-14	47	35-60
Ensemble des sites	10	7-12	44	39-48

Source : Coquelicot 2011 (InVS)

Les données 2011 relatives aux seuls UDVI ne sont pas encore disponibles ; en 2004, parmi cette population, la prévalence sanguine de l'infection à VHC s'élevait à 73,8 % et celle de l'infection à VIH à 11,3 %. Une part importante des usagers (27 %) pensaient à tort être séronégatifs pour le VHC (Jauffret-Roustide *et al.* 2009).

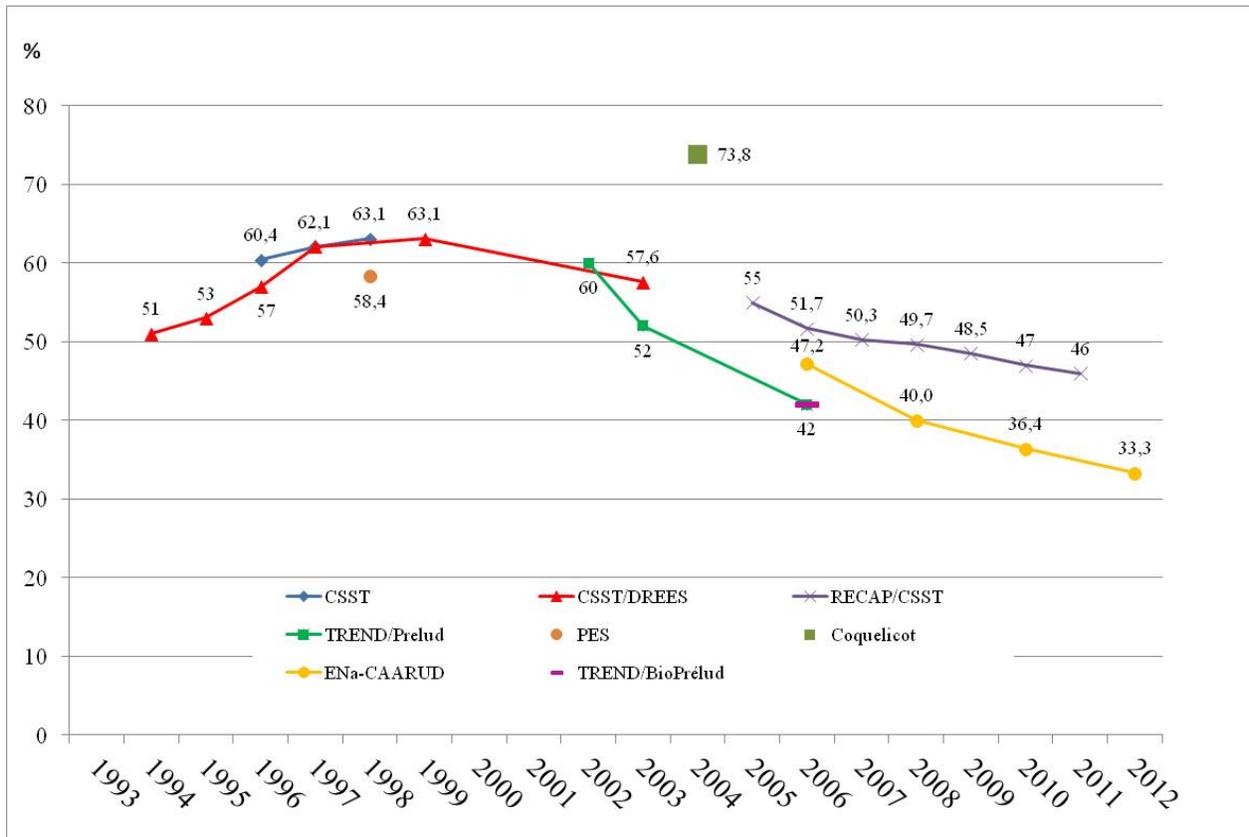
Données déclaratives

L'enquête ENa-CAARUD, menée pour la quatrième fois en 2012, a permis d'interroger 2 905 usagers vus au cours d'une semaine donnée dans 139 CAARUD. En 2012, la majorité des UD déclare avoir effectué un des tests de dépistage au moins une fois (91,1 % pour celui du VIH et 86,7 % pour le VHC).

Pour le VIH comme pour le VHC, on observe depuis le début des années 2000 un fléchissement de la prévalence déclarée de ces infections chez les usagers de drogues injecteurs (figure 6.1). Cette évolution peut s'expliquer par différents facteurs : l'impact des mesures de santé publique (notamment de RDR) prises en France ; l'accessibilité plus grande des traitements ; le plus grand accès au dépistage ; et l'évolution des pratiques des usagers de drogues, notamment le recul de l'injection (Brisacier *et al.* 2013; Cadet-Tairou 2012; Saïd *et al.* in press).

Néanmoins, si la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs se situe très certainement en 2012 autour de 10 %, celle du VHC atteint des niveaux encore très élevés.

Figure 6.1 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France, entre 1993 et 2012



Sources :

CSST hébergement : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée
 DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée
 RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée
 TREND/PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée
 ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée
 PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée
 Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques
 TREND/BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques
 Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

6.2.2. Infections sexuellement transmissibles et tuberculose

/

6.2.3. Autres maladies infectieuses

Différentes manifestations, en particulier infectieuses, peuvent s'observer en cas d'injection de BHD ou d'autres substances. Le tableau 6.3 présente certaines de ces conséquences parmi les usagers des CAARUD vus en 2006.

Tableau 6.3 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n=239)	Autre(s) produit(s) (n=232)	Ensemble (n=471)
Difficultés à l'injection	68 % *	56 %	62 %
Abcès cutanés	36 % *	22 %	29 %
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 % *	29 %	38 %
Gonflements des mains ou des avant bras	43 % *	30 %	37 %
Gonflements des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %
« Poussières » ¹⁰⁴	31 %	24 %	27 %

Source : PRELUD 2006 (OFDT)

* différence significative avec un risque d'erreur < 1 % entre les pourcentages parmi les injecteurs de BHD et les injecteurs d'autres produits

6.2.4. Données comportementales

Si la plupart des UD ont intégré la notion de non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Parmi les injecteurs récents vus dans les CAARUD en 2012, 8,3 % disent ainsi avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, mais un sur cinq (21,6 %) a partagé au moins un élément du petit matériel (tableau 6.4). Par ailleurs, 7,6 % des usagers des CAARUD ayant été incarcérés dans l'année ont déclaré s'être injectés, 38,4 % avoir sniffé et 1,4 % avoir partagé une « seringue »¹⁰⁵ durant leur incarcération (Saïd *et al.* in press).

Tableau 6.4 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2012

	Hommes	Femmes	Ensemble
	N = 1 061	N = 248	N = 1 309
Seringues	7,5 %	11,6 %	8,3 %
Eau de préparation	13,9 %	22,0 %	15,4 %
Eau de rinçage	6,3 %	11,3 %	7,2 %
Cuillères, récipients	13,4 %	22,1 %	15,0 %
Cotons/Filtres	10,3 %	18,9 %	11,9 %
Petit matériel (tout sauf seringues)	19,7 %	29,8 %	21,6 %
Au moins un matériel (y compris seringue)	20,7 %	30,8 %	22,6 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

L'enquête Coquelicot 2011 montre que les jeunes UD ont des pratiques d'injection plus fréquentes que les plus âgés, sans toujours bien connaître les techniques de RDR. Parmi les moins de 30 ans, 53 % des UD ont injecté dans le dernier mois contre 33 % chez ceux âgés de plus de 30 ans (Jauffret-Roustide *et al.* 2013).

¹⁰⁴ Une « poussière » est un terme employé par les usagers de drogues pour désigner une poussée fébrile avec malaise, maux de tête et frissons faisant suite à une injection. Son intensité est variable. Il s'agit en général d'une contamination bactérienne sanguine ou septicémie.

¹⁰⁵ Étant donné qu'il n'existe pas de programme d'échange de seringues en prison, d'autres objets peuvent être utilisés (comme les stylos) pour l'injection.

6.3. Autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

En 2012, 34,8 % des usagers des CAARUD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (Saïd *et al.* in press).

6.3.1. Surdoses non mortelles et cas d'urgences liés à l'usage de drogues

Les seules données disponibles actuellement de manière régulière sont les données de l'enquête ENa-CAARUD auprès des usagers fréquentant les CAARUD.

En 2012, 6,5 % d'entre eux déclarent avoir connu une surdose non mortelle (perte de connaissance après l'absorption d'un ou plusieurs produits) au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'alcool est le produit le plus souvent mis en cause (19,7 % des cas), devant les benzodiazépines (15,0 %), la cocaïne (13,9 %) et l'héroïne (13,3 %).

6.3.2. Comorbidités psychiatriques

En 2012, 7,0 % des usagers déclarent une hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychiatriques hors sevrage. Ainsi, près d'une hospitalisation sur cinq survenue au cours des 12 derniers mois est liée à ce motif, celles pour sevrage représentant à peu près la même part¹⁰⁶ (Saïd *et al.* in press).

6.4. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues

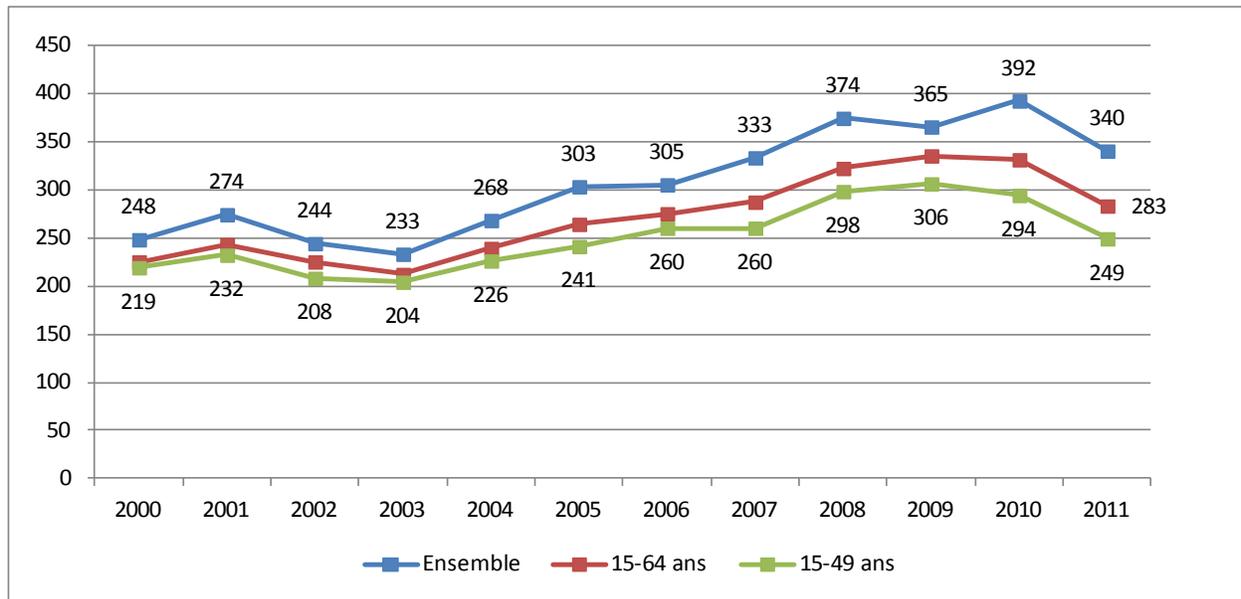
6.4.1. Décès induits par l'usage de drogues (surdoses/empoisonnement)

Les données issues du registre de mortalité font apparaître une baisse du nombre de décès par surdose en 2011 après une période de hausse de 2003 à 2010. Si on se restreint à la tranche d'âge des 15-49 ans parmi laquelle se rencontre la grande majorité des usagers de drogues, le nombre de décès par surdose diminue nettement avec 249 décès en 2011, après une augmentation de 2000 à 2008 et une stabilisation autour de 300 entre 2008 et 2010 (figure 6.2). Cette baisse est cependant à interpréter avec prudence car des changements dans les règles de codage sont intervenus en 2011¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Sur 34,8 %, soit 854 usagers, qui déclarent avoir été hospitalisés dans l'année.

¹⁰⁷ Les codes F10 à F19 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : F11 pour opiacés, F12 pour cannabis, F14 pour cocaïne, F 15 pour autres stimulants, F16 pour hallucinogènes, F19 pour drogues multiples ou autres substances psychoactives) ne peuvent plus être utilisés en cause initiale et sont remplacés par X41, X42, X61, etc. selon le produit et le contexte. En conséquence, les décès par surdose de méthadone ou de BHD, codés F11.0, sont dorénavant codés X42.

Figure 6.2 : Décès par surdose en France selon le registre de mortalité entre 2000 et 2011



Note : Les décès par surdose répertoriés ici correspondent à la sélection B de l'EMCDDA (qui regroupe les décès ayant pour cause initiale les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés, de cannabis, de cocaïne, de stimulants, d'hallucinogènes et à l'utilisation de drogues multiples, les intoxications accidentelles par narcotiques et psychodysléptiques, les auto-intoxications par ces mêmes substances et celles dont l'intention n'est pas déterminée).

La France ne prend pas en compte les décès suivants appartenant pourtant à la sélection B : les décès - en combinaison avec les codes T40 et T43.6 (intoxication par narcotiques, psychodysléptiques et psychostimulants) - par intoxication accidentelle par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens, psychotropes (X41), les auto-intoxications par ces mêmes substances (X61) et celles dont l'intention n'est pas déterminée (Y11). Cette absence de prise en compte est liée au fait que les codes T sont peu utilisés en France.

Source : CépiDc (INSERM)

Le dispositif DRAMES renseigne sur les substances impliquées dans les décès par surdose. En 2012, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) sont impliqués dans 60 % des décès, l'héroïne dans 15 % des cas, les autres médicaments opiacés hors MSO dans 12 % des cas et la cocaïne dans 12 % (ANSM 2014). La part des MSO est passée de 53 % à 60 % entre 2010 et 2012, tandis que celle de l'héroïne a diminué, de 33 % à 15 %. La part des autres substances illicites augmente durant cette période, en lien avec davantage de décès liés aux amphétamines (5 %) et au cannabis (5 %). Les décès par infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral liés au cannabis ne sont pris en compte que depuis peu et de façon inégale selon les laboratoires, pouvant induire un biais. Ainsi, l'augmentation de la part des décès impliquant le cannabis est sans doute liée à cette situation (tableau 6.5). Dans 25 % des décès par surdose, plusieurs substances sont impliquées.

Les données qualitatives du dispositif TREND permettent d'avancer des pistes d'explication relatives au poids croissant des MSO dans ces décès. En premier lieu, le marché noir de la méthadone s'étend progressivement, parallèlement à l'accroissement de son accessibilité en tant que traitement. Cependant, il est loin d'avoir l'ampleur de celui de la BHD et alimente davantage des usagers d'opiacés qui démarrent une substitution par eux-mêmes que des personnes qui utilisent la méthadone comme une drogue (Cadet-Tairou *et al.* 2013b; Cadet-Tairou *et al.* 2013c; Gandilhon *et al.* 2010).

Tableau 6.5 : Répartition des décès par surdose selon la ou les substances impliquées*, seules ou en association, entre 2010 et 2012**

	2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%
Méthadone	88	36	121	43	140	45
BHD	44	18	40	14	47	15
Autres médicaments opiacés hors MSO	23	9	39	14	36	12
Héroïne	82	33	54	19	47	15
Cocaïne	25	10	30	11	36	12
Autres substances illicites	8	3	16	6	31	10
Autres (ex : poppers, médicaments, etc.)	6	2	8	3	4	1
TOTAL	247		280		310	
Nombre d'experts toxicologues participants	31		36		41	

Source : DRAMES (ANSM)

* Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.

** : Plusieurs substances peuvent être impliquées dans un décès lorsqu'aucune substance prédominante n'a pu être mise en évidence.

Note : parmi les 31 décès par surdose survenus en 2012 dans la catégorie « autres substances illicites », 15 décès sont directement provoqués par le cannabis, 15 par les amphétamines et 1 par le GHB.

6.4.2. Mortalité et causes de décès parmi les usagers de drogues (enquête de cohorte mortalité)

Entre septembre 2009 et décembre 2011, l'enquête de cohorte mortalité a inclus 1 134 individus pris en charge dans des CSAPA essentiellement et quelques CAARUD. En juillet 2013, le statut vital a été retrouvé pour 970 d'entre eux (soit 86 % des sujets inclus). Il s'agit à 77 % d'hommes et l'âge moyen au moment de l'inclusion est de 35,3 ans. Dans cette cohorte, 37 décès ont été recensés (26 hommes et 11 femmes). L'âge moyen de décès est de 42,6 ans. Les causes sont actuellement disponibles pour les 17 décès survenus en 2010 et 2011¹⁰⁸. Elles se répartissent de la manière suivante : 2 intoxications médicamenteuses, 2 morts subites, 2 hémorragies digestives, 2 cancers broncho-pulmonaires, un cancer hépatique, un coma éthylique, un décès par surdose (sans mention de la substance impliquée), un accident de la voie publique, un crise d'asthme et 4 décès de cause inconnue.

Pour les hommes, le ratio standardisé de mortalité (RSM) est similaire à celui observé dans la cohorte mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack entre 1992 et 2001 (RSM de 5,2 - IC 95 % : [4,9-5,5]). Pour les femmes, le RSM est nettement plus élevé que celui observé dans la cohorte des années 1990 (RSM de 9,5 - IC 95 % : [8,0-11,3]) (tableau 6.6) (Lopez *et al.* 2004). Mais compte tenu de la largeur des intervalles de confiance et de leur chevauchement, on ne peut conclure pour ces dernières à une différence statistiquement significative.

¹⁰⁸ En raison du délai de transmission des données de mortalité, les causes des décès survenus en 2012 et 2013 ne seront connues respectivement qu'en juillet 2014 et 2015.

Tableau 6.6 : Taux brut de mortalité annuel et RSM dans l'enquête de cohorte mortalité 2009-2013, selon le sexe

	N	Nombre de personnes années (PA)	Taux brut de mortalité annuel pour 1 000 PA	RSM	IC à 95 %
Femmes	220	659	16,7	20,8*	10,4-37,3
Hommes	750	2 290	11,3	5,2*	3,4-7,7
Total	970	2 949	12,6	6,7*	4,7-9,3

Source : Cohorte mortalité (OFDT)

Lecture : les femmes prises en charge en CSAPA ou en CAARUD ont un risque 20,8 fois plus élevé de décéder que les femmes de la population française du même âge, ce risque est statistiquement significatif (* : $p < 0,001$).

Année de référence pour les taux bruts de mortalité de la population générale française métropolitaine (15 à 75 ans uniquement) : 2010.

6.4.3. Causes spécifiques de décès indirectement liées à l'usage de drogues

Avec 60 décès de personnes atteintes du sida en 2012 parmi les UDVI, la baisse initiée au milieu des années 1990, grâce à l'introduction des traitements par trithérapie en 1996, se poursuit lentement, parallèlement à une nette diminution de la prévalence du VIH. Depuis le début de l'épidémie et encore en 2012, le quart des décès au stade sida concerne des UDVI (InVS 2014b).

Il n'existe pas à ce jour en France de source d'information permettant de renseigner les autres causes de décès indirectement liés à l'usage de drogues (décès par accidents, suicides, hépatite C...).

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

7.1. Introduction

Le dispositif de réponse aux problèmes de santé des usagers de drogues (UD) au cours des deux dernières décennies s'est largement concentré et structuré autour des maladies infectieuses transmissibles par injection (VIH et hépatites) (Bello *et al.* 2010). C'est pourquoi, les actions les plus anciennes et les mieux structurées concernent avant tout la lutte contre ces pathologies. On décrit trois niveaux de prévention¹⁰⁹ : la prévention primaire avec l'ensemble des mesures prises afin d'empêcher que l'usage n'entraîne des complications, la prévention secondaire avec l'incitation au dépistage et à la prise en charge précoce et enfin la prévention tertiaire visant à améliorer l'accessibilité des traitements et leur suivi par les usagers. Les autres pathologies liées à l'usage de drogues, comorbidités psychiatriques et somatiques ou survenue d'incidents aigus, n'ont pas bénéficié jusqu'ici de protocoles ou de recommandations de prise en charge spécifiques.

À l'exception des traitements de substitution et jusque récemment, l'évolution de l'offre de soins et de réduction des risques (RDR) n'a pas été suivie très précisément en France, en raison de difficultés d'accès aux données. Il existe cependant des indicateurs permettant de surveiller la couverture géographique des services spécialisés pour les usagers de drogues. Deux enquêtes menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur un échantillon de pharmaciens et de médecins permettent de mesurer la densité de ces professionnels contribuant à la RDR ou aux soins : le Baromètre santé pharmaciens et le Baromètre santé médecins généralistes (cf. Annexe V-Baromètre santé médecins).

Prévention de la survenue des situations d'urgences médicales et des décès liés à l'usage de drogues

Jusqu'aux années 2008-2009, il n'existait pas en France de politique nationale ou d'interventions spécifiques visant la réduction des pathologies aiguës sérieuses et des décès liés à l'usage de drogues. L'accès aux traitements de substitution ainsi que le dispositif de réduction des risques (accès au matériel stérile d'injection dans les pharmacies, programmes d'échange de seringues (PES), lieux d'accueil, de prévention et d'accès aux soins et aux droits sociaux, dans les structures dite « de bas seuil »...) apparaissent alors comme des moyens indirects de prévenir la mortalité liée à l'usage d'opiacés. La diffusion, en lieu et place de l'héroïne, de l'usage de la BHD (qui provoque relativement peu de surdoses) est en effet considérée comme une des causes de la diminution du nombre de surdoses entre 1994 et 2003 en France.

À partir de 2008-2009, un dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs initié dès 2006 devient opérationnel et connaît une montée en charge de son activité.

Il inclut au plan national la DGS (bureau des pratiques addictives et cellule de gestion des alertes), l'InVS, l'ANSM, l'OFDT, la MILDECA (ex-MILDT) ainsi que les réseaux locaux de

¹⁰⁹ La conceptualisation du champ de la prévention évolue avec la diffusion des notions de prévention universelle, prévention sélective ou prévention indiquée (cf. chapitre 3). Cependant, la classification utilisée ici s'avère toujours pertinente pour situer les actions par rapport aux différents stades du processus pathologique.

chacune de ces institutions (hôpitaux, médecins, centres de soins spécialisés, cellule de veille régionale, structures de bas seuil, pharmaciens...) et leurs réseaux internationaux (Early Warning System, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies infectieuses).

Son objectif est de repérer, analyser et répondre rapidement à :

- des signaux liés à des cas : décès, symptômes, syndromes ou pathologies inhabituels, éventuellement regroupés dans le temps et l'espace, ayant un lien évident ou suspecté avec l'administration ponctuelle ou répétée d'un produit ou d'une association de produits psychoactifs ;
- des signaux liés à des produits : produits psychoactifs ou association de produits psychoactifs en circulation, saisis ou déjà consommés, présentant un caractère atypique ou dangereux susceptible d'entraîner un risque vital ou des conséquences sanitaires graves (présence d'additifs particuliers, degré de pureté, nouveauté du produit ou de l'usage...).

Après analyse du signal, la réponse peut aller de la simple veille à l'alerte sanitaire sur la toxicité des produits circulant ou au rappel du danger lié à certaines pratiques à risque (Lahaie *et al.* 2009).

Monitoring

Les outils de suivi de ces actions, outre les indicateurs de résultats non spécifiques exposés dans le chapitre 6 (nombre de surdoses, part des usagers des CAARUD déclarant avoir connu une surdose non mortelle au cours de l'année précédente, etc.), n'ont pas été définis. Actuellement, l'activité de la cellule d'alerte peut être restituée, mais imparfaitement, par le nombre de dossiers annuels traités ou par le nombre d'alertes lancées vers le public ou les professionnels.

Prévention des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues a d'abord visé le VIH seulement, jusqu'à l'élaboration du premier plan national de lutte contre l'hépatite C pour les années 1999-2002. Les mesures de prévention y concernent essentiellement les usagers de drogues, qui constituent la grande majorité des nouveaux cas en France. Ce plan contient déjà des mesures visant la prévention, le dépistage, l'accès au traitement et l'amélioration des prises en charge. Avec la chute de la prévalence de l'infection à VIH chez les UD, la lutte contre les hépatites virales devient une préoccupation centrale. Le plan 2002-2005, intitulé Programme national hépatites B et C, intègre en plus la lutte contre l'hépatite B. Le dernier plan (2009-2012) (DGS 2009) s'inscrit dans les mêmes axes, mais identifie plus largement les groupes à risques, de manière à mieux les atteindre. La prévention vise ainsi également les populations les plus précaires, notamment les migrants. Ce plan prévoit en outre de travailler sur la prévention de la première injection. Et il intègre les contaminations possibles en raison d'usages de drogues par voie nasale ou fumée, alors que, jusqu'ici, le dispositif préventif français s'en était peu préoccupé. Le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 a été évalué par le Haut conseil de la santé publique en 2013 (HCSP 2013). Ce dernier ne recommande pas la programmation d'un nouveau plan national, faute d'une structuration claire de la stratégie et d'une articulation cohérente des mesures mais aussi de moyens financiers clairement identifiés et attribuables au plan. En revanche, il recommande l'inscription de la thématique hépatique comme prioritaire dans la stratégie nationale de santé.

En 2014, un rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C a été élaboré sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) à la demande du ministère des Affaires sociales et de la Santé (Dhumeaux *et al.* 2014). Ce rapport propose de relancer la prévention des hépatites B et C, d'articuler les étapes de la prise en charge des patients selon un parcours de soins organisé et de soutenir les valeurs d'équité dans le dépistage et l'accès aux soins.

Les mesures de prévention se déclinent en France en trois axes :

1) La politique de réduction des risques

La prévention des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues constitue la partie essentielle de la politique de réduction des risques en France. Elle s'appuie sur :

- la distribution et la récupération de matériel d'injection stérile à usage unique. Des seringues et des kits d'injection sont vendus librement en pharmacie (sans ordonnance depuis 1987). Des kits d'injection sont également distribués ou échangés par les structures de réduction des risques (CAARUD), par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou par des automates. Depuis quelques années, le matériel de prévention s'ouvre progressivement aux voies d'administration autres que l'injection, avec l'apparition du kit-sniff et du kit-base (destiné à fumer le crack), la distribution de feuilles spéciales destinées à « chasser le dragon¹¹⁰ ». Enfin, la distribution des préservatifs (et l'incitation à leur usage) vise à diminuer l'incidence de la contamination par le VIH ;
- la diffusion de l'information sur les risques associés à l'usage de drogues et la promotion de l'éducation à la santé ;
- la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) à partir de 1995 qui visent en premier lieu à diminuer l'injection (éviter la primo-injection et/ou inciter à l'abandon de la voie intraveineuse) en diminuant la consommation d'héroïne, mais aussi à favoriser l'accès aux soins en fournissant un objectif commun aux médecins et aux usagers de drogues. Ils permettent d'établir une relation thérapeutique ;
- l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) a été inscrite dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013b). Un projet de décret devant permettre ce type d'expérimentation a été soumis en octobre 2013 au Conseil d'État qui a recommandé au gouvernement d'inscrire dans la loi l'expérimentation de ce dispositif pour plus de garantie juridique (cf. chapitre 1).

La mise en œuvre de la politique de RDR repose essentiellement sur les pharmacies de ville (vente de matériel et participation aux PES), sur le dispositif médico-social spécialisé constitué par les CAARUD et les CSAPA, et sur le dispositif associatif non médico-social. Ce dernier est

¹¹⁰ La chasse au dragon consiste à inhaler les vapeurs produites par le chauffage à l'aide d'un briquet de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires extrêmement perméables aux gaz et non au niveau de la muqueuse nasale comme le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

impliqué essentiellement en milieu festif et dans les dispositifs municipaux gérant des automates de distribution de seringues. Les points d'accès aux traitements participent également à la réduction des risques, soit directement (délivrance d'information, distribution de matériel...), soit indirectement (traitements de substitution). Les médecins généralistes et les pharmaciens contribuent aussi à la politique de RDR en prescrivant et en délivrant la BHD.

2) L'incitation au dépistage des infections au VIH, au VHC, au VHB et la facilité d'accès à ce dépistage

Le dispositif de dépistage s'appuie notamment sur les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 1). En 2006, il existait en France 307 CDAG, auxquels s'ajoutaient 73 antennes de CDAG en prison. Les usagers peuvent s'y rendre, éventuellement envoyés ou accompagnés par des intervenants des CAARUD. Il existe aussi des initiatives locales du dispositif de RDR ou de soins pour organiser les prélèvements nécessaires au dépistage directement dans leurs structures. Un dépistage gratuit est également réalisé par les CSAPA. Enfin, l'accès au dépistage est toujours possible par le dispositif de soins traditionnel. Cependant, contrairement au dépistage des infections par le VIH et par le VHC, pris en charge à 100 %, la recherche de marqueurs d'une infection chronique par le VHB ne l'est actuellement qu'à 65 %.

Le rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (Dhumeaux *et al.* 2014) recommande de poursuivre le dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque actuellement en vigueur et de l'élargir aux hommes âgés de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale. Il préconise de rembourser intégralement le test pour le dépistage du VHB (associant AgHBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc) et de faire que les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) développés pour les infections virales B et C favorisent le dépistage des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques.

3) L'incitation à la vaccination contre le VHB

Le vaccin contre l'hépatite B est disponible gratuitement par le biais des CDAG et des CSAPA. Il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie dans le dispositif de soins général.

Le rapport de recommandations 2014 (Dhumeaux *et al.* 2014) préconise que la vaccination contre l'hépatite B soit prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, de poursuivre les efforts de vaccination des nourrissons et d'assurer celle des adolescents, ainsi que de renforcer l'accès à la vaccination des personnes à risque d'hépatite B.

Monitoring

Les données permettant le suivi des quantités de matériels d'injection délivrées aux UD ont été collectées en 2008 par l'OFDT. L'Observatoire réalise cette collecte à partir :

- des ventes de seringues de la société *Becton Dickinson* aux pharmacies ;

- des ventes de Stéribox^{®111} aux pharmacies (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution, cf. Annexe V-SIAMOIS) ;
- du système d'information basé sur les rapports standardisés annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, cf. Annexe V-ASA-CAARUD) ;
- des évaluations produites par diverses associations distribuant des seringues.

Le système d'information constitué par les rapports d'activité des CAARUD permet également le suivi de l'activité visant la prévention des pathologies infectieuses (nombre de préservatifs distribués, nombre d'actes annuel moyen par usager des CAARUD concernant l'accès au dépistage des pathologies virales et à la vaccination contre l'hépatite B).

Le suivi de la politique d'accès au dépistage est fondé principalement sur l'enquête ENA-CAARUD (cf. Annexe V-ENA-CAARUD), réalisée tous les 2 ans parmi les usagers fréquentant les CAARUD. La part des usagers ayant déjà réalisé des dépistages pour le VIH ou le VHC est maintenant très majoritaire (au-delà de 85 %). Le point important se situe dans la répétition de ces dépistages. L'OFDT mesure donc aussi la part des usagers dont le dernier résultat négatif date de moins de six mois.

Certains indicateurs ne sont pas disponibles avec une régularité suffisante, par exemple la part des usagers de drogues séropositifs pour le VHC (ou le VIH) ignorant cette séropositivité. L'enquête Coquelicot (cf. Annexe V-Coquelicot) avait révélé qu'en 2004 une part importante (27 %) des UD positifs au VHC ignorait cette séropositivité (Jauffret-Roustide *et al.* 2006). De même, la mesure de la connaissance par les usagers de drogues de leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B (vacciné, contaminé, guéri ou non) a été réalisée en 2006 dans l'étude PRELUD (cf. Annexe V-PRELUD) sans être réitérée ensuite (Cadet-Tairou *et al.* 2008).

Traitement des pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues

Enfin, faciliter l'accès au traitement des personnes infectées constitue le point principal du versant « traitement », mais également une mesure de santé publique pour les usagers non encore infectés.

Des mesures ministérielles émises en décembre 2005 ont créé « le parcours coordonné de soins pour l'hépatite C » organisé autour de pôles de référence hospitaliers. Il s'agit d'améliorer le lien entre le médecin de ville et la médecine spécialisée, mais aussi la qualité de la prise en charge et de la vie des malades. Un guide « médecin » pour l'hépatite C a été produit par la Haute autorité de santé (HAS) en 2006 (HAS 2006).

Le rapport de recommandations 2014 (Dhumeaux *et al.* 2014) préconise que les usagers de drogues atteints d'hépatite C chronique soient traités en priorité, quel que soit leur score de fibrose. De nouveaux antiviraux anti-VHC sont d'ores et déjà mis à disposition en France dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) permettant de traiter, avant que l'AMM ne soit accordée, les patients en échec de traitement antérieur et atteints d'une maladie sévère.

¹¹¹ Trousse de prévention contenant 2 seringues de 1 ml, 1 flacon d'eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif avec un message de prévention, 2 cupules et 2 filtres stériles.

La prévention des maladies infectieuses est également prévue pour les usagers de drogues en prison. L'accès au dépistage du VIH et des hépatites est un axe fort du plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010) (cf. chapitre 1).

Réponses aux autres conséquences sanitaires liées à l'usage de drogues

Les autres conséquences sanitaires de l'usage de drogues ne donnent pas lieu à des réponses spécifiques en France. Les centres spécialisés pour les UD et les structures de RDR ont pour mission de faciliter l'accès aux soins, dont certains peuvent parfois être trouvés sur place (soins cutanés, soins dentaires...). Il est possible de mesurer l'activité développée par les CAARUD dans ce sens. Par ailleurs, les usagers de drogues utilisent aussi le système de soins général (urgences, hôpitaux, médecins libéraux).

Pour les populations économiquement défavorisées, un accès aux soins est possible grâce à la Couverture maladie universelle (CMU) et les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME) s'ils en font la demande (cf. chapitre 1). Mais certains usagers très précaires ne disposent plus d'un document attestant de leurs droits. Certains mineurs, encore couverts par leurs parents avec lesquels ils n'ont plus de liens, sont également dépourvus d'assurance. Ainsi, une faible part des usagers des CAARUD (5,6 % en 2012) ne bénéficie d'aucune couverture sociale (Saïd *et al.* in press).

Quant aux comorbidités psychiatriques des usagers de drogues, leur prise en charge constitue un problème encore largement non résolu en France. En effet, même si le champ de l'addictologie n'est pas dépourvu de psychiatres et si certains hôpitaux psychiatriques ont développé depuis quelques années une activité de prise en charge des UD, ces initiatives restent rares et quantitativement insuffisantes au regard des besoins. Les médecins assurant le suivi des usagers de drogues éprouvent de grandes difficultés à trouver des lieux de soins adaptés pour les personnes nécessitant des prises en charge résidentielles et souvent particulièrement complexes.

Il n'existe pas d'indicateur national de suivi de la prise en charge des comorbidités psychiatriques.

7.2. Prévention des urgences sanitaires et réduction de la mortalité liée à l'usage de drogues

En 2010, le dispositif d'alertes sanitaires liées à la consommation de produits psychoactifs a amélioré son organisation en favorisant et en suscitant une coordination des acteurs susceptibles de recevoir, de traiter et de répondre à des signaux¹¹² au plan régional : agences régionales de santé (ARS), centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) du réseau de l'ANSM, et sites du réseau TREND/SINTES de l'OFDT le cas échéant. Ce dispositif a pour rôle également de diffuser l'information auprès des cibles potentiellement concernées (CAARUD, CSAPA, réseau de médecins spécialisés dans la toxicomanie, association d'usagers, urgences hospitalières, etc.).

¹¹² Un signal est un fait susceptible d'être lié à un phénomène nécessitant d'être pris en charge. Il doit être évalué et éventuellement investigué.

Ainsi, le dispositif SINTES (cf. Annexe V-SINTES) a mis en ligne le 6 novembre 2013 une note d'information sur la MDMA (composition et aspect) (Dispositif SINTES 2013) et réactualisé le 31 juillet 2014 le « Répertoire des nouveaux produits de synthèse identifiés en France depuis 2000 » (Lahaie *et al.* 2014).

7.3. Prévention et traitement des maladies infectieuses liées à l'usage de drogues

Accessibilité de la RDR : dispositifs, structures et professionnels impliqués

Afin de garantir aux usagers de drogues un accès large à la RDR, les autorités sanitaires ont impulsé une offre de proximité qui repose essentiellement sur les pharmacies, la médecine de ville et les automates. Le dispositif médico-social (CAARUD et CSAPA) complète et développe cette offre de proximité. Les indicateurs suivants sont utiles pour apprécier la couverture effective des dispositifs en place.

Degré d'implication des professionnels du dispositif officinal et lieu d'implantation

Une enquête nationale auprès des pharmacies de ville a été réalisée en 2010 par l'AFSSAPS (maintenant ANSM) : 48 % de celles enquêtées déclarent délivrer aux UD des informations sur la prévention des maladies infectieuses et 40 % disposer de systèmes de récupération des seringues (Lapeyre-Mestre *et al.* 2011). Les pharmacies enquêtées sont 79 % à recevoir chaque mois au moins un patient traité par médicament de substitution aux opiacés, 78 % délivrent des Stéribox[®] mais seulement 16 % des seringues à l'unité et encore moins (1,2 %) des Stérifilt^{®113} ou des Stéricup^{®114}.

Degré d'implication des professionnels en médecine de ville

En 2009, deux tiers des médecins généralistes ont reçu au moins un usager de drogues dépendant aux opiacés au cours de l'année (Gautier 2011). La proportion de ceux qui reçoivent au moins un usager par mois a nettement progressé pour atteindre près de la moitié d'entre eux (contre un tiers en 2003). Ainsi, les médecins voient en moyenne 1,8 usager de drogues dépendant aux opiacés par mois, un chiffre stable par rapport à 2003 (1,6). Par contre, les médecins qui reçoivent au moins un patient dépendant aux opiacés par mois en voient 3,6, valeur significativement plus basse qu'en 2003 (4,6).

Si la part des médecins prescrivant un traitement de substitution n'a pas significativement évolué depuis 2003, la structure des prescriptions s'est en revanche modifiée. Plus du tiers des médecins généralistes prescrivant un TSO (dont le profil est détaillé dans le rapport national 2013 (Cadet-Taïrou *et al.* 2013a)) prescrit maintenant de la méthadone, alors que la part de la BHD diminue (tableau 7.1).

¹¹³ Filtre à membrane permettant d'éliminer les impuretés d'une préparation de drogue destinée à être injectée, limitant ainsi les risques de complications vasculaires et infectieux liés à l'injection (abcès, œdèmes, phlébites etc.). À usage unique et stérile, il vise par ailleurs à éviter la réutilisation ou le partage du matériel.

¹¹⁴ Récipient stérile en aluminium visant à diminuer les risques infectieux liés à la réutilisation et au partage des éléments de préparation à l'injection.

Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009

	1998/1999	2003	2009
Proportion de médecins généralistes recevant au moins un usager de drogues (opiacés) par mois	35 %	34 %	49 %*
Parmi eux :			
Part des médecins généralistes prescrivant un TSO	78,9 %	90,3 %*	87,2 %
BHD (Buprénorphine haut dosage)	71,9 %	84,5 %*	76,9 %*
Méthadone	12,6 %	26,0 %*	37,7 %*
Autre	13,5 %	7,4 %*	14,9 %

Source : Baromètre santé médecins généralistes (INPES)

* : différence significative $p < 0,001$ par rapport à l'édition précédente

Couverture du territoire par le dispositif médico-social de RDR

En 2013, le dispositif médico-social de réduction des risques (CAARUD en complémentarité avec CSAPA) couvre la majeure partie du territoire français : seuls 8 départements (sur une centaine au total) ne disposent pas de CAARUD et l'ensemble des départements dispose de CSAPA.

Activité de RDR des CAARUD

En 2013, 159 CAARUD sont recensés sur le territoire français contre 135 en 2010. Établissements médico-sociaux financés par la Sécurité sociale, ils interviennent dans des lieux variés et selon des modes divers. Leurs principales actions sont l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité, les activités de promotion de l'éducation à la santé (par la distribution de matériel de prévention notamment (Cadet-Taïrou *et al.* 2013a)), l'aide à l'accès aux droits sociaux, le suivi des démarches administratives et judiciaires ou la recherche d'un hébergement d'urgence. L'aide à l'accès aux TSO est aussi une des missions importantes des CAARUD : 79 % d'entre eux déclarent mettre en place ces actions (Cadet-Taïrou *et al.* 2014a).

Le rôle des CSAPA dans la réduction des risques, qui est une de leurs missions depuis quelques années, ne peut être quantifié en l'absence de données.

Étendue effective du parc des automates et état de fonctionnement

Les CAARUD ne sont pas les seules structures à diffuser du matériel d'injection par des automates. D'autres opérateurs, des associations non CAARUD et des communes pour l'essentiel, mettent également des trousse de prévention du type kit Stéribox® ou Kit+¹¹⁵ à disposition des usagers de drogues par ce biais. Ces automates contribuent sensiblement à la bonne accessibilité du matériel d'injection, non pas tant d'un point de vue quantitatif (ils diffusent un peu moins de 10 % du total des seringues vendues ou distribuées en France) que par la nature du service offert (anonymat et accès 24h/24). De plus, cela permet d'atteindre une population probablement différente de celle des autres dispositifs. En 2010, on dénombrait 283 distributeurs automatiques de trousse de prévention, 201 échangeurs (seringue usagée contre jeton) et 70 collecteurs (collecte de seringues usagées sans délivrance de jetons en

¹¹⁵ Les trousse, ou kits de prévention, sont destinées à limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Elles comprennent 2 seringues, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 2 récipients stériles en aluminium (pour remplacer la cuillère), un filtre en coton, un tampon sec (pour tamponner le point d'injection après l'administration), 1 préservatif, une notice d'utilisation ainsi que des messages généraux de prévention.

contrepartie) dans 56 départements. Ces points ont distribué plus de 1,1 million de seringues (dont près de la moitié par les CAARUD) et récupéré près de 500 000 seringues usagées. Le dispositif est néanmoins fragile, puisqu'un quart des distributeurs et près d'un tiers des échangeurs sont en mauvais état (Duplessy 2012).

Disponibilité du matériel d'injection

En rassemblant les différentes sources d'information, on peut estimer que près de 14 millions de seringues ont été vendues ou distribuées en 2008 aux usagers de drogues en France. Rapportée au nombre d'UD utilisant la voie injectable (81 000 utilisateurs injecteurs récents), cette donnée produit un ratio d'environ 170 seringues par an et par usager (Costes *et al.* 2009). Ce chiffre, qui est uniquement un ordre de grandeur, indique une assez grande accessibilité des seringues en France pour les usagers de drogues pratiquant l'injection.

Aucune estimation complète du nombre de seringues vendues ou distribuées n'a pu être réalisée depuis 2008. Certaines données sont néanmoins disponibles pour 2010 ou 2011 (tableau 7.2).

Tableau 7.2 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribuées par les CAARUD et les automates entre 2008 et 2011

	Nombre de seringues vendues ou distribuées (en millions)		
	2008	2010	2011
Pharmacie : seringues à l'unité	4,3	nd	nd
Pharmacie : Stéribox®	5,2	4,7	4,5
CAARUD : seringues à l'unité données en main propre	2,3	2,6	nd
CAARUD : trousses données en main propre	1,0	0,9	nd
CAARUD : programmes d'échange de seringues en pharmacie	nd	0,6	nd
CAARUD automates	0,4	0,5	nd
Automates hors CAARUD	0,6	0,6	0,6
Total (hors seringues à l'unité vendues en pharmacie)	9,5	10	
Total (y compris seringues à l'unité vendues en pharmacie)	13,8		

Sources : *Siamois (InVS), Becton Dickinson, ASA-CAARUD (OFDT) et Safe*
 nd : non disponible

En 2011, l'association Safe a débuté l'expérimentation d'un programme alternatif d'accès au matériel de consommation par voie postale. L'utilisateur prend contact par téléphone ou mail avec l'association et une évaluation de sa consommation et de ses besoins est faite, en s'assurant qu'il est suivi par un professionnel. Le programme d'échange de seringues par voie postale propose gratuitement un envoi personnalisé de matériels de consommation. Un message de prévention est délivré, avec une orientation vers un CAARUD ou un CSAPA quand cela est désiré ou possible. En 2012, ce PES compte dans sa file active 140 usagers de drogues et 53 000 seringues ont été expédiées. Les motivations des usagers sont structurelles (éloignement géographique, horaires inadaptés, besoin de matériel spécifique - filtre toupie¹¹⁶,

¹¹⁶ Ce type de filtre retient plus d'impuretés que les Stéribox®.

acide ascorbique¹¹⁷ - non disponible en CAARUD) ou personnelles (recherche d'anonymat, difficulté pour l'utilisateur d'évoquer en CSAPA le fait qu'il s'injecte son TSO) (De Postis 2013).

Dans le cadre de l'enquête Coquelicot 2011, une évaluation des outils de RDR (kits d'injection) a été réalisée, suivie de recommandations visant à faire évoluer le contenu de ces kits (InVS 2014a). Les propositions sont de :

- remplacer les tampons d'alcool, souvent mal utilisés (car en post-injection), par une lingette de chlorhexidine¹¹⁸ plus efficace dans la lutte contre le VHC ;
- ajouter un champ de soin ainsi qu'une nouvelle cupule avec manche pré-monté (pour éviter les manipulations lors de la fixation du manchon) ;
- intégrer des filtres à membrane, plus performants contre les poussières et pour réduire les contaminations bactériologiques et fongiques ;
- ajouter un sachet d'acide ascorbique ;
- proposer un kit avec des seringues de 2 cm³ (pour les injecteurs de médicaments) en plus des kits avec des seringues de 1 cm³ ;
- augmenter la taille du tampon sec ;
- revoir et clarifier les messages de RDR.

RDR en milieu festif

En 2010, près de 6 CAARUD sur 10 disposent d'une équipe œuvrant en milieu festif (Cadet-Taïrou *et al.* 2014a). D'autres associations mettant en œuvre des actions de RDR ne sont pas comptabilisées dans le dispositif médico-social. Il s'agit notamment de certaines associations humanitaires, de santé communautaire ou spécialisées qui n'ont pas été labellisées CAARUD. Nombre d'entre elles œuvrent en milieu festif.

Prévention du passage à l'injection

Les contextes et les circonstances des premières injections de substances psychoactives ont été étudiés par l'enquête « Priminject », menée entre octobre 2010 et mars 2011 par l'INPES. L'âge moyen de la première injection a reculé, un report associé à un allongement de la durée de consommation de drogues avant la première injection et à l'expérimentation de produits plus diversifiés (Cadet-Taïrou *et al.* 2013a; Guichard *et al.* 2013).

Dans ce contexte, l'adaptation du programme anglais *Break the cycle* (rompre le cycle) ajoute un outil à la panoplie des stratégies de RDR (Guichard 2012). L'objectif est de travailler sur les attitudes des UDVI vis-à-vis de l'initiation à l'injection, sur la capacité des injecteurs plus expérimentés à refuser les demandes d'initiation des plus jeunes et sur les connaissances des techniques d'injection à moindre risque.

¹¹⁷ Pour dissoudre l'héroïne ou le crack, les usagers ajoutent souvent une solution acide à la préparation, notamment du jus de citron ou du vinaigre, pas adaptée et non stérile. Pour réduire les risques liés à cette pratique, de l'acide citrique stérile conditionné en petits sachets de poudre est mis à disposition des usagers concernés.

¹¹⁸ L'alcool est moins virucide que la chlorhexidine sur le VHC et fait saigner au point d'injection, risquant d'augmenter la transmission de l'hépatite C avec les déchets.

Connaissance de la RDR

Le dispositif TREND constate que les groupes d'usagers qui ne fréquentent pas ou peu les CAARUD apparaissent peu au fait des mesures de RDR. Il s'agit, en particulier, des jeunes en errance mais aussi des usagers dits « socialement insérés », des jeunes des quartiers populaires et des plus jeunes usagers de l'espace festif (Cadet-Taïrou *et al.* 2010).

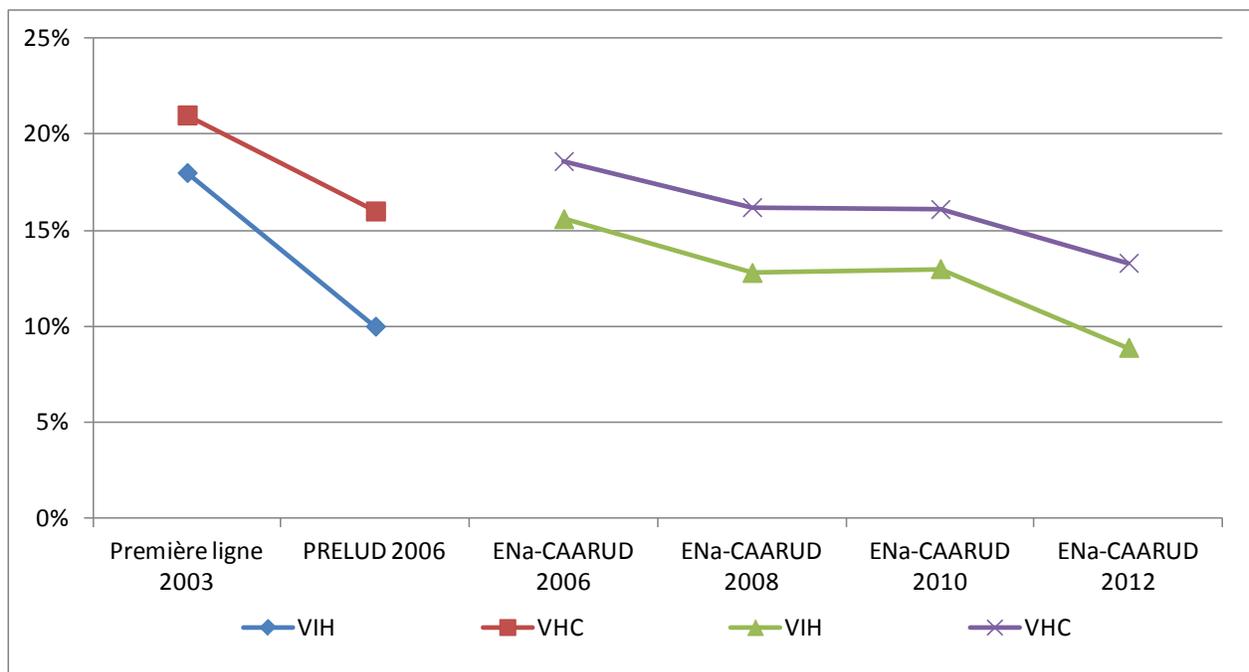
Activité et niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

En 2010, pour une file active d'environ 60 000 usagers de drogues, les CAARUD ont organisé près de 16 000 dépistages du VHB, du VHC et du VIH et vaccinations contre l'hépatite B.

Niveaux de dépistage des usagers de drogues en France

L'étude ENa-CAARUD montre qu'en 2012 une grande majorité des usagers de drogues fréquentant ces structures a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC (cf. chapitre 6). La part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qui avait d'abord régressé, puis stagné entre 2008 et 2010, diminue à nouveau en 2012 (figure 7.1).

Figure 7.1 : Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003 (OFDT), PRELUD 2006 (OFDT), ENa-CAARUD (OFDT)

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois (tableau 7.3). Cette part régresse depuis 2008 pour le VIH (59,0 % à 51,5 % entre 2008 et 2012) et le VHC (56,9 % à 53,0 %).

Tableau 7.3 : Pratique des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, en 2012

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2 890	91,1 %	2 862	86,7 %
N'a pas fait le test	256	8,9 %	381	13,3 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	1 069	48,4 %	756	47,0 %
6 mois à un an	528	23,9 %	389	24,2 %
Plus d'un an	610	27,6 %	463	28,8 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

* Résultats déclaratifs

En 2004, l'étude Coquelicot menée dans 5 villes françaises estimait à 2 % la part des usagers séropositifs pour le VIH ignorant cette séropositivité, un pourcentage passant à 27 % pour le VHC (l'estimation pour l'édition 2011 n'est pas encore disponible). Une autre étude, menée à partir du système d'information des « pôles de référence pour l'hépatite C », qui prennent en charge une part des patients porteurs du virus, permet de suivre la part des dépistages tardifs parmi les patients nouvellement pris en charge (Brouard *et al.* 2009). Pour l'ensemble des patients (quelle que soit l'origine de la contamination), cette part a diminué entre 2001 et 2007 de 42,7 % à 33,4 %. La part des UDVI n'ayant pas significativement évolué (39,6 % en 2001 contre 35,5 % en 2007 chez les hommes et 15,9 % contre 12,7 % chez les femmes), on peut déduire que les usagers de drogues bénéficient de la baisse du dépistage tardif comme l'ensemble des autres patients.

Une mesure de la situation autodéclarée des usagers par rapport à l'hépatite B a été réalisée en 2012 dans l'étude ENa-CAARUD, montrant une méconnaissance de la part des usagers de leur statut (Saïd *et al.* in press).

De nombreux CAARUD pratiquent des examens hépatiques par Fibroscan®¹¹⁹ pour évaluer la fibrose hépatique et orienter le cas échéant les usagers de drogues vers des examens plus approfondis. Concernant les TROD pour le VHC, la HAS a émis en mai 2014, à la demande de la DGS, des recommandations sur leur place dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS 2014). Compte tenu de leurs performances et de leurs avantages (utilisation simple, rapidité de résultat, acceptabilité, absence de prélèvement veineux initial, utilisation dans un cadre délocalisé), la HAS positionne les TROD comme une offre de dépistage complémentaire intéressante à destination notamment des UD. L'utilisation des TROD VHC peut être envisagée en CSAPA et en CAARUD par des professionnels de santé ou non médicaux, à condition que ces derniers aient suivi au préalable une formation (commune pour le VIH et le VHC). En cas de positivité, une confirmation systématique par une méthode immuno-enzymatique (Elisa de 3^{ème} génération) sur prélèvement veineux est nécessaire. Il est néanmoins indispensable que soit mis en place au préalable un réseau de soins en aval facilitant à la fois l'accès des patients dépistés positifs et la coordination de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé impliqués dans le parcours de prise en charge de l'hépatite C.

¹¹⁹ Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

Accès au traitement

Les données recueillies en 2012 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité de ceux se déclarant infectés par le VIH sont suivis médicalement, puisque 85,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 73,2 % ont reçu un traitement prescrit pour cette infection.

Cette même enquête montre que les deux tiers (64,2 %) des personnes enquêtées s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C avaient eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du tiers (36,2 %) a, ou a eu, un traitement prescrit pour cette infection.

7.4. Réponses aux autres conséquences sanitaires parmi les usagers de drogues

En l'absence de réponse spécifique aux autres problèmes de santé, l'accès aux soins constitue le seul élément que l'on puisse observer.

Parmi les usagers de drogues reçus dans les CAARUD en 2012, seuls 5,6 % n'ont pas de couverture médicale. Plus de la moitié (59,2 %) bénéficie de la CMU ou de l'AME et 11,5 % d'une prise en charge totale en rapport avec une « longue maladie » (ALD) (Saïd *et al.* in press).

La réalisation de soins et l'accès aux soins¹²⁰ représentent en 2010 la quatrième activité des CAARUD après les activités relatives au lien social, les actes de réduction des risques et les actes d'hygiène (Cadet-Taïrou *et al.* 2014a).

¹²⁰ En CAARUD, les actes de soins les plus fréquemment effectués sont : les soins infirmiers, ceux de médecine générale, le suivi psychologique/psychiatrique, l'accès aux TSO, le traitement des hépatites B et C et du sida, et les soins dentaires.

8. Conséquences sociales et réinsertion sociale

8.1. Introduction

Les usagers de drogues rencontrent souvent des difficultés d'insertion sociale, professionnelle et d'ordre relationnel. L'ensemble de ces problèmes (chômage, difficultés à se loger, isolement social, actes de délinquance, etc.) peut être désigné par le terme de dommages sociaux. Ceux-ci sont souvent analysés comme étant une conséquence de la consommation de substances psychoactives. La relation entre les deux est cependant loin d'être à sens unique, les difficultés sociales constituant un terrain favorable pour le développement et le maintien d'usages de drogues. Il faut, par ailleurs, se garder d'une vision caricaturale selon laquelle tout usage de drogue serait associé à l'exclusion.

Les situations d'insertion sociale des usagers de drogues (UD) sont ici décrites à partir des résultats des enquêtes menées auprès des personnes fréquentant les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD).

Pour faire face aux problèmes de pauvreté et d'exclusion sociale, les pouvoirs publics français mettent en œuvre un grand nombre de politiques qui portent notamment sur les domaines de la santé, de l'emploi et de la formation, du logement, qu'il n'est pas possible de détailler ici. Les usagers de drogues peuvent en bénéficier au même titre que l'ensemble de la population.

Le Revenu de solidarité active¹²¹ (RSA) garantit un revenu minimum aux personnes sans emploi et un complément de ressources à celles qui tirent de leur travail des revenus limités. En 2013, environ 2,3 millions de personnes sont allocataires du RSA.

En 2000, la France a également mis en place la Couverture maladie universelle (CMU), qui permet l'accès à l'Assurance maladie à toute personne résidant en France qui n'en bénéficie pas à un autre titre, et la CMU-C (complémentaire) qui ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Par ailleurs, l'Aide médicale d'État (AME), mise en œuvre à la même période, vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France mais dépourvues de titre de séjour en règle (cf. chapitre 1).

Les UD peuvent ainsi bénéficier en théorie de nombreuses aides prévues pour l'ensemble de la population. En pratique, les situations d'exclusion les plus graves dans lesquelles se trouvent certains UD s'accompagnent souvent d'une impossibilité à faire valoir leurs droits, les démarches devenant trop complexes pour des personnes désinsérées. Ainsi, parmi leurs missions, les CSAPA et surtout les CAARUD doivent intervenir pour les aider dans ce domaine. De façon plus générale, ces structures assurent l'information, l'évaluation sociale et l'orientation des personnes ou de leur entourage ainsi que la prise en charge sociale et éducative : cela comprend, outre l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion et la réinsertion.

¹²¹ Loi n°2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. JORF n°281 du 3 décembre 2008. (NOR PRMX0818589L)

8.2. Exclusion sociale et usage de drogues

La situation sociale des UD en France est connue principalement à travers les recueils d'information auprès des structures de prise en charge : le dispositif RECAP (cf. Annexe V-RECAP) dans les CSAPA en ambulatoire et résidentiels et l'enquête ENa-CAARUD (cf. Annexe V-ENa-CAARUD) dans les CAARUD.

Le dispositif TREND de l'OFDT (cf. Annexe V-TREND) renseigne chaque année les évolutions sur le plan de la consommation des produits, des types de substances qui circulent, de leurs modes d'usages, des publics concernés et des contextes. C'est dans ce cadre que peuvent être abordées les situations sociales des usagers, avec des éclairages sur des populations spécifiques (jeunes errants, migrants, femmes, etc.).

8.2.1. Exclusion sociale parmi les usagers de drogues

Les usagers vus en CSAPA

Les indicateurs disponibles pour décrire la situation sociale des personnes accueillies dans les CSAPA en 2008, 2010 et 2012 sont présentés dans le tableau 8.1. Ils illustrent la part importante des personnes prises en charge qui se trouvent en situation de précarité. Une distinction a été faite pour décrire d'une part, les personnes prises en charge pour usage de cannabis et d'autre part, celles qui le sont pour usage d'« opiacés, cocaïne et autres drogues », en raison des caractéristiques bien distinctes de ces deux sous-groupes (âge et nombre de substances consommées notamment).

Tableau 8.1 : Caractéristiques de précarité sociale des personnes prises en charge par les CSAPA en 2008, 2010 et 2012

	Usagers cannabis			Usagers « opiacés, cocaïne et autres drogues »		
	2008	2010	2012	2008	2010	2012
Logement précaire ¹²²	11,8 %	11,9 %	13,2 %	20,0 %	19,3 %	19,6 %
Sans domicile fixe	2,0 %	2,1 %	1,5 %	6,5 %	6,1 %	6,2 %
Situation professionnelle précaire ¹²³	47,1 %	50,3 %	46,9 %	68,0 %	66,2 %	65,7 %
Ressources précaires ¹²⁴	34,0 %	35,2 %	38,4 %	54,4 %	55,5 %	55,5 %

Source : RECAP 2008, 2010 et 2012 (OFDT)

Les usagers du groupe « cannabis », tout comme ceux du groupe « opiacés, cocaïne et autres drogues », connaissent une situation relativement stable depuis quelques années.

Les usagers vus en CAARUD

Les usagers accueillis par ces centres sont encore davantage fragilisés. Le plus souvent, ces personnes ne sont pas engagées dans une démarche de soin active ou sont en rupture de prise en charge. Au-delà de leur fonction d'accueil, les CAARUD développent un certain nombre de « services » pour aller vers les populations usagères de drogues les plus marginalisées ou les

¹²² Logement provisoire ou en institution et personnes incarcérées.

¹²³ Activités rémunérées intermittentes, chômeurs et autres inactifs.

¹²⁴ Allocations chômage, prestations sociales (RSA, AAH...) et autres ressources (dont sans revenus).

plus éloignées des structures sanitaires et sociales : équipes de rue, unités mobiles, déplacement dans des squats et en milieu carcéral, interventions en milieu festif (boîtes de nuit, concerts, teknival...).

Une variable de « précarité socioéconomique » a été élaborée¹²⁵, permettant de classer les individus en fonction de leur degré de précarité : faible, moyenne ou forte. Cette classification est adaptée à la population fréquentant les CAARUD qui présente un niveau de précarité important par rapport à la population générale. Les trois quarts (76,2 %) des usagers des CAARUD vivent ainsi dans une situation de précarité moyenne ou forte en 2012 (tableau 8.2) (Cadet-Taïrou *et al.* 2014a; Dambélé *et al.* 2013).

Tableau 8.2 : Situation de précarité des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012

	2008	2010	2012
Précarité faible	20,0 %	25,7 %	23,8 %
Précarité moyenne	47,3 %	46,5 %	43,0 %
Précarité forte	32,6 %	27,8 %	33,2 %

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010 et 2012 (OFDT, DGS)

Lecture : La part des usagers à forte précarité est de 27,8 % en 2010 et de 33,2 % en 2012.

La grande majorité des usagers accueillis dans les CAARUD en 2012 bénéficie d'une couverture par la Sécurité sociale (87 %). Plus de la moitié des usagers des CAARUD sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale par le biais de la CMU (63,8 % en 2012). Près d'un sur huit (13,2 %) est concerné par une prise en charge des frais médicaux étendue à 100 %¹²⁶ du fait d'une affection de longue durée (ALD) et un peu plus d'un tiers des usagers (34,6 %) dispose d'une couverture santé complémentaire, soit dans les deux cas plus du double par rapport à 2008.

Concernant l'origine des ressources des usagers des CAARUD, le point marquant est l'accroissement, entre 2008 et 2012, de la part de ceux vivant de prestations sociales et la baisse, entre 2010 et 2012, de la part des revenus liés au travail (tableau 8.3).

Enfin, en 2012, 46,8 % des usagers reçus dans les CAARUD occupent un logement provisoire. La part de ceux qui vivent dans la rue et dans les squats s'élève respectivement à 15,2 % et 11,9 % de l'ensemble (Saïd *et al.* in press). Par ailleurs, 5 % des usagers résident de façon durable en institution et 10,8 % de façon provisoire¹²⁷.

¹²⁵ La classification s'appuie sur le calcul d'un score (de 0 à 6) obtenu en additionnant les réponses pour les trois variables suivantes : a) Couverture santé : 1- affilié à la Sécurité sociale avec une couverture complémentaire, 2- affilié à la Sécurité sociale (y compris via la CMU) sans couverture complémentaire, 3- pas d'affiliation avec ou sans AME ; b) Logement : 1- durable (indépendant ou durable chez des proches), 2- en institution ou provisoire chez des proches, 3- SDF ou vivant en squat ; c) Origine des ressources : 1- revenus d'emplois et allocations chômage, 2- prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers, 3- autres ressources (illégalles ou non officielles) et sans revenus. Score de 0 à 2 : précarité faible ; 3-4 : précarité moyenne et 5-6 : précarité forte.

¹²⁶ Seuls les frais liés à la pathologie concernée sont pris en charge à 100 %.

¹²⁷ L'enquête se déroule en hiver, période de l'année où un effort particulier est réalisé pour offrir des solutions d'hébergement temporaires aux personnes sans logement.

Tableau 8.3 : Origine des ressources des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012

	2008	2010	2012
Revenus liés au travail	17,8 %	22,0 %	16,5 %
Revenus d'emplois (y compris retraites/pensions invalidité)	13,4 %	13,6 %	13 %
Allocation chômage	8,4 %	9,5 %	8,3 %
Prestations sociales/ ressources provenant d'un tiers	52,8 %	56,0 %	56,6 %
RMI / RSA	35,2 %	40,7 %	42,7 %
Allocation adulte handicapé	13,9 %	16,6 %	16,1 %
Autres prestations sociales	2,6 %	1,5 %	3,5 %
Ressources provenant d'un tiers	1,1 %	1,7 %	1,7 %
Autres ressources	25,4 %	22,0 %	26,8 %
Ressources illégales ou non officielles*	5,4 %	8,2 %	9,2 %
Sans revenus (y compris mendicité)	20,0 %	17,5 %	18,1 %

* *Entrent dans cette catégorie la prostitution, le trafic, le vol, le travail au noir, etc.*

Source : ENa-CAARUD 2008, 2010 et 2012 (OFDT, DGS)

Note : En 2010 et 2012, la somme des items à l'intérieur de chaque catégorie est supérieure au pourcentage de cette catégorie, car deux modalités étaient acceptées. Ce n'était pas le cas en 2008. En revanche, la somme des pourcentages des trois principales catégories est égale à 100 %, les individus appartenant à deux catégories ayant été préférentiellement classés dans la catégorie la moins précaire.

8.2.2. Usage de drogues parmi les groupes socialement marginalisés

Parmi les personnes se prostituant ayant participé à l'enquête ProSanté 2010-2011 (cf. Annexe V-ProSanté), 17 % déclaraient avoir consommé du cannabis dans l'année (37 % chez les hommes et 14 % chez les femmes) et 11 % de la cocaïne (respectivement 21 % et 8 %), l'héroïne et les médicaments détournés concernant chacun 4 % des enquêtés. Les femmes consomment moins que les hommes et les transgenres, et l'usage de substances psychoactives est très rare chez les femmes chinoises ou d'Afrique subsaharienne. Hormis pour le cannabis, il n'y a pas de corrélation entre le temps passé dans la prostitution et la consommation de produits psychoactifs.

Cependant, il est difficile de déterminer si ces usages sont directement liés à l'activité prostitutionnelle ou plus généralement aux conditions de vie souvent précaires des personnes concernées. Certaines d'entre elles peuvent recourir aux drogues pour les aider à « surmonter les peurs et les violences subies au quotidien [...], d'autres se prostituent pour payer leurs produits » (FNARS *et al.* 2013).

8.3. Réinsertion sociale

En France, l'accompagnement social des personnes usagères de drogues est très majoritairement assuré par les structures spécialisées (CSAPA et CAARUD), à travers des projets et programmes propres ou comme relais vers les dispositifs de droit commun. Des psychologues et des assistants sociaux présents au sein de « microstructures » dans des cabinets de médecine générale réalisent également des suivis.

Les rapports d'activité annuels des CAARUD (ASA-CAARUD, cf. Annexe V-ASA-CAARUD) renseignent sur le nombre et la nature des actes réalisés par ces structures. Ainsi, des mesures de réinsertion telles que l'aide à l'accès aux droits, à l'hébergement et à la formation ou l'emploi sont développées. Elles ne représentent cependant qu'une faible part de l'ensemble de leur activité, centrée principalement sur l'accueil de premier recours (« refuge », alimentation,

douches,...), la réduction des risques et les soins infirmiers ou de médecine générale. En 2010, seulement 10 % des actes réalisés par les structures concernent l'accès aux droits administratifs et sociaux. Parmi ces actes liés à l'accès aux droits, 23,6 % portent sur les démarches d'hébergement. Quant aux activités de recherche ou de maintien d'emploi ou de formation, elles ne représentent que 10,4 % de l'ensemble des actes liés à l'accès aux droits (Cadet-Tairou *et al.* 2014a).

En dehors des rapports d'activité des CAARUD, il n'existe pas d'outils permettant de suivre de façon précise les mesures engagées sur les différents volets de l'insertion sociale des personnes en traitement. Les rapports d'activité des CSAPA comprennent en effet très peu d'informations sur ce thème et aucune description des actions et programmes entrepris dans ce sens. La seule donnée disponible concerne les démarches liées à l'insertion engagées et ayant abouti : pour ce qui concerne le logement, 73 % des démarches engagées ont abouti, c'est le cas de seulement 38 % de celles relatives à l'emploi et la moitié de celles en faveur d'une formation (Palle *et al.* 2013).

8.3.1. Hébergement

Les principales réponses apportées aux difficultés de logement des UD sont le logement social, l'hébergement d'urgence, l'hébergement social et l'hébergement thérapeutique.

En France, le logement social est essentiellement composé du parc HLM (habitation à loyer modéré). Toutefois, au vu des délais d'attente qui vont de quelques mois à plusieurs années selon les régions, l'offre de logements est très insuffisante par rapport à la demande. Si les personnes en traitement ne subissent pas de discrimination objectivable dans les procédures d'attribution, elles subissent aussi les effets de cette pénurie.

Certaines structures (notamment les CSAPA) développent des services qui facilitent l'accès aux logements individuels, mais il n'existe pas de système d'information permettant d'évaluer la fréquence et le volume de ces programmes.

Les structures spécialisées peuvent avoir recours à l'hébergement d'urgence (dont une description précise est faite dans le rapport de l'année 2013 (Dambélé *et al.* 2013)), qui permet un accueil inconditionnel (c'est-à-dire sans sélection des publics) mais de courte durée. Ces centres favorisent l'accueil de publics « stabilisés » et ne présentant pas de troubles du comportement. Cela peut tendre à exclure un certain nombre de personnes usagères de drogues.

L'hébergement social se caractérise par la sélection du public accueilli, l'élaboration d'un projet d'insertion et un accueil de plus longue durée. Une équipe de professionnels est présente de façon continue.

Enfin, plusieurs dispositifs spécialisés d'hébergement thérapeutique, spécifiquement dédiés aux personnes en traitement, sont disponibles en France. Tous ces établissements, dont la liste est détaillée dans le rapport précédent (Dambélé *et al.* 2013), sont gérés par des CSAPA.

Le précédent plan gouvernemental de lutte contre les drogues (2008-2011) avait souhaité favoriser les partenariats et interactions entre les structures spécialisées et les centres d'hébergement sociaux « généralistes », ce qui avait donné lieu au financement de 30 projets durant cette période. L'offre restant, selon les professionnels du champ, insuffisante, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 réaffirme

cette volonté de renforcer les échanges entre ces deux types de structures (MILDT 2013b). Il encourage notamment les « expérimentations de partenariat entre les acteurs de l'insertion par le logement et ceux de l'addiction » : c'est d'ailleurs l'un des objectifs définis dans le plan d'actions 2013-2015 (MILDT 2014). Il met aussi l'accent sur la promotion de « l'aide au logement durable, en s'appuyant sur les outils préconisés par le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » (cf. chapitre 1). Au niveau général, ce plan 2013-2017 rappelle l'importance d'une prise en charge globale pour améliorer la réussite d'un traitement.

8.3.2. Éducation et formation

Les personnes reçues dans les CSAPA ne font pas l'objet de programmes ou de dispositifs spécifiques de formation ou de remise à niveau scolaire. Elles peuvent en revanche, comme l'ensemble de la population générale et notamment les demandeurs d'emploi, s'appuyer sur les organismes publics et privés de la formation professionnelle.

La situation est identique pour ce qui concerne les formations qualifiantes. Les mesures sont intégrées dans la politique de l'emploi, le principal opérateur étant Pôle emploi. L'orientation et le financement de formations font partie de ses missions. Il n'existe pas de formations spécifiquement dédiées aux personnes vulnérables, mais trois publics cibles prioritaires ont été identifiés : les personnes éloignées de l'emploi depuis longtemps (chômeurs de longue durée), les jeunes et les personnes issues de l'immigration (les femmes plus particulièrement).

Concernant les plus jeunes usagers, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 pose aussi comme objectif de « faciliter l'accueil des mineurs les plus en difficulté dans des CSAPA résidentiels » spécifiques, avec « un projet incluant une prise en charge pédopsychiatrique et un volet renforcé d'insertion professionnelle ».

8.3.3. Emploi

Même si des réticences à l'emploi de la part des employeurs peuvent être supposées, il n'existe pas en France de barrière administrative particulière concernant l'accès à l'emploi sur le « marché du travail ouvert » des personnes en traitement¹²⁸ (dépistage, situation médicale discriminante...).

Par ailleurs, un « marché du travail intermédiaire », recouvrant plusieurs types de dispositifs, pour les jeunes et les adultes rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle ou nécessitant un accompagnement social particulier, a été mis en place.

Certaines structures spécialisées, face à la difficulté d'accompagner, dans le cadre des dispositifs existants, leurs bénéficiaires vers l'emploi, ont développé leur propre dispositif d'insertion professionnelle¹²⁹ ou favorisé les passerelles et coopérations (Maguet *et al.* 2009). En 2011, un recensement de ces dispositifs a été conduit dans le cadre du projet « Pratiques en

¹²⁸ Néanmoins, pour certains emplois, notamment dans la fonction publique ou pour des postes « sensibles » (métiers de la sécurité, de la petite enfance, etc.), l'employeur peut demander au candidat de prouver que son casier judiciaire est vierge.

¹²⁹ Les activités occupationnelles sont à dissocier des actions d'insertion/démarche vers l'emploi, mais offrent une première expérience avant d'accéder à un emploi classique.

réseaux et insertion par l'emploi d'usagers de drogues »¹³⁰. Le rapport publié à la suite de ce travail (Calderon *et al.* 2011) a permis de détailler certaines de ces initiatives en faveur de l'insertion professionnelle et de formuler des recommandations (Dambélé *et al.* 2012).

Le plan 2013-2017 aspire à ce que les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les CSAPA proposent un « accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle » et, réciproquement, qu'il soit possible d'orienter vers les structures spécialisées des personnes repérées en difficulté par les professionnels du champ de l'insertion.

Une expérimentation dans ce sens a été menée au milieu des années 2000 pendant 5 ans en Bretagne, par le CSAPA Douar Nevez de Ploërmel et la mission locale (structure départementale qui a pour but d'aider les jeunes en difficulté dans leur insertion sociale et professionnelle). Elle a consisté à mettre en place une CJC au sein de cette structure, ses intervenants observant souvent des usages de produits psychoactifs, qui constituent un frein à l'insertion, chez ces jeunes. Il s'agissait de proposer quelques heures par semaine des entretiens individuels avec la psychologue du CSAPA aux jeunes en difficulté repérés par les conseillères de la mission locale. Par ailleurs, une convention avec un centre d'hébergement a été signée et des relais vers les médecins généralistes et les centres médico-psychologiques ont été établis pour permettre une prise en charge globale du jeune en difficulté (Couteron *et al.* 2013).

Les résultats de cette expérimentation ayant été positifs, le CSAPA et la mission locale ont pérennisé ce partenariat, qui est devenu un dispositif durable, et continuent de favoriser les échanges par le biais notamment de formations croisées sur les outils d'insertion et les addictions.

¹³⁰ Le but de ce projet, lancé en 2009 et intégrant quatre autres pays européens (le Portugal, l'Italie, la Grèce et la Lituanie), était de mettre en réseau des dispositifs français et européens afin de partager des pratiques professionnelles et des politiques publiques favorisant l'insertion professionnelle des usagers de drogues.

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

9.1. Introduction

Définitions

Selon la loi française, toute personne qui consomme et/ou détient des substances classées comme stupéfiants encourt une peine d'emprisonnement (ferme ou avec sursis) et une amende. Depuis la loi du 5 mars 2007¹³¹, les personnes interpellées pour détention ou usage de stupéfiants peuvent également se voir contraintes d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Cette mesure cible tout particulièrement les usagers occasionnels de stupéfiants, non dépendants, qu'il s'agit de dissuader de récidiver dans leur comportement d'usage en leur faisant prendre conscience des conséquences de leur consommation. Ainsi, en France, l'usager simple peut faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation, qui peut éventuellement déboucher sur une incarcération (cf. chapitre 1).

Selon la procédure pénale, toute interpellation doit faire l'objet d'une transmission au procureur de la République, qui a la possibilité de classer l'affaire, d'ordonner une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi, composition pénale, injonction thérapeutique, par exemple), ou d'engager des poursuites judiciaires, selon une procédure simplifiée (ordonnance pénale) ou devant le tribunal. Dans ce dernier cas, la personne interpellée est alors vue par un juge, qui peut prononcer une condamnation : amende, peine alternative à l'emprisonnement ou emprisonnement (ferme ou avec sursis). L'essor important des interpellations pour usage de stupéfiants en France s'est accompagné d'une systématisation des procédures d'alternatives aux poursuites par les parquets.

Au 1^{er} janvier 2013, la France comptait 190 établissements pénitentiaires (Direction de l'administration pénitentiaire 2013), comprenant 56 992 places de détention « opérationnelles » réparties entre :

- 98 maisons d'arrêt et 41 quartiers maison d'arrêt situés dans des centres pénitentiaires, qui accueillent les prévenus (en attente de jugement), les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an ou qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale) ;
- 85 établissements pour peine (qui hébergent plusieurs quartiers), soit :
 - 43 centres pénitentiaires qui comprennent au moins deux quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
 - 25 centres de détention et 37 quartiers « centres de détention », qui accueillent les majeurs condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation ;
 - 6 maisons centrales et 5 quartiers de maison centrale ;

¹³¹ Loi n°2007-0297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L)

- 11 centres de semi-liberté et 10 quartiers de semi-liberté recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou en semi-liberté, et 7 quartiers pour peines aménagées (situés dans des centres pénitentiaires) ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, créés par la loi d'orientation et de programmation de la justice de 2002¹³² et dont le premier a été ouvert à la mi-2008.

Outils de collecte des données

Les données policières et pénales sur les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) présentent l'avantage d'être régulières, anciennes et facilement accessibles. Elles sont toutefois sujettes au risque de rupture des séries statistiques, lorsqu'un changement organisationnel survient dans les ministères responsables du suivi des indicateurs annuels. Ainsi, par exemple, la source de données utilisée depuis 1968 pour documenter les interpellations pour ILS, la base OSIRIS (cf. Annexe V-OSIRIS) de l'OCRTIS (ministère de l'Intérieur), n'est plus exploitable car, depuis 2011, elle ne présente plus que l'activité des services de police, ignorant une large partie des interpellations, notamment en milieu rural (qui sont du ressort de la gendarmerie).

Pour obtenir des séries statistiques longues, il faut, depuis 2010, recourir à l'État 4001 (cf. Annexe V-État 4001), qui ne prend pas en compte les données douanières mais regroupent celles issues de la police et de la gendarmerie. De même, au sein du ministère de la Justice, la refonte du système de suivi informatique des procédures pénales (Cassiopée), en cours depuis plusieurs années, a occasionné en 2012 et 2013 une interruption des données issues de l'Infocentre « Nouvelle chaîne pénale ». À partir de 2014, ce système d'information devrait être généralisé à l'ensemble des 161 tribunaux de grande instance en activité. Cependant, ces données ne permettront pas d'avoir une vision complète du traitement des infractions, du stade de l'interpellation jusqu'à celui de la condamnation et, éventuellement, de l'exécution de la peine, pour plusieurs raisons : d'une part, il n'y a pas d'identifiant qui permette de suivre un interpellé jusqu'au stade de la décision judiciaire ; d'autre part, les nomenclatures judiciaire et policière sont différentes ; enfin, il est difficile d'isoler la réponse pénale offerte à chaque type d'ILS car une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions.

Au-delà de ces indicateurs réguliers d'activité, le cadre français de production des connaissances sur la criminalité liée à l'usage de drogues comprend des données spécifiquement collectées en milieu carcéral :

- Les enquêtes institutionnelles : initiées, conçues et mises en œuvre par les autorités de tutelle (ministère de la Santé, ministère de la Justice, etc.), leurs résultats sont publiés par ces autorités. Il s'agit souvent d'analyses rétrospectives de données existantes (fiches santé des entrants, nombre de traitements de substitution aux opiacés (TSO) prescrits en prison, données des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en milieu carcéral, etc.). Les échantillons sont larges et se veulent représentatifs de la population incarcérée. Le rythme de ces enquêtes est irrégulier, à l'instar de l'enquête Santé entrants, menée en

¹³² Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. JORF du 10 septembre 2002. (NOR JUSX0200117L)

1997 (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale) et en 2003 (ministère des Solidarités, de la Santé et de Famille). Parmi les autres enquêtes, on peut citer celle sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux (Coldefy *et al.* 2002). Elles donnent des éléments d'analyse du profil de santé des entrants en prison (consommations de substances psychoactives, TSO, facteurs de risque, pathologies constatées) qui ont été recueillis lors de la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt et quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires.

De même, l'enquête DGS-DHOS (entre 1999 et 2004) sur la substitution en milieu carcéral ou celles menées « un jour donné » par la DHOS sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires permettaient de collecter des données. Elles ont été regroupées au sein de l'enquête PREVACAR (PREVALences en milieu CARcéral, cf. Annexe V-PREVACAR), désormais conçue et mise en œuvre conjointement par la DGS (promoteur) et l'InVS (coordination scientifique).

- Les enquêtes épidémiologiques : souvent adossées à un institut de recherche (par exemple l'INSERM (Falissard *et al.* 2006; Lukasiewicz *et al.* 2007; Rotily *et al.* 1997; Vernay-Vaisse *et al.* 1997) ou l'InVS (Chemlal *et al.* 2012; Chiron *et al.* 2013; Jauffret-Roustide *et al.* 2006)), elles sont locales ou nationales et s'appuient, elles aussi, sur des données existantes.
- Les recherches et études sociologiques qualitatives : à partir d'entretiens qualitatifs avec de petits échantillons, ces enquêtes cherchent à décrire des profils d'usagers et documentent leur parcours dans l'incarcération et dans la toxicomanie. Le recueil de données se fait en dehors des temps d'incarcération (après la sortie).
- Les études réalisées sur les pratiques des professionnels du soin exerçant en milieu carcéral : quantitatives ou qualitatives, comme par exemple l'enquête PRI²DE (Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention, cf. Annexe V-PRI²DE) menée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) (Michel *et al.* 2011b; Michel *et al.* 2011a). Elles permettent de connaître le point de vue et l'expérience des professionnels.
- Les rapports officiels : motivés par un changement légal ou réglementaire, une actualité politique ou bien une mission statutaire d'avis ou de contrôle, ils ont pour objectif d'élaborer des recommandations qui s'appuient sur des constats et des états des lieux documentant le sujet (Mission d'information sur les toxicomanies *et al.* 2011).
- Les publications des ONG : dans leur contenu, elles peuvent ressembler à la structuration des rapports officiels (constat et recommandations), mais leur forme est plus libre. Plus rarement, elles s'appuient sur un recueil de données (OIP (Observatoire International des Prisons) 2005).

À ces sources s'ajoutent d'une part, des documents plus généraux sur la prison, principalement des travaux sociologiques ou démographiques permettant de comprendre le contexte général de la prison ; d'autre part, des articles et documents divers, qui sont souvent des synthèses d'autres travaux.

Contexte

Délinquance et usage de drogues

Les multiples enquêtes réalisées sur le lien entre délinquance et usage de drogues montrent que les consommateurs sont plus fréquemment auteurs de délits, le nombre d'actes de délinquance tendant à croître en fonction de la fréquence de consommation de produits psychotropes, même si des débats existent sur le sens de la causalité. Le constat d'un rapprochement entre usage de drogues chez les jeunes et comportements problématiques (délits d'atteinte à la propriété, absentéisme et exclusion scolaires, implication dans des bagarres ou des actes de vandalisme) est depuis longtemps établi (Barré *et al.* 2001).

Usage de drogues en prison

L'incarcération est fréquente dans le parcours des usagers de drogues (UD) : parmi ceux qui bénéficient d'une prise en charge spécialisée¹³³, la part des personnes anciennement détenues varie entre 43 % et 61 %¹³⁴. Parallèlement, l'usage de drogues, qui peut être à la fois une cause¹³⁵ et une conséquence de l'incarcération, est très répandu en milieu carcéral.

L'usage de drogues est relativement bien étudié en France car il entraîne de nombreux questionnements en détention (trafics, conduites à risque, prescription de TSO, prise en charge spécifique liée aux syndromes de sevrage, désintoxication, etc.). Les études menées il y a une dizaine d'années par la DREES 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 : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments détournés (5,4 %), autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants : 4,0 %) (Mouquet 2005). Environ 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. La dépendance concerne 10 % des personnes détenues : elle atteint 40 % parmi celles incarcérées depuis moins de 6 mois (Falissard *et al.* 2006). Il reste toutefois difficile de quantifier précisément ce phénomène, du fait des difficultés d'interprétation liées aux conditions du recueil en milieu fermé.

L'incarcération marque rarement l'arrêt des consommations : l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions moindres, pendant l'incarcération (Rotily 2000). En outre, on observe souvent un transfert des usages de drogues illicites (moins disponibles) vers les médicaments (Stankoff *et al.* 2000). Enfin, une part (qui n'est pas précisément chiffrée) des personnes détenues s'initient, pendant l'incarcération, à la consommation de produits illicites ou de médicaments de substitution aux opiacés détournés de leur usage.

Qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, les consommations de stupéfiants pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, accidents en cas d'association des

¹³³ Usagers d'opiacés, de cocaïne et d'autres substances illicites (hors cannabis) reçus dans les CSAPA, les CAARUD et par les médecins généralistes prescripteurs de TSO, ou via les programmes d'échange de seringues, etc.

¹³⁴ Selon l'enquête RECAP 2012 (cf. Annexe V-RECAP), 48 % des usagers de drogues illicites (hors cannabis) pris en charge par un CSAPA ont déjà été incarcérés : trois sur cinq l'ont même été plusieurs fois (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap_fr.html). L'enquête Coquelicot 2004 (cf. Annexe V-Coquelicot) établit quant à elle que 61 % des UD qui ont sniffé ou se sont injectés au moins une fois au cours de leur vie ont des antécédents d'incarcération (Jauffret-Roustide *et al.* 2006).

¹³⁵ On estime que 15 % des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt sont en rapport avec une ILS (Coldefy *et al.* 2002).

médicaments à d'autres produits, état de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques (Obradovic *et al.* 2011). De surcroît, les personnes détenues constituent une population qui, du point de vue des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, cumule les facteurs de risque. Le faible accès aux soins de cette population et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a souvent été confrontée avant l'incarcération (absence de domicile stable, de protection sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection apparaît importante en détention, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : cela concernait, au cours de l'année précédant l'incarcération, 6,2 % des entrants en 1997 (Mouquet *et al.* 1999) ; ils n'étaient plus que 2,6 % en 2003 (Mouquet 2005). Selon les études, 60 % à 80 % des personnes détenues concernées cessent de s'injecter en détention (Stankoff *et al.* 2000). Les 20 % à 40 % restants semblent en réduire la fréquence, en augmentant toutefois les quantités injectées ; ils sont aussi plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont importants (Rotily *et al.* 1998). Ainsi, les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %) d'après les données issues de l'enquête Coquelicot menée en 2004.

Il en résulte que les personnes détenues sont plus touchées par les maladies infectieuses que la population générale (DGS 2011; DHOS 2004; Sanchez 2006) : en 2011, la prévalence du VIH s'élève en prison à 2 % et celle du VHC à 4,8 % (Chemlal *et al.* 2012; Godin-Blandeau *et al.* 2014).

9.2. Criminalité liée à l'usage de drogues

Il n'existe pas en France de système de recueil de données ou d'enquêtes spécifiques permettant de renseigner la criminalité liée à l'usage de drogues, en dehors de l'enquête menée par le Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) il y a une quinzaine d'années (Aubusson de Cavarlay *et al.* 1995).

9.3. Infractions à la législation sur les stupéfiants

Interpellations pour des infractions à la législation sur les stupéfiants

Selon les chiffres les plus récents du ministère de l'Intérieur, en 2013, 208 325 faits constatés ont été enregistrés par les services de police, de gendarmerie et des douanes, soit une augmentation de 17 % au cours des cinq dernières années. Dans plus de huit cas sur dix, il s'agit de faits relatifs à l'usage, principalement du cannabis.

Les dernières données disponibles en matière d'interpellations remontent à 2010, où 157 341 interpellations pour ILS étaient enregistrées, dont 135 447 pour usage simple (86 %).

Causes des interpellations

L'usage simple reste de loin la principale cause d'interpellation pour ILS. En 2013, le nombre de personnes mises en cause par les seuls services de police pour usage simple est 4 fois plus

élevé que pour l'ensemble des autres ILS (170 337 contre 36 948 pour usage-revente, trafic-revente sans usage et autres ILS).

Substances impliquées dans les infractions à la législation sur les stupéfiants

Le détail des mises en cause policières par produit étant absent des statistiques, les dernières données disponibles remontent à 2010 (OCRTIS). Celles-ci montrent que plus de 9 interpellations pour usage sur 10 concernent des consommateurs de cannabis, premier produit en cause. Loin derrière, viennent l'héroïne et la cocaïne (respectivement 5,4 % et 3,5 % de ces interpellations).

Données du ministère de la Justice : condamnations

Les données de condamnations présentées ici ne représentent qu'une partie de la réponse pénale apportée aux affaires d'usage de stupéfiants, la plupart des sanctions étant prononcées en amont des tribunaux, le plus souvent sous la forme d'alternatives aux poursuites prescrites par le procureur.

Dans un contexte général de hausse des condamnations judiciaires pour crimes et délits, la réponse pénale a particulièrement augmenté pour certains types d'infractions, notamment les ILS (plus de 50 000 condamnations par an, dont près de 60 % pour usage, principalement de cannabis). Les condamnations prononcées pour ILS (en infraction principale ou associée) représentent 9 % de l'ensemble des condamnations pour un délit, soit 53 113 condamnations en 2012 (Casier judiciaire national, cf. Annexe V-CJN). Ces délits se répartissent ainsi : usage (31 475, soit 59 %), détention-acquisition (11 424, soit 22 %), commerce-transport (6 935, soit 13 %), import-export (1 130, soit 2 %), offre et cession (1 983, soit 4 %), aide à l'usage par autrui et autres infractions (166, soit moins de 1 %). Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent près de 11 % des condamnations pour usage illicite.

Données du ministère de la Justice : incarcérations

En 2010, plus de 11 500 personnes ont été incarcérées pour une ILS, soit 14 % des entrants en prison. La part des infractions d'usage est d'environ 5 % de l'ensemble des incarcérations (contre 2,5 % cinq ans auparavant).

9.4. Autres délits liés à la drogue

Contrôles de stupéfiants

Depuis la création de l'infraction de conduite après usage de stupéfiants, en 2003, le nombre de dépistages consécutifs à un accident mortel demeure stable : entre 4 000 et 5 000 (sauf en 2005 où ces chiffres ont été dépassés). En dépit de la loi, le dépistage des stupéfiants n'est pas systématique en cas d'accident mortel, alors qu'il est mis en œuvre dans la plupart des accidents corporels (Obradovic 2013).

Sur quelque 4 600 dépistages de stupéfiants réalisés chaque année à la suite d'un accident mortel, environ 11 % se révèlent positifs (Fichier des infractions au Code de la route, cf. Annexe V-Fichier des infractions au Code de la route). Le taux de contrôles positifs consécutifs à un accident mortel n'a cessé de baisser depuis 2008 (- 15 %), à rebours de l'évolution observée dans les années après l'adoption de la loi (Obradovic 2013).

Les 455 accidents mortels impliquant au moins un conducteur dépisté positif aux stupéfiants recensés en 2011 ont entraîné la mort de 499 personnes. Ces décès représentent 13 % de la mortalité routière totale, contre 31 % pour l'alcool, ces pourcentages ne pouvant pas s'additionner. En effet, la consommation simultanée d'alcool et de stupéfiants n'étant pas mesurée dans la statistique des contrôles routiers, il est difficile d'évaluer la part des accidents mortels liés, en propre, à l'alcool ou aux stupéfiants dans la mortalité routière¹³⁶. On sait toutefois, grâce à l'étude Stupéfiants et accidents mortels de la route (SAM), que l'association d'alcool et de cannabis multiplie par 14 le risque d'accident mortel au volant (Laumon *et al.* 2005).

Condamnations prononcées

L'activité juridictionnelle occasionnée par la consommation de stupéfiants au volant progresse régulièrement (plus de 16 000 en 2011, contre 735 en 2004, première année complète d'application de la loi). Après une hausse très nette jusqu'en 2009, la tendance est au ralentissement. Cependant, les condamnations pour conduite après usage de stupéfiants dépassent désormais celles pour grand excès de vitesse ou l'ensemble des infractions visant à échapper aux contrôles de police (délit de fuite, refus de dépistage...). Elles consistent le plus souvent en une peine d'amende, l'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel représentant moins de 10 % des condamnations. La conduite après usage de stupéfiants est, par ailleurs, très souvent associée à la conduite en état alcoolique. Enfin, le taux de récidive pour conduite après usage de stupéfiants n'a cessé de croître jusqu'à atteindre 7,3 % aujourd'hui (Obradovic 2013).

9.5. Prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues

Aux termes de la loi du 31 décembre 1970, le système pénal français prévoit plusieurs options de soins pénalement ordonnés pour les usagers de drogues, dans le but de concourir à la prévention des actes de délinquance et de la récidive liés à ce comportement. Ces mesures peuvent être prises par le procureur de la République (classement sans suite après orientation vers une structure sanitaire ou sociale, injonction thérapeutique) ou par le juge (libération conditionnelle assortie d'une injonction thérapeutique par exemple). Le nombre d'orientations pénales d'UD vers une structure sanitaire est en augmentation depuis plusieurs années, notamment vers les consultations jeunes consommateurs, mises en place depuis 2004 (Obradovic *et al.* 2013).

9.6. Interventions dans le système pénal

Les personnes reconnues coupables d'ILS par le tribunal correctionnel peuvent bénéficier, comme pour tous les autres délits, d'une alternative leur évitant une peine de prison ferme. Ces alternatives à l'emprisonnement peuvent prendre différentes formes : travail d'intérêt général, « jours-amendes »¹³⁷ ou d'autres types de peines. Bien que les données nationales sur ce sujet soient fragmentaires, elles montrent une augmentation du nombre et des proportions de ces mesures appliquées aux usages simples de drogues.

¹³⁶ Par ailleurs, les statistiques de dépistage ne détaillent pas les types de stupéfiants retrouvés.

¹³⁷ La personne concernée doit régler la somme équivalant à une amende de y euros sur x jours ; si elle ne le fait pas ou pas intégralement, elle est incarcérée pendant la période correspondant au montant qui n'a pas été versé.

9.7. Usage de drogues et usage problématique de drogues en prison

Le nombre global d'usagers problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France dans le contexte particulier de la détention.

9.7.1. Marché des drogues illicites en prison

Si les drogues illicites circulent bien dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. Les quelques données officielles dont on dispose en la matière remontent à 1996 : le trafic de drogues en prison affectait alors 75 % des établissements pénitentiaires français. Dans 80 % des cas, la substance saisie était le cannabis, dans 6 % il s'agissait de médicaments et le reste concernait l'héroïne et d'autres drogues (Senon *et al.* 2004). Près de vingt ans plus tard, un certain nombre d'éléments permettent de penser que la situation a peu évolué. Le cannabis reste le produit illicite qui circule le plus au sein des prisons françaises, et on assiste à l'augmentation des trafics de BHD, de sédatifs et de chlorhydrate de cocaïne.

9.8. Réponses aux problèmes sanitaires liés à la drogue dans les prisons

Le cadre réglementaire d'organisation des soins en détention en France autorise des modalités d'initiation et de renouvellement des TSO strictement identiques à celles existant en milieu libre. Cependant, en pratique, tous les établissements pénitentiaires ne proposent pas un accès généralisé à l'ensemble des traitements disponibles (Michel *et al.* 2011b; Obradovic et Gandilhon 2013).

La difficulté d'offrir aux personnes détenues des soins personnalisés est redoublée par le contexte de surpopulation carcérale et les conditions de détention en France. Avec 66 572 détenus au 1^{er} janvier 2013, pour 56 992 places opérationnelles, la France présente une densité carcérale de 116 détenus pour 100 places. Néanmoins, toutes les personnes détenues passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral – réorganisée en 2012 sous la forme d'un « bilan accueil arrivant » coordonné par les unités sanitaires (ex-UCSA) –, avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses.

Le principe de la réduction des risques (liés à l'usage de drogues), bien qu'inscrit dans la loi¹³⁸, est encore difficilement appliqué en pratique dans les établissements pénitentiaires, comme le détaille cette même section du chapitre 9 du rapport national 2013 (Obradovic et Gandilhon 2013).

9.8.1. Traitements (y compris le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution aux opiacés)

Selon les enquêtes les plus récentes, PREVACAR (Chemlal *et al.* 2012; DGS 2011) et PRI²DE (Michel *et al.* 2011b), entre 8 % et 9 % des personnes détenues bénéficient d'un TSO, ce qui représente environ 5 000 individus. La prévalence des TSO est significativement plus élevée chez les femmes et en maison d'arrêt. La prédominance de la BHD apparaît marquée, même si la part de la méthadone au sein des TSO tend à augmenter (Obradovic et Gandilhon 2013).

¹³⁸ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)

Le *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral* (Ministère des affaires sociales et de la santé *et al.* 2013) préconise notamment, pour la méthadone, une délivrance quotidienne supervisée, y compris les week-ends et jours fériés, afin d'éviter le risque de surdose. Cette recommandation s'avère difficile à appliquer systématiquement dans le contexte de pénurie de personnel sanitaire évoquée par les professionnels intervenant en milieu carcéral.

9.8.2. Prévention et traitement des conséquences sanitaires liées à la drogue

Les stratégies de réduction des risques sont destinées à réduire les dommages, très souvent en modifiant les comportements d'usage et les effets de l'usage des drogues (acquisition, usage et sevrage). Plusieurs documents stratégiques (plans gouvernementaux de la MILDT 2008-2011 puis 2013-2017 (MILDT 2008; MILDT 2013b), plan d'actions stratégiques "santé/prison" 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010)) abordent les problèmes publics rencontrés, dans les trois niveaux des dommages liés aux drogues (ceux dus à l'acquisition des drogues, ceux associés à l'usage et enfin, ceux liés au syndrome de manque (Obradovic et Gandilhon 2013)).

En termes de prévention, les personnes détenues ont accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques (INSERM 2010).

9.8.3. Prévention, traitement et soin des maladies infectieuses

Les personnes détenues sont davantage affectés 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 (InVS 2009)), tandis que celles du VHC se situent entre 4,2 % et 6,9 % (4 à 5 fois plus (DHOS 2004; Meffre 2006) ; PRÉVACAR 2010, DGS-InVS (Chiron *et al.* 2013; Semaille *et al.* 2013) ; POPHEC (Remy 2004). Chez les personnes sous TSO, ces prévalences infectieuses sont encore plus élevées, tant pour le VIH (3,6 %) que pour le VHC (26,3 %), l'usage de drogues étant le mode de contamination le plus fréquent (70 %).

Afin de prévenir les risques sanitaires de l'usage de drogues et la propagation des maladies infectieuses, aggravés par l'état de surpopulation carcérale, les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. À leur arrivée en prison, toutes les personnes détenues passent par une consultation médicale réalisée par l'unité sanitaire, avec le dépistage de la tuberculose, un test volontaire et gratuit du VIH et, depuis peu, le dépistage de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. L'enquête PREVACAR menée en 2010 (DGS 2011) montre que la pratique du dépistage des maladies infectieuses a progressé au cours de la dernière décennie.

9.8.4. Prévention du risque d'overdose pour les sortants de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des personnes détenues ayant un historique de dépendance aux opiacés (Harding-Pink 1990; Marzo *et al.* 2009; Seaman *et al.* 1998). Le risque de décès par overdose chez les anciens détenus serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme *et al.* 2001; Verger *et al.* 2003). Cette même étude de Prudhomme établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* (Ministère de la justice *et al.* 2012) spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. Mais en pratique, les moyens du dispositif d'accueil actuel s'avèrent souvent insuffisants : outre les problèmes d'accès aux soins pendant la détention (notamment liés à la surpopulation), les difficultés d'hébergement et de continuité des soins persistent à la sortie, en particulier dans les maisons d'arrêt.

Pour éviter les ruptures de soins et les "sorties sèches"¹³⁹, les pouvoirs publics ont mis en place, dans le cadre du plan gouvernemental 2008-2011, à titre expérimental, des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prison au sein des structures sociales et médico-sociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison. En deux ans (2009-2010), deux types de programmes destinés aux sortants de prison ont ainsi été financés puis évalués par l'OFDT (Obradovic 2014), montrant l'existence d'un réel besoin.

Le premier programme a consisté à ouvrir quatre unités d'hébergement collectif d'environ 10 places aux sortants de prison connaissant un problème d'addiction : 225 personnes ont ainsi été accueillies au sein de structures médico-sociales sans délai après leur sortie de prison, l'ensemble des places disponibles ayant été pourvues. La durée de séjour moyenne dans ces unités d'accueil était d'environ 2,5 mois (71 jours), avec de fortes variations selon les structures (de 39 à 109 jours). La plupart des bénéficiaires des unités d'accueil court sont des personnes sortant directement de détention (55 %), tandis que 37 % bénéficient d'un aménagement de peine et 8 % sont permissionnaires et donc reçus dans le cadre d'une préparation à la sortie de prison. Les besoins d'accompagnement social et de soins de ce public sont importants : parmi les personnes accueillies, 65 % vivaient dans la rue ou en hébergement précaire avant leur incarcération, 53 % de minima sociaux et 33 % sans couverture sociale. En outre, plus d'un tiers (35 %) des personnes reçues en unité d'accueil déclarent une séropositivité au VIH, au VHB et/ou au VHC. Il s'agit en majorité des polyconsommateurs de substances psychoactives (presque tous fumeurs de tabac, plus de 50 % de buveurs excessifs, 62 % de consommateurs de cocaïne ou de crack, 32 % de consommateurs d'opiacés) et la plupart (54 %) suivaient un TSO à l'entrée dans l'unité.

Le deuxième type de programme destiné aux sortants de prison a pris la forme de consultations avancées de CSAPA en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), plus particulièrement au sein du dispositif Accueil hébergement insertion (AHI), afin d'accueillir les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ou de drogues illicites dès la sortie de prison. Mises en place entre 2009 et 2011 dans trois régions, ces consultations avancées de CSAPA en AHI ont accueilli environ 70 personnes, dont la majorité sortait directement de détention (80 %), contre 20 % en aménagement de peine. Pour près des deux tiers de ces personnes (65 %), le suivi a duré plus de deux mois, un quart faisant au contraire l'objet de suivis courts (25 %). Les personnes précarisées connaissant des troubles addictifs prédominent dans le public. Plus d'un quart vit dans la rue ou en hébergement précaire (27 %) et 37 % sont bénéficiaires de minima sociaux. Les bénéficiaires de consultations avancées de CSAPA en AHI sont, pour moitié, consommateurs réguliers d'opiacés (héroïne, morphine, opium), la plupart déclarant un TSO en cours dès l'entrée dans le dispositif (61 %), et souvent polyconsommateurs de produits. Environ 7 % déclarent une séropositivité au VIH, au VHB et/ou au VHC.

¹³⁹ Sorties de prison sans suivi thérapeutique

9.9. Réinsertion sociale des usagers de drogues sortant de prison

L'évaluation des dispositifs d'accueil des sortants de prison menée par l'OFDT a montré que l'objectif d'une insertion sociale, voire professionnelle, paraissait difficile à atteindre auprès d'un public qui, pour une grande part, n'a jamais travaillé et qui connaît des problématiques sociales importantes. Les professionnels soulignent la difficulté d'intervenir en l'absence de droits sociaux ouverts à la sortie de détention, intensifiée par la difficulté de trouver une structure de relais après le séjour dans l'unité d'accueil. Le relais assuré à la sortie du dispositif (par les structures d'aval) est ainsi jugé insuffisant par l'ensemble des structures porteuses d'unités d'accueil court. L'ensemble des professionnels interrogés plaident pour remettre l'accent sur le soin s'agissant de mesures destinées aux sortants de prison présentant des troubles addictifs (Obradovic 2014).

10. Marchés des drogues

10.1. Introduction

La compréhension de l'état du marché des drogues illicites passe par l'évaluation de la *disponibilité* et de l'*accessibilité* d'une substance donnée, par l'évolution des quantités saisies, ainsi que l'analyse de l'évolution de son prix de détail.

Le suivi de l'offre implique également la surveillance de la composition (taux de pureté, produits de coupe) des produits en circulation.

Disponibilité, accessibilité

La *disponibilité* se définit comme la présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Elle est dite « perçue » dans la mesure où la disponibilité fait l'objet d'une évaluation par les observateurs « sentinelles » dédiés à cette fonction.

L'*accessibilité* désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut en effet être disponible mais peu accessible. Il existe plusieurs degrés d'accessibilité qui peuvent être mesurés à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance, les lieux (public/privé), la plage horaire (nuit/jour), ou le type de réseau.

La principale source d'information est constituée par le dispositif d'observation pérenne Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND, cf. Annexe V-TREND), qui recueille depuis 1999 des informations principalement qualitatives (accessibilité, disponibilité, prix), auprès des usagers et des différents acteurs de la prévention, du soin ou de l'application de la loi.

Le dispositif d'analyse des produits, le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES, cf. Annexe V-SINTES), partie intégrante de TREND, apporte, dans ce cadre, des informations sur la circulation et la composition de produits rares ou émergents.

Les enquêtes en population générale peuvent également apporter des éléments sur l'accessibilité, l'approvisionnement et la disponibilité perçue des différentes substances illicites.

Saisies et structuration des trafics

Il est difficile de distinguer les quantités de drogues destinées au marché intérieur de celles qui ne font que transiter. En effet, la France est un pays de transit pour des substances destinées notamment aux Pays-Bas, à la Belgique, au Royaume-Uni, à l'Italie et au-delà. Le trafic en France doit donc être abordé en fonction des produits, puisque les pays d'acquisition et de destination varient selon la substance considérée.

En France, trois grands types de réseaux d'offre de substances illicites peuvent être distingués :

- les réseaux liés au grand banditisme que l'on retrouve le plus souvent au stade de la vente en gros et en semi-gros ;
- les réseaux de détaillants structurés selon une division du travail rigoureuse responsable/revendeur/rabatteur/guetteur ;

- les micro-réseaux d'usagers-revendeurs.

La principale source d'information est constituée par les données des services répressifs (police, douanes, gendarmerie), centralisées annuellement par l'Office central pour la répression du trafic de stupéfiants (OCRTIS). Celui-ci indique notamment les quantités de drogues illicites saisies sur le territoire français, les prix, ainsi que des éléments de connaissance sur la structuration des réseaux de trafics.

En outre, le dispositif TREND fournit des informations qualitatives sur les modes d'accès aux produits et sur le micro-traffic.

La vente par Internet de nouvelles substances psychoactives¹⁴⁰, classées ou non en France, donne lieu à des formes différentes de flux. Leur documentation demande la contribution de sources complémentaires d'informations. Le Service commun des laboratoires des douanes (SCL) et l'Institut national de la police scientifique (INPS) sont les principaux organismes qui collectent les informations sur le nombre de saisies, leurs quantités et l'identification des substances concernées.

Prix

Deux dispositifs permettent de recueillir les prix de vente des produits illicites à l'unité :

- une enquête périodique de l'OCRTIS, à partir des données collectées dans 69 sites répartis sur le territoire de la France métropolitaine, qui relève les prix médians de semi-gros et de détail de certaines substances illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, ecstasy) ;
- le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif. Pour chaque substance considérée (illicite ou médicaments détournés), le prix au détail ainsi qu'une estimation du prix le plus bas, du plus cher et du prix courant sont demandés. En 2011, la collecte des prix s'est enrichie, à la demande de la MILDT (devenue MILDECA), d'un baromètre fondé sur un recueil semestriel (annuel depuis 2012) réalisé par les 7 sites du dispositif TREND. Les substances illicites concernées sont le cannabis (herbe, résine), l'héroïne, la MDMA (comprimé, poudre, cristal) et la cocaïne, dont les prix sont recueillis dans l'espace urbain comme festif.

Composition et pureté des produits

La composition d'un produit correspond à l'ensemble des substances présentes dans un échantillon de ce produit.

La pureté, ou teneur, représente le pourcentage de la substance psychoactive retrouvée dans le produit.

¹⁴⁰ Les nouvelles substances psychoactives, au sens de l'EMCDDA, comprennent les nouveaux produits de synthèse (NPS) mais aussi d'autres produits, tels que le khat, le GHB, la kétamine, des plantes et champignons hallucinogènes (psilocybes, Salvia, Datura, etc.), voire des médicaments faisant l'objet de mésusages. En France, la définition de nouveaux produits de synthèse est plus restrictive que la liste dressée par l'EMCDDA.

L'échantillon comporte également des produits de coupe ou adjuvants. Ces termes désignent toute substance ajoutée au produit principal. Elles peuvent être pharmacologiquement actives ou non.

La limite de détection est la quantité minimale d'une substance permettant son identification dans un échantillon.

La limite de quantification est la quantité minimale d'une substance permettant son dosage dans un échantillon.

Deux sources d'information complémentaires sont utilisées par l'OFDT pour documenter la composition des produits en circulation :

- les analyses de produits issus des saisies des services répressifs. Ces données sont transmises par les laboratoires des services répressifs et regroupées dans le rapport de l'OCRTIS ;
- les analyses issues des collectes auprès d'usagers de drogues dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT.

Les analyses des saisies

Les analyses des saisies par les laboratoires des services répressifs constituent la source principale d'information sur la composition des produits illicites en France. L'OCRTIS synthétise toutes les données sur la composition des substances illicites saisies et analysées par l'ensemble des services répressifs (douanes, police et gendarmerie) au cours de l'année sur tout le territoire national. Il reprend les résultats d'analyse des saisies sans tenir compte du volume, à l'exception de la cocaïne, dont les saisies aéroportuaires sont distinguées des saisies de rue.

La substance psychoactive principale est dosée ; les autres substances, à part quelques cas, sont uniquement identifiées.

L'échange d'information entre l'Early Warning System (EWS), système d'alerte européen de l'EMCDDA, et le dispositif SINTES, dont il est le correspondant national, permet également l'identification de nouvelles molécules.

Enfin, le dispositif SINTES est aussi en relation avec les laboratoires des services répressifs par une convention qui officialise les échanges d'informations sur les produits circulant. Sur demande ponctuelle de l'OFDT, ces services fournissent des informations quant à la nature et la composition de produits issus de saisies récentes ou faisant l'objet d'une attention particulière de la part de l'OFDT et/ou de l'EMCDDA.

Le dispositif SINTES

Le dispositif SINTES repose sur la collecte d'échantillons de produits, illicites ou non, réalisée directement auprès des usagers de drogues. Les produits collectés sont envoyés à un laboratoire d'analyse toxicologique qui en détermine la composition. Parallèlement, un questionnaire est soumis à l'utilisateur sur le contexte de consommation du produit et sur son prix d'achat. Cela permet de lier directement le prix et la pureté d'un produit donné. Il comporte trois volets :

- Le volet *observation* propose un éclairage annuel sur la composition d'un produit illicite particulier¹⁴¹. Mené depuis 2006, ce volet n'a pas pu être conduit en 2013 pour des raisons budgétaires. Le dispositif SINTES-observation s'appuie en grande partie sur le réseau national TREND. Chaque collecteur local est choisi et formé selon ses réseaux et ses compétences par le coordinateur régional sous la responsabilité de l'OFDT, qui lui fournit une carte de collecte. Au total, le réseau compte environ 90 collecteurs. Chaque année, environ 350 à 450 échantillons du produit faisant l'objet de l'étude sont collectés auprès d'autant d'utilisateurs différents. C'est donc le volet principal du dispositif SINTES pour renseigner la composition d'un produit au plan national sur une année.
- Le volet *veille* s'inscrit plus particulièrement dans le système d'alerte sanitaire. Son fonctionnement s'appuie aussi sur les sites du réseau TREND et extérieurs au réseau via des conventions. En 2013, le réseau SINTES a accueilli 3 nouveaux sites. Hors du réseau, tout professionnel travaillant auprès des utilisateurs peut demander à l'OFDT une autorisation de collecter un produit illicite aux fins d'analyse, à condition que celui-ci ait occasionné des effets indésirables inhabituels chez un utilisateur, ou bien s'il présente un caractère de nouveauté. Le nombre annuel de collectes se situe en général entre 60 et 100. Les apports de ce volet sont donc l'identification de molécules circulant depuis peu et le renseignement ponctuel de la composition de certaines molécules à un moment précis et dans un endroit donné.
- Depuis 2010, le système SINTES s'est enrichi d'une veille internet sur les nouveaux produits de synthèse (NPS), afin de les documenter. En avril 2013, le démarrage officiel du projet européen I-TREND, coordonné par l'OFDT, permet l'élaboration et la mise en œuvre d'outils d'observation des NPS vendus par Internet et de leurs usages.

Tous les produits pharmacologiquement actifs sont identifiés, à condition qu'ils soient présents dans la base de données du laboratoire. En revanche, seule la substance psychoactive principale est dosée, sauf demande contraire.

10.2. Approvisionnement et offre nationale

10.2.1. Provenance des drogues : production nationale versus production importée

L'herbe de cannabis est la seule substance illicite dont on observe la production en France. Alors que la culture d'herbe était majoritairement le fait de petits cultivateurs autosuffisants, la situation a commencé à changer, à partir de 2011, avec l'apparition de « cannabis factories » tenues par le crime organisé et l'investissement de particuliers dans la culture commerciale.

Tous ces phénomènes se sont confirmés lors de l'année 2013 et permettent de dresser une typologie relativement précise de l'offre d'herbe de cannabis en France. Du côté de la production, les principaux acteurs peuvent être classés ainsi :

- Des petits cannabisculteurs produisant pour leur propre compte ou celui d'un entourage proche.

¹⁴¹ Cocaïne en 2006, héroïne en 2007-2008, produits de synthèse en 2009, de nouveau héroïne en 2011, et cannabis (herbe et résine) en 2012.

- Des particuliers se lançant dans la production commerciale d'herbe de cannabis à relativement grande échelle (plusieurs dizaines de plants).
- Des groupes criminels installant de véritables unités de production (« cannabis factories ») pouvant compter plusieurs milliers de plants. Le phénomène nouveau réside dans l'implication émergente de groupes issus des banlieues dites « sensibles » et plutôt spécialisés à l'origine dans l'importation et la distribution de résine de cannabis.

Il existe aussi des réseaux importateurs d'herbe de cannabis, s'approvisionnant notamment aux Pays-Bas. En 2013, 58 % de l'herbe de cannabis dont l'origine est connue en provenaient (données OCRTIS 2013). Ceux-ci comprennent aussi bien des structures très organisées que des petits réseaux d'usagers-revendeurs.

10.2.2. Modalités de trafic, flux nationaux et internationaux, routes du trafic, *modi operandi* et organisation du marché domestique des drogues

Cannabis

La résine de cannabis consommée en France provient du Maroc, le plus souvent via l'Espagne. Elle est importée par des réseaux criminels transnationaux bien organisés et souvent implantés dans des cités, à la périphérie des grandes métropoles françaises, où existe une proximité culturelle avec le pays producteur. L'architecture du trafic de résine de cannabis s'appuie en France sur trois grands types de trafiquants :

- des grossistes implantés dans le sud de l'Espagne ou au Maroc, capables d'importer de la résine de cannabis par tonnes. Selon certains services répressifs, ces groupes seraient une soixantaine (soit environ un millier de personnes) ;
- des intermédiaires (semi-grossistes), qui acheminent régulièrement sur le territoire français de la résine de cannabis en provenance d'Espagne ou des Pays-Bas. Ce sont des groupes très structurés qui importent aussi d'autres produits illicites (cocaïne, héroïne) même si la spécialisation monoproduit reste plutôt la règle ;
- des trafiquants locaux situés à la tête de réseaux de revendeurs chargés d'écouler les produits sur un territoire donné.

Aujourd'hui, le marché de la résine de cannabis semble moins dynamique et rentable. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène. D'une part, la concurrence grandissante provoquée par une offre d'herbe produite en France et dans le reste de l'Europe, et d'autre part, la répression menée par les services de police, des douanes et de la gendarmerie qui conduisent les trafiquants à démultiplier les zones de stockage et à fragmenter leurs convois. Cela provoquerait une hausse des coûts et, par effet mécanique, une chute de la rentabilité du trafic.

En la matière, en 2013, les grosses saisies de résine de cannabis réalisées en Méditerranée sur des bateaux en provenance de Libye et d'Égypte fournissent une illustration de la diversification des grandes routes du trafic de résine.

Héroïne

La tendance à la hausse de la disponibilité de l'héroïne sur le marché français est favorisée par le nouveau dynamisme de l'offre enregistrée depuis dix ans en Afghanistan, pays d'où provient

90 % de l'héroïne consommée en France, couplé à une demande en augmentation depuis quelques années (Cadet-Taïrou *et al.* 2012).

L'augmentation de la production d'opium et d'héroïne (Chouvy 2013) a favorisé l'enracinement d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne via la route des Balkans¹⁴² sur le territoire français. Cette importation se réalise selon deux grands circuits, décrits dans la section correspondante du rapport national 2013 (Gandilhon *et al.* 2013b).

À côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé, existent des réseaux, qualifiés par la police de *secondaires*, des micro-structures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs. Ils s'approvisionnent en héroïne dans les pays frontaliers de la France, comme la Belgique et les Pays-Bas. Ces deux pays sont les lieux traditionnels de stockage de l'héroïne qui arrive via la route des Balkans (OCRTIS 2009).

Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage (BHD) prescrite dans le cadre de traitements de substitution aux opiacés (TSO) fait l'objet, depuis sa mise en vente en 1996, d'un trafic sur le marché parallèle des centres urbains, destiné la plupart du temps à une clientèle d'usagers extrêmement marginalisés (Toufik *et al.* 2010). Ce trafic est porté par deux types de groupes :

- un groupe relativement organisé qui, obtenant de multiples prescriptions par le biais de personnes éventuellement non dépendantes aux opiacés ou en falsifiant des ordonnances, dispose de quantités importantes de comprimés susceptibles d'être vendues au marché noir mais également exportées ;
- un groupe composé essentiellement d'usagers eux-mêmes sous TSO, qui se livrent à de petites reventes dans le cadre d'un marché non structuré.

Sulfates de morphine

Les sulfates de morphine (Skenan[®]LP, Moscontin[®]) constituent une classe de médicaments opiacés indiqués dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques. Ils sont parfois prescrits dans le cadre d'un traitement de la dépendance aux opiacés. En 2012 et 2013, les sites TREND, à l'exception de Lille, ont rapporté le développement d'un marché parallèle de ces médicaments, destiné à répondre à une augmentation de la demande (Cadet-Taïrou *et al.* 2014b). Celle-ci, présente depuis 2000, a connu toutefois un nouvel essor du fait notamment de la chute de la pureté de l'héroïne en France en 2010 et 2011 (Cadet-Taïrou *et al.* 2013c). Les usagers se seraient alors reportés sur les sulfates de morphine, lesquels bénéficient d'une image plus favorable que celle du Subutex[®]. Lorsque le marché parallèle est circonscrit, il est en général le fait d'usagers se livrant à de petites transactions. Certains d'entre eux peuvent être traités dans le cadre d'un protocole, ce qui leur permet de revendre une partie de leur consommation, soit parce qu'ils ont réussi à obtenir une prescription supérieure à leurs besoins, soit parce qu'ils diminuent leur consommation. Ces pratiques apparaissent plus rares dans les zones où les prescriptions sont

¹⁴² Selon l'ONUUDC, 80 % de l'héroïne afghane destinée au marché européen emprunterait la route des Balkans (UNODC 2012).

peu nombreuses et très contrôlées. À Bordeaux existent également de petits revendeurs qui fournissent un groupe ou une zone, comme un squat.

Une part des usagers pratiquent également le nomadisme médical et alimentent le marché noir en consultant plusieurs médecins, y compris, là encore, certains usagers sous protocole (Rennes). Comme pour la BHD, ce nomadisme peut s'étendre à des prescriptions au-delà du département ou de la région, soit pour éviter d'être repéré, soit lorsque l'accès apparaît « saturé »¹⁴³ ou que la relation de confiance avec le prescripteur est rompue.

Enfin, à Bordeaux, se serait construite une filière tenue par des ressortissants d'États d'Europe de l'Est et caucasiens organisant un trafic à destination de leurs pays d'origine¹⁴⁴. Ce trafic concentrerait en fait la partie la plus importante des quantités détournées.

Méthadone

La forme « sirop » fait, depuis plusieurs années, l'objet de détournements selon les modalités décrites les années précédentes, à savoir, pour l'essentiel, des « dépannages » ou des micro-trafics qui ne dépassent pas le stade artisanal, même s'ils sont un peu plus visibles d'année en année. En 2013, un certain nombre de sites du dispositif TREND (Rennes, Lille, Bordeaux, Toulouse et Paris) ont fait état de circulation de gélules hors du cadre thérapeutique prévu. Cependant, à l'instar de ce qui se passe pour le sirop, il semble que la présence de gélules ne soit pas le fruit d'un trafic organisé mais de « dépannages » ponctuels entre usagers.

Cocaïne

Il existe aujourd'hui trois grands types de réseaux qui assurent la distribution de la cocaïne sur le territoire français :

- des réseaux liés au grand banditisme, français et étrangers, spécialisés en général dans la vente en gros du produit ;
- des réseaux dits de « cité », implantés dans les quartiers périphériques des grandes métropoles, investis soit dans la vente en gros soit de détail ;
- des réseaux d'usagers-revendeurs plus ou moins professionnalisés.

En 2013, cette configuration du trafic de cocaïne en France n'a pas évolué. En revanche, les services répressifs mettent l'accent sur le rôle croissant des Antilles françaises (Guadeloupe, Martinique) et de la Guyane à la fois comme zones d'expédition de la cocaïne destinée à la France et plus largement à l'Europe et marché secondaire de gros. Pour l'OCRTIS, les Antilles françaises, avec la République dominicaine, occupent une place de plus en plus stratégique dans le trafic de cocaïne à destination de l'Europe. La cocaïne provient majoritairement des côtes du Venezuela, pays qui est devenu ces dernières années « *un nouvel épice de trafic régional et mondial de cocaïne* » (Weinberger 2013). Depuis 2004, date de création de l'antenne « Caraïbe » de l'OCRTIS¹⁴⁵, près d'une trentaine de tonnes de cocaïne ont été saisies, tandis

¹⁴³ Trop de demandeurs par rapport au nombre de médecins prescripteurs.

¹⁴⁴ D'après l'Assurance maladie et des intervenants en prison.

¹⁴⁵ L'antenne antillaise de l'OCRTIS est chargée de coordonner le travail de la police, de la gendarmerie, des douanes, de la Marine nationale et de la gendarmerie maritime.

que 73 organisations ont été démantelées pour près de 1 000 personnes placées en garde à vue. Pour ce qui concerne la métropole, l'ampleur prise par le trafic a été illustrée en 2013 par une des plus grosses saisies jamais intervenues avec plus de 500 kg de cocaïne interceptés au Havre d'une cargaison qui provenait de Fort-de-France.

Le trafic aérien Antilles-métropole est largement le fait de mules transportant le produit soit *in corpore*¹⁴⁶, soit dans les bagages. Ces mules peuvent être recrutées par des organisations criminelles françaises installées en métropole. Depuis quelques années, avec l'investissement croissant des bandes issues des quartiers périphériques des grandes métropoles dans le trafic de cocaïne, ce phénomène ne cesse de se développer. En général, les personnes choisies sont des jeunes femmes rétribuées de 1 000 à 3 000 € pour rapporter de « petites » quantités (de 3 à 5 kg) (Colombani 2010). L'intérêt du marché de gros antillais réside dans des prix beaucoup plus bas qu'en France métropolitaine. Alors qu'en métropole le prix de gros du kilo de cocaïne s'élève en moyenne à 30 000 €, il peut descendre jusqu'à 10 000 € dans les Antilles françaises, ce qui permet l'obtention de profits susceptibles de compenser largement le coût d'un billet d'avion¹⁴⁷ et d'une « semaine de vacances ». Le troc résine de cannabis/cocaïne existe également dans un rapport de 2 pour 1¹⁴⁸.

Ecstasy/MDMA

En 2013, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est réalisé par des microstructures qui s'approvisionnent à l'étranger (Belgique, Pays-Bas, Allemagne) ou plus rarement auprès de filières relevant du crime organisé originaire d'Europe de l'Est.

De plus, il semblerait que, pour répondre à la hausse de la demande, une organisation plus structurée de l'offre de MDMA (poudre) soit en train de se mettre en place. Ainsi, les services répressifs de Paris ou Rennes notent l'émergence de réseaux organisés et professionnalisés s'approvisionnant aux Pays-Bas et en Belgique.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

Depuis l'émergence discrète en France du phénomène des NPS en 2008 (Lahaie *et al.* 2013), 97 nouvelles substances ont été identifiées par les laboratoires d'analyses toxicologiques dont 36 en 2013. Le rythme d'identification s'est fortement accéléré depuis 2010, avec 3 nouvelles substances analysées chaque mois (1 par mois en 2012). En 2013, les cannabinoïdes restent majoritaires parmi les nouvelles identifications (31 entre 2008 et 2013 dont 13 en 2013) mais pour la première fois, le nombre de phénétylamines¹⁴⁹ identifiées dans l'année dépasse celui des cathinones (7 contre 4), amenant les deux familles à égalité sur la période 2008-2013 (19 chacune). Des molécules appartenant à de nouvelles classes chimiques apparaissent :

¹⁴⁶ Un passeur, dit « bouletteux », peut ingérer jusqu'à un kilo de cocaïne.

¹⁴⁷ En France métropolitaine, un kilo de cocaïne, acheté 30 000 € coupé à 50 %, peut engendrer en moyenne, sur la base d'une valorisation du gramme autour de 60 euros, un profit de 90 000 € tandis que le même kilo, acheté dans les Antilles, rapportera 110 000 €

¹⁴⁸ Le marché du cannabis, pour des raisons géographiques qui tiennent à l'éloignement du Maroc, deuxième producteur au monde, est dominé par l'herbe. Cependant, il existe une demande pour la résine, laquelle peut être vendue beaucoup plus cher que l'herbe.

¹⁴⁹ Les phénétylamines ont des propriétés stimulantes, empathogènes et plus ou moins hallucinogènes. Elles se déclinent autour du modèle des molécules emblématiques de cette famille, à savoir la MDMA, l'amphétamine ou encore le 2C-B.

essentiellement les arylcyclohexylamines¹⁵⁰ (similaires à la kétamine, comme la méthoxétamine) et les arylalkylamines¹⁵¹.

La place des différents NPS sur le marché numérique est observée à travers les sites de vente et les forums d'utilisateurs. Sur Internet¹⁵², le classement comme stupéfiant (surtout s'il est opéré par un grand nombre de pays) peut jouer sur la disponibilité d'un NPS, de même que les avis des utilisateurs relayés par les forums. Les substances suscitant le plus d'intérêt sont plutôt des stimulants.

Peu de NPS vendus sur le marché numérique ou recensés en Europe sont observés sur le marché « réel » par les dispositifs TREND et SINTES. Ils continuent à y être vendus comme des imitations de substances classiques ou directement sous le nom du produit qu'ils sont censés copier (MDMA, amphétamine), ou encore sous des noms fantaisistes (Vortex, RTI-111). Plus rarement, certains produits sont vendus sous le nom de leur molécule.

Dans l'espace festif alternatif, il circule davantage de NPS possédant des effets hallucinogènes (arylcyclohexylamines, phénétylamines et tryptamines), déjà repérés pour certains¹⁵³ via les dispositifs TREND et SINTES mais pas identifiés comme des NPS, dont la diffusion semble s'être intensifiée. Dans l'espace festif commercial, les NPS de type stimulants semblent davantage présents (MPA, éthylphénidate).

L'offre de méthoxétamine continue à particulièrement se distinguer sur le marché numérique comme sur le marché « réel », en raison de sa longévité, et ce malgré son classement en août 2013¹⁵⁴. C'est l'un des NPS qui s'est le plus diffusé vers d'autres groupes d'utilisateurs que ceux fréquentant les forums dédiés (Kmetonyova *et al.* in press; Gandilhon *et al.* 2014; Cadet-Tairou *et al.* 2013c).

Dans le même temps, les saisies de NPS illicites indiquent la circulation de molécules différentes de celles qui suscitent l'intérêt des internautes. Ainsi, 59 % de ces saisies concernent l'une des 3 substances suivantes : la méthylone, la x-MEC et la 4-FA. Entre 2012 et 2013, le nombre de saisies de ce dernier produit a été multiplié par 100. Dans le même temps et depuis 2009, pratiquement aucun autre signalement n'a eu lieu en France pour cette molécule¹⁵⁵. En 2013, les saisies concernent des conditionnements de petites quantités à destination du consommateur final. Cet écart pose la question de savoir quelles données rendent le mieux compte de la réalité du marché. Il est possible que les douanes privilégient la vérification d'un certain type de paquets ou des courriers dont ils identifient l'expéditeur, si celui-ci est un fournisseur très actif de NPS.

¹⁵⁰ Les arylcyclohexylamines relèvent à la fois des psychotropes hallucinogènes et des produits dits "dissociatifs" (engendrant un sentiment de dissociation entre le ressenti corporel et psychique).

¹⁵¹ Les arylalkylamines ont des effets proches des phénétylamines (hallucinogènes, stimulants, empathogènes). Les molécules les plus connues sont le 6-APB, le bromo-dragonfly ou le 2C-B-Fly.

¹⁵² Il s'agit ici uniquement de l'Internet accessible par des moteurs de recherche grand public.

¹⁵³ Le 2C-B a été identifié par SINTES la première fois en 2001.

¹⁵⁴ Arrêté du 5 août 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. JORF n°184 du 9 août 2013. (NOR AFSP1320886A)

¹⁵⁵ La 4-FA (4-fluoroamphétamine), aussi dite 4-FMP, a été identifiée pour la première fois en Europe en février 2009. À l'époque (et encore maintenant), il existait très peu de signes de sa consommation sur le sol français, mais plus de 600 saisies avaient eu lieu sur des quantités souvent proches d'un kilo voire plus.

Jusqu'ici, l'achat sur Internet concernait uniquement la consommation personnelle des usagers de NPS. Le développement d'une revente commerciale à partir d'achats réalisés sur Internet n'était pas encore clairement observé mais il apparaît plus marqué, en particulier en espace festif.

De surcroît, l'année 2013 a été marquée par la découverte pour la première fois en France d'un laboratoire de conditionnement de NPS (Ladroue *et al.* 2013). Un site de vente en ligne avait dans ce cas proposé à un client fidèle de devenir un intermédiaire. Cette stratégie des sites de vente a également été signalée par des usagers actifs de forums spécialisés.

Khat

Du fait d'un changement dans les voies de trafic de ce produit, suite à son classement comme stupéfiant aux Pays-Bas, les saisies de khat (en nombre et en volume) ont augmenté en 2013, alors qu'il n'existe en France aucun signe d'augmentation significative de la consommation¹⁵⁶.

10.3. Saisies

10.3.1. Quantités et nombre de saisies de toutes les drogues illicites

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.

Cannabis

Les saisies de résine et d'herbe de cannabis augmentent fortement en 2013 (tableau 10.1). Pour la résine, l'augmentation interrompt la tendance à la baisse observée depuis 2009. Ce phénomène s'explique par de grosses saisies maritimes réalisées en Méditerranée.

Les saisies de pieds de cannabis sont en augmentation et se situent à un niveau sans précédent. Cela traduit le développement de la culture d'herbe en France.

Héroïne

Avec 570 kg, les saisies d'héroïne en 2013 sont en forte baisse et viennent confirmer la tendance observée depuis quelques années. L'atomisation du trafic d'héroïne, dispersé entre des myriades de petites structures diffusant des quantités réduites de produit, pourrait expliquer le contraste entre une baisse régulière des saisies et la disponibilité certaine du produit sur le territoire français.

¹⁵⁶ Il existe de rares pratiques communautaires (Afrique subsaharienne), repérées surtout dans l'est de la France, sans que celles-ci soient accompagnées par des signaux sanitaires ou juridiques.

Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg) entre 2008 et 2013 et évolution 2012-2013 (en %)

Drogues saisies	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2012-2013
Cannabis : Résine	71 075	56 073	52 795	55 641	51 118	70 918	+ 38,7
Cannabis : Herbe	3 422	3 495	4 564	5 450	3 270	4 758	+ 45,5
Cannabis : Graines	30	45	22	nd	13	25	+ 92,3
Cannabis : Pieds	37 441	56 453	54 728	73 572	131 307	141 374	+ 7,6
Héroïne	1 117	970	1087	883	701	570	- 18,6
Cocaïne	8 214	5 211	4 125	10 834	5 602	5 612	+ 0,17
Crack	12	12	14	13	14	7	- 50,3
Amphétamines	10	564	176	601	279	474	+ 69,9
Ecstasy (comprimés)	342 923	106 597	663 595	1 510 500	156 337	414 800	+ 165,3
LSD (buvards)	90 021	10 209	28 411	3136	4 135	58 344	+ 1 310
Kétamine	65	3	14	0,1	7,2	14,6	+ 102,7

Source : OSIRIS (OCRTIS)

nd : non disponible

Cocaïne

Les saisies de cocaïne en 2013 sont stables par rapport à l'année 2012 (tableau 10.1). Ces résultats s'inscrivent dans la moyenne des saisies observée depuis le début des années 2000, laquelle tourne autour de 5 tonnes (Gandilhon 2012).

Les saisies de crack sont en baisse en 2013, mais leur caractère erratique et aléatoire ne permet pas de dégager de tendances certaines.

Ecstasy et LSD

En 2013, les saisies de comprimés d'ecstasy augmentent fortement, dans un contexte où depuis une dizaine d'années les quantités varient beaucoup d'une année sur l'autre. Ces variations tiennent au caractère très aléatoire des saisies et des interceptions car une part du trafic ne fait que transiter. Le phénomène est identique pour le LSD.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

Entre 2008 et 2013, le nombre de saisies de NPS est passé de 21 à 1 076 (saisies douanières et policières). Parmi ces saisies, 649 concernaient un produit ou un mélange de produits dont au moins une substance est classée comme stupéfiant (59 %) et 427 saisies des produits psychoactifs sans statut juridique (41 %).

Jusqu'en 2012, la majorité des NPS était saisie dans des enveloppes avec de petites quantités de plusieurs produits et à destination de l'utilisateur final. Depuis début 2013, il s'agit davantage de paquets (500 g à 5 kg) contenant un seul produit, témoignant probablement d'achats à des fins de trafic. Leur circulation sous cette forme pourrait indiquer une activité plus importante sur le *deep web*¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Sites non référencés par les moteurs de recherche.

10.3.2. Quantités et nombre de saisies de précurseurs chimiques utilisés dans la production de drogues illicites

Les données sur les saisies de précurseurs sont inexistantes parce que la France n'est pas, ou très marginalement, un pays producteur.

10.3.3. Nombre de sites de production (et autres installations) de drogues démantelés, description des méthodes de production et type précis de drogues illicites produites

Il n'y a pas eu en France de démantèlements de laboratoires de production en 2013.

10.4. Accessibilité

10.4.1. Accessibilité perçue, exposition et accès aux drogues

Cannabis

Du fait de la solide implantation sur le territoire français des réseaux professionnalisés qui l'importent, soit directement du Maroc, soit indirectement d'Espagne, la résine de cannabis demeure très disponible en 2013¹⁵⁸, quels que soient les aléas qui peuvent survenir sur certains marchés locaux.

On constate, en France comme dans le reste du continent européen, un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible localement. Cette culture d'herbe est encore, contrairement à des pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, le fait majoritairement de petits cultivateurs. Dans l'écrasante majorité des cas, leur objectif est de satisfaire leur consommation personnelle. Cependant, plusieurs faits montrent que cette physionomie éclatée de l'offre d'herbe de cannabis continue de se modifier, avec l'augmentation des cultures commerciales *indoor* tenues par des particuliers et l'implication confirmée en 2013 de certains milieux criminels, d'origine asiatique notamment, s'intéressant de près à la production intensive de cannabis (Weinberger 2011).

Héroïne

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate, dite blanche, et la forme base, dite brune. La première, extrêmement minoritaire sur les marchés parallèles, ne circule que dans des milieux bien spécifiques, par exemple certains secteurs de l'immigration asiatique, chinoise en particulier, et des usagers insérés de la région parisienne, qui restent peu visibles. En revanche, la forme base est hégémonique sur le marché.

En France, en 2013, l'héroïne reste, à l'exception du site de Marseille, disponible sur les territoires relevant du champ d'observation du dispositif TREND. Toutefois, dans certains sites comme Bordeaux ou Rennes, la mauvaise qualité du produit qui circule incite les usagers à des reports sur des médicaments comme les sulfates de morphine.

¹⁵⁸ L'accessibilité perçue du cannabis apparaît aussi notable chez les jeunes : la moitié des lycéens de 16 ans interrogés durant l'enquête ESPAD 2011 jugent en effet que ce produit est assez ou très facile d'accès (Spilka *et al.* 2013).

Pour l'OCRTIS, en 2013, la disponibilité de l'héroïne est plutôt en augmentation, notamment dans les régions situées à proximité des Pays-Bas et de l'Espagne, qui sont des zones de stockage de l'héroïne destinée à l'Europe occidentale. Dans les régions enclavées du centre et de l'ouest de la France, la disponibilité et l'accessibilité demeurent élevées du fait d'une offre structurée entre réseaux professionnels et/ou d'usagers-revendeurs.

Cocaïne

En 2013, la disponibilité globale du chlorhydrate de cocaïne est restée élevée dans l'ensemble des sites du dispositif TREND. Le constat est identique pour l'OCRTIS, qui fait état d'une « *disponibilité de la cocaïne assez forte à forte sur une large partie de l'Hexagone* », à l'exception toutefois des départements ruraux du centre de la France. C'est dans les grandes zones urbaines que sont les métropoles lilloise, parisienne, lyonnaise et marseillaise que la disponibilité du produit est la plus forte (OCRTIS 2013).

Crack/cocaïne basée

En revanche, la disponibilité du crack (cocaïne vendue déjà basée et en très petite quantité à une clientèle en majorité très précaire) reste une particularité du nord-est parisien (intra-muros et communes limitrophes), des îles antillaises et de la Guyane. Les micro-marchés qui peuvent apparaître sporadiquement dans des villes de province ont des durées de vie très limitées (Gandilhon *et al.* 2013a).

Depuis cinq ans environ, le marché à Paris connaît deux évolutions majeures. D'une part, le profil dominant des dealers, marqués par la figure du « modou »¹⁵⁹ en provenance d'Afrique de l'Ouest, a évolué avec l'apparition d'un nouveau profil de revendeurs issus du monde des « cités » du nord de Paris et plutôt spécialisé dans le trafic de résine de cannabis (Gandilhon *et al.* 2013a). Ce phénomène est devenu visible à partir de 2008 et a été marqué par des luttes de territoires, qui ont abouti à l'éviction partielle des dealers traditionnels du marché. Il s'inscrit dans le cadre plus général du développement du marché des drogues qui voit de plus en plus la cocaïne et la résine de cannabis être associées dans les points de vente enracinés dans les cités du nord de Paris ou dans le département limitrophe de Seine-Saint-Denis. Dans la continuité de ce phénomène, on assiste à la pérennisation de points de vente de crack dans des halls d'immeubles du XIX^e et du XX^e arrondissement, sur le modèle de la résine de cannabis. Les observations ethnographiques font état d'une organisation extrêmement rigoureuse avec une division du travail bien connue des fabricants localisés en Seine-Saint-Denis : les revendeurs, les guetteurs et les rabatteurs. Le fait nouveau ne tient pas seulement à l'organisation de la revente mais à la clientèle qui relève d'un monde plutôt bien inséré socialement, confirmant ainsi l'existence d'une nouvelle demande pour la cocaïne basée, de la part d'usagers qui ne considèrent plus « free base » et « crack » comme des produits fondamentalement différents. En 2014, la police parisienne a démantelé un point de vente de crack opérant dans une cité du XIX^e arrondissement.

¹⁵⁹ Terme issu du wolof, langue d'Afrique de l'Ouest.

Émergence d'un marché de cocaïne basée en province ?

Le modèle du marché du crack, contrairement aux craintes exprimées à l'époque où il est apparu à Paris, ne s'est jamais vraiment diffusé en province. Il est arrivé, certes, au cours des années 2000, que des petits marchés de crack, vendu comme tel, apparaissent sur certains sites du dispositif TREND (comme récemment à Toulouse ou dernièrement à Marseille), mais le phénomène ne s'est pas pérennisé. Les observations ethnographiques ont montré en fait que cette extension était la conséquence, la plupart du temps, du passage d'usagers-revendeurs de crack en provenance de la région parisienne ou des départements d'outre-mer. Ces petites scènes de deal n'ont jamais rencontré de véritables clientèles et ont probablement pâti de la mauvaise réputation attachée au crack.

En revanche, depuis deux ans, on assiste sur certains sites, comme Bordeaux, Marseille ou Toulouse, à la constitution de petits marchés de cocaïne basée tenus par des usagers-revendeurs, consommateurs de cocaïne ou de free base. Contrairement au marché du crack parisien, il s'agit ici d'une cocaïne basée « artisanale ». Ils semblent répondre à l'existence d'une demande en provenance d'usagers qui apprécient la consommation de cocaïne basée et dont on peut penser, soit qu'ils ne savent pas la fabriquer eux-mêmes, soit qu'ils n'ont pas forcément les moyens d'acheter la cocaïne nécessaire (une partie de la clientèle étant composée de polytoxicomanes marginalisés ou d'usagers en situation financière difficile du fait d'une perte de maîtrise de leur consommation).

À Toulouse, les usagers qui fréquentent ces lieux de deal parlent de « cocaïne basée », voire de « crack », pour évoquer les produits qu'ils consomment, phénomène qui pourrait annoncer la fin du modèle fondé sur la dichotomie « crack »/ « free base » du fait de la prise de conscience qu'il s'agit, sur le plan toxicologique, d'un seul et même produit. Le phénomène est identique sur les sites de Marseille et Bordeaux qui signalent en 2013 des ventes de « crack » dans certains quartiers de la ville.

Ecstasy et amphétamines

Pour comprendre correctement l'état du marché et de l'offre d'ecstasy, il faut opérer une distinction entre les différentes formes sous lesquelles le produit circule : comprimé, gélule, poudre ou encore cristal.

Depuis plusieurs années, la forme poudre, dite MDMA, est apparue de plus en plus disponible dans les différents espaces festifs. Cette forme bénéficie de l'attrait pour le chlorhydrate de cocaïne, auquel elle est assimilée, et au développement du mode d'administration par voie nasale. Elle a également la réputation d'avoir des teneurs plus hautes que les comprimés. Compte tenu de son prix relativement élevé, elle ne touche qu'une clientèle particulière de l'espace festif (discothèques).

Alors que la forme comprimé avait connue une forte dégradation de son image auprès des consommateurs durant la décennie 2000 (Girard *et al.* 2010), l'année 2013 voit l'apparition de comprimés avec des poids et des teneurs plus importantes, mais aussi des formes en 3 dimensions (triangle, cœur, fantôme, etc.). Ces nouveautés entraînent un regain d'intérêt pour les comprimés.

L'offre d'amphétamine (speed) est toujours dynamique et s'adresse à un segment bien identifié d'usagers pour lesquels il fait office, en quelque sorte, de cocaïne de remplacement, du fait de la présentation sous une forme poudre et du mode d'administration, mais à un moindre prix. Le

produit est disponible notamment dans les milieux alternatifs de l'espace festif techno, mais se développerait également dans l'univers des boîtes de nuit et discothèques, en bénéficiant de la désaffection de nombreux consommateurs pour le comprimé d'ecstasy.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

L'accessibilité des NPS est différente selon les populations et les espaces de consommation. Pour ce type de produits, la notion d'accessibilité comporte l'accès pratique mais également la capacité de comprendre la diversité de l'offre et de maîtriser les usages (doses à prendre, effets attendus...).

L'accessibilité est maximale pour un noyau d'utilisateurs initiés, quasi-spécialisés, connaissant les classes chimiques, les noms des molécules et les effets précis des substances. En dehors des forums spécialisés, ces utilisateurs sont peu visibles pour les dispositifs d'observation. Dans l'espace festif alternatif, un premier cercle d'utilisateurs est également initié à cette culture et s'approvisionne directement sur Internet.

L'accessibilité continue de s'étendre en espace festif mais au fur et à mesure que l'on s'éloigne de ce premier cercle, les utilisateurs maîtrisent moins bien la pharmacologie des produits, recherchent moins d'information et achètent moins sur Internet (ils se tournent plutôt vers des revendeurs). Ils utilisent des noms commerciaux ou ceux des substances qu'ils sont censés imiter (ils sont parfois même incapables de dénommer ce qu'ils ont consommé).

Le prix plus bas que celui des produits classiques semble jouer différemment sur les comportements d'achats. Le public inséré socio-économiquement et rencontré en club l'associe positivement à la pureté et à la puissance des effets. Dans l'espace festif alternatif, les consommateurs en font une interprétation inverse : le prix bas évoque un mauvais produit et donc une « arnaque ». Ils semblent également davantage craindre la puissance des produits.

L'accessibilité s'est étendue en 2013 aussi parmi les profils traditionnels de consommateurs (patients sous TSO, polyusage centré sur les opiacés). Deux situations se dessinent :

- Les plus insérés, souvent anciens héroïnomanes sous TSO et disposant d'un logement, découvrent ces nouvelles substances qu'ils achètent directement en ligne. L'accès à ces substances pourrait redynamiser des carrières d'usages.
- Les plus précaires, qui achètent à des revendeurs : leur consommation de NPS reste minime par rapport à celle de « drogues classiques », notamment parce que ces substances sont souvent considérées comme étant de moindre qualité que celles qu'elles sont censées remplacer.

Une diffusion des NPS, notamment via des noms commerciaux, vers un public plus jeune habituellement éloigné du monde des drogues (mineurs, étudiants) n'est pas observée en 2013.

Hallucinogènes

Le marché des hallucinogènes est segmenté en deux sous-ensembles : les produits synthétiques comme le LSD ou la kétamine et les produits naturels comme les champignons ou la *Salvia divinorum* (sauge divinatoire).

Depuis une dizaine d'années, le marché du LSD en France présente un caractère extrêmement volatile du fait des aléas d'une offre très dépendante de l'activité des services répressifs dans les pays producteurs de cette substance, comme la Belgique ou les Pays-Bas. En 2013, le LSD serait disponible principalement dans les milieux festifs proches des *free parties* et des teknivals, où la substance semble recherchée par une frange de jeunes usagers avides de sensations fortes.

La kétamine occupe depuis 2009 une place de plus en plus affirmée au sein de l'éventail des substances consommées dans l'espace festif alternatif, du fait notamment d'une image qui a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Cette drogue d'initiés, aux effets radicalement antagoniques avec l'esprit de la fête (« dissociation » versus « communauté »), a connu un changement de statut qui en fait, auprès d'une fraction d'usagers, une substance « euphorisante » et « ludique ». Ce changement d'image favorise le développement de l'usage, même si cela ne la transforme pas, aux yeux de bon nombre d'usagers, en un produit banal. En 2012-2013, si certains sites notent un accroissement de la disponibilité de la kétamine (Bordeaux, Toulouse), d'autres mentionnent simplement que celle-ci persiste à un niveau important (Rennes, Lille), tandis que d'autres encore insistent sur le caractère erratique de la présence du produit et sur l'incapacité de l'offre à satisfaire quantitativement la demande (Paris, Metz, Marseille). Presque tous les sites TREND font en effet état d'une disponibilité cyclique, les périodes de forte présence de la kétamine alternant avec des phases de pénurie.

La kétamine est essentiellement disponible sur les lieux des événements festifs alternatifs, à l'exception de Bordeaux et de Toulouse (et à un moindre degré de Metz), où elle est accessible, quoique de façon erratique, dans l'espace urbain.

La totalité des sites du dispositif TREND constate en 2012 et 2013 un élargissement du profil des usagers de kétamine. Cependant, le processus n'est pas partout identique. Sur certains sites, comme Paris et Rennes, la diffusion ne progresse qu'au sein de l'espace originel, c'est-à-dire l'espace festif alternatif. Sur les autres sites, l'usage s'étend vers l'espace festif conventionnel (commercial et privé). À Toulouse, Bordeaux et, dans une moindre mesure, Metz, la diffusion de la kétamine s'élargit à des publics non festifs.

10.4.2. Prix au détail et prix de gros des drogues illicites

Cannabis

En 2013, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS (OCRTIS 2013) à environ 8,5 € pour une fourchette comprise entre 7 € et 10 € le gramme (tableau 10.2). Ce prix est en hausse par rapport aux années précédentes (6,5 € en 2009, 7 € en 2010, 7,5 € en 2011 et 8 € en 2012). Cette augmentation du prix de l'herbe s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégie des produits qu'ils perçoivent comme étant de « bonne qualité ».

Le prix de gros, mesuré par les services de police, s'élève à 4 000 € le kg, soit le niveau le plus élevé jamais observé en France.

Le prix médian de la résine de cannabis est stable. En 2013, il s'élève à 6 € le gramme. Le prix de gros de la résine pour la même année atteint les 2 250 € le kg.

Héroïne

En 2013, comme en 2012, selon l'OCRTIS, le prix médian du gramme d'héroïne brune tourne autour de 35 €, soit une baisse d'environ 10 % par rapport à 2010. Le prix de gros de l'héroïne brune tourne autour de 10 000 € le kg.

Les produits de substitution détournés

Le prix du comprimé de 8 mg de BHD, dans sa forme commercialisée sous l'appellation Subutex[®], la seule ou presque disponible sur le marché parallèle des grands centres urbains, se situe en 2013 autour de 4 €. Le prix du flacon de 60 ml de méthadone s'échelonne selon les lieux de 5 € à environ 20 €.

Cocaïne

Le prix du gramme de chlorhydrate de cocaïne en 2013 s'élève à 65 €. Il est resté stable par rapport à l'année 2012, laquelle marquait une rupture à la hausse dans la tendance à la stabilité du prix observé depuis cinq ans (60 €).

Le prix de gros, stable également, s'élève à 30 000 € le kg.

Tableau 10.2 : Évolution des prix médians depuis 2000 (en euros)

	TREND*				OCRTIS**		
	2000	...	2011	2012	2011	2012	2013
Héroïne	59		40	41	40	35	35
Cocaïne	84		68	76	60	65	65
Ecstasy (comprimés)	15		7	10	6	7,5	7,5
Résine de cannabis	nd		5,4	7	5	6	6
Herbe de cannabis	nd		8	10	7,5	8	8,5
Amphétamines	15		15,5	nd	nd	nd	nd
LSD (buvard)	8,5		10	nd	nd	nd	nd
BHD (Subutex® 8mg)	6,3		4,8	nd	nd	nd	nd

Source :

* : Baromètre semestriel « prix » de TREND (OFDT) pour l'héroïne, la cocaïne, le comprimé d'ecstasy, la résine et l'herbe de cannabis ; observations ethnographiques TREND pour les amphétamines, le LSD et la BHD.

** : Baromètre prix OCRTIS

nd : non disponible

Ecstasy

Il est nécessaire de distinguer la forme galénique sous laquelle le produit est vendu : comprimé, poudre et cristal.

En 2013, comme en 2012, selon l'OCRTIS, le prix du comprimé d'ecstasy s'établit à 7,5 €, ce qui marque plutôt une augmentation par rapport aux années précédentes. Toutefois, ce prix de détail ne traduit pas complètement la réalité du marché puisque les usagers ont tendance, pour faire baisser le prix unitaire du comprimé, à acheter des lots de plusieurs dizaines de comprimés. Ces achats permettent ainsi de faire baisser le prix du comprimé à 2,5 €.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

Les prix de revente dans l'espace « réel » restent plus élevés que ceux pratiqués sur Internet, permettant de générer une plus-value pour le revendeur. Ils peuvent être plus compétitifs que ceux des drogues « classiques », ou plus élevés, le revendeur jouant alors sur la pureté ou la nouveauté du produit.

10.4.3. Pureté/teneur des drogues illicites

Les éléments décrits ci-après sur la pureté des différentes substances concernent uniquement les produits vendus au détail et non ceux saisis par les douanes lors de leur entrée sur le territoire français.

Cannabis

L'augmentation des teneurs moyennes en THC observée depuis les années 2000 se confirme en 2013. Le taux de THC dans les résines augmente encore en passant de 16 % en 2012 à 17 % en 2013 ; il a doublé en 10 ans. Cela est dû essentiellement à l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (> 15 %) et à la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %). Le taux maximum de THC relevé dans la résine est de 40 % en 2013 (INPS (Institut national de police scientifique) 2013).

La teneur en THC dans l'herbe de cannabis est elle aussi en augmentation et passe de 10 % en moyenne en 2012 à 13 % en 2013. L'explication de cette tendance tient également dans l'augmentation des herbes fortement dosées (> 15 %).

Héroïne

Les données des services répressifs montrent clairement, après une nette diminution de la teneur moyenne du gramme d'héroïne vendu dans la rue entre 2010 et 2012, une forte augmentation. En 2013, la teneur moyenne du gramme de rue, qui était descendue à 7 % en 2012, s'élève à 11 %.

Cocaïne

En 2013, la teneur en cocaïne des échantillons saisis dans la rue (quantité inférieure à 10 g) tend à augmenter. La plupart a, en effet, une teneur comprise entre 20 et 30 % contre 10 % et 20 % en 2012.

Ecstasy

La poudre de MDMA, forme de plus en plus présente sur le marché en France, voit son taux de pureté moyen diminuer légèrement pour se situer autour de 60 %. Il s'agit toutefois d'un niveau élevé par rapport aux années précédentes (55 % en 2011, 47 % en 2009). La situation est semblable s'agissant des comprimés. En 2013, la teneur moyenne se stabilise à un niveau élevé (33 % contre 35 % en 2012) par rapport aux années précédentes (23 % en 2011 contre 21 % en 2009).

Sur les saisies douanières comme dans le dispositif SINTES, on observe que la masse des comprimés a très fortement augmenté. La proportion de MDMA dans leur composition reste comprise entre 40 % et 50 %, mais du fait de l'augmentation de la masse, un comprimé-dose en

2013 correspond à une teneur plus importante que les années précédentes. Ainsi, la teneur moyenne des saisies douanières était habituellement de 60 à 80 mg par comprimé ; elle est passée à 145 mg sur le dernier semestre 2013. La dose moyenne de MDMA par comprimé d'ecstasy dans les analyses SINTES est passée de 50 à 60 mg dans les années 2000 à près de 100 mg depuis 2012.

La concentration en MDMA dans les comprimés reste cependant inférieure à celle de la forme poudre ou cristal (60-70 % en 2012).

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

La diversité des NPS, le coût des standards de référence et leur péremption ne permettent pas aux laboratoires en charge de l'analyse des saisies douanières et policières d'en disposer systématiquement. La quantification de ces produits est donc rarement réalisée. Les documents analytiques tendent à démontrer la présence de substances quasi-pures. Le recoupement avec les données issues du dispositif SINTES sur des produits quantifiés confirment des teneurs souvent élevées.

10.4.4. Composition des drogues illicites et des comprimés de drogues

Héroïne

Le produit de coupe le plus fréquemment rencontré avec l'héroïne base est le mélange paracétamol/caféine. Les autres produits associés à la caféine sont de type psychoactif (lidocaïne, dextrométhorphane et diazépam).

Cocaïne

La cocaïne arrive déjà coupée sur le territoire français avec des produits comme le lévamisole, l'hydroxyzine et la caféine. Son taux de pureté moyen atteint, en 2013, 63 %, soit le double de la cocaïne de rue. Cette proportion est stable depuis trois ans. Elle est ensuite recoupée avec les mêmes produits ou d'autres (phénacétine, lidocaïne) ainsi que des sucres (mannitol, lactose, inositol et glucose) avant d'être revendue dans la rue.

Le lévamisole (antiparasitaire) est toujours l'adultérant le plus retrouvé (présent dans trois quarts des échantillons) quoiqu'en faibles teneurs (environ 10 % du volume total d'un échantillon moyen). Le deuxième adultérant le plus retrouvé est la caféine, suivie par la phénacétine.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

Les saisies portant sur des NPS continuent de montrer majoritairement soit des substances uniques, soit des mélanges de substances psychoactives. Il n'y a pratiquement jamais de saisies contenant des produits de coupe, pharmacologiquement actifs ou non.

Partie B. Bibliographie et annexes

Bibliographie

Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

- ANSM (2014). Compte rendu de la séance n°6 du 20 mars 2014 de la Commission des stupéfiants et psychotropes. ANSM, Saint-Denis.
- Assurance Maladie (2013). Medic'AM 2008-2012 [online]. Available: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2012.php> [accessed 28/07/2014].
- Aubusson de Cavarlay, B., Hure, M.S., Aillet, V. and Barré, M.D. (1995). Arrestations, classements, défèrements, jugements : suivi d'une cohorte d'affaires pénales de la police à la justice. CESDIP, Guyancourt.
- Bantuelle, M. and Demeulemeester, R. (2008). Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. INPES, Saint-Denis.
- Barré, M.C., Pottier, M.L. and Delaitre, S. (2001). Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. OFDT, Paris.
- Bastianic, T., Palle, C., Brisacier, A.C. and Cadet-Taïrou, A. (2013). Drug-related treatment: Treatment demand and treatment availability (chapter 5). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Beck, F. and Legleye, S. (2008). Measuring cannabis related problems and dependence at the population level. In: Röchner Sznitman, S., Olsson, B. & Room, R. (Eds.) A Cannabis reader: global issues and local experiences. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J.B., Tovar, M.L. and Spilka, S. (2011). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte [Levels of drug use in France in 2010. An analysis of the *Baromètre santé* 2010 data on psychoactive substances use among the adult population]. Tendances (76) 1-6.
- Beck, F., Guignard, R., Gautier, A., Palle, C. and Obradovic, I. (2013). La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. Revue française des affaires sociales (3) 24-41.
- Bello, P.Y., Cadet-Taïrou, A. and Halfen, S. (2010). L'état de santé des usagers problématiques. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT.
- Ben Lakhdar, C. (2007). Les dépenses publiques attribuables aux drogues illicites en France en 2005 (thème spécifique 1) [Public expenditures related to illicit drugs in France in 2005 (Selected issue 1)]. 2007 National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.

- Botvin, G.J. and Griffin, K.W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. International Journal of Emergency Mental Health 4 (1) 41-47.
- Brisacier, A.C. and Collin, C. (2013). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011. OFDT ; ANSM, Saint-Denis.
- Brisacier, A.C. and Collin, C. (2014). Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Tendances (94) 1-6.
- Brouard, C., Delarocque Astagneau, E., Meffre, C., Pioche, C., Silvain, C., Larsen, C. *et al.* (2009). Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20-21) 199-204.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Toufik, A. and Evrard, I. (2008). Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. (2012). Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M. and Lahaie, E. (2012). Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) [Noteworthy phenomena and emerging trends in illegal drugs (2010-2011)]. Tendances (78) 1-6.
- Cadet-Taïrou, A. and Brisacier, A.C. (2013a). Responses to drug-related health correlates and consequences (chapter 7). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. and Dambélé, S. (2013b). Héroïne et autres opiacés. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. and Gandilhon, M. (2013c). Marchés, produits, usagers : les tendances récentes (2011-2012). Observations au plan national du dispositif TREND en matière de psychotropes illicites ou détournés de leur usage [Markets, products, users: recent trends (2011-2012). French summary report on the TREND scheme's observations on illegal or misused psychotropic drugs]. Tendances (86) 1-8.
- Cadet-Taïrou, A. and Dambélé, S. (2014a). Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD. OFDT, Saint-Denis.
- Cadet-Taïrou, A. and Gandilhon, M. (2014b). L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013). Note 2014-9 (10 juillet 2014) du dispositif TREND de l'OFDT à destination de l'ANSM. OFDT, Saint-Denis.
- Calderon, C., Lagomanzini, P., Maguet, O., Menneret, F., Drogues et Société, CIRDD Rhône-Alpes *et al.* (2011). Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif. CIRDD Rhône-Alpes, Lyon.

- Canarelli, T. and Coquelin, A. (2009). Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007 [Recent information on opioid substitution treatments. Initial results of a reimbursement data analysis on more than 4,500 patients in 2006 and 2007]. Tendances (65) 1-6.
- Cazein, F., Lot, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Sommen, C., Pinget, R. *et al.* (2014). Découvertes de séropositivité VIH et sida - France 2003-2012. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (33-34) 154-162.
- CEIP and ANSM (2013). OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Résultats de l'enquête 24 - octobre 2012. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Saint-Denis.
- Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C. *et al.* (2012). Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (10-11) 131-134.
- Chiron, E., Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P. *et al.* (2013). Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (35-36) 445-450.
- Chouvy, P.A. (2013). L'opium Afghan : 20 ans de suprématie mondiale. Drogues, enjeux internationaux (5) 1-5.
- Cohen, L. (2013). Projet de loi de finances pour 2014 - Tome II. Direction de l'action du Gouvernement : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Avis n°159 (2013-2014) fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 21 novembre 2013. Sénat, Paris.
- Coldefy, M., Faure, P. and Prieto, N. (2002). La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Etudes et résultats (181) 1-12.
- Colombani, J.M. (2010). Les routes de la cocaïne. Swaps (58) 12-13.
- Costes, J.M., Vaissade, L., Colasante, E., Palle, C., Legleye, S., Janssen, E. *et al.* (2009). Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. OFDT, Saint-Denis.
- Couteron, J.P. and Picard, E. (2013). Une consultation jeunes consommateurs en mission locale. Alcoologie et Addictologie 35 (4) 335-339.
- Dambélé, S. and Cadet-Taïrou, A. (2012). Social correlates and social reintegration (chapter 8). 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Dambélé, S. and Cadet-Taïrou, A. (2013). Social correlates and social reintegration (chapter 8). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- De Postis, R. (2013). Safe, le programme d'échange de seringues postal : un vrai besoin. Le Courrier des Addictions 15 (4) 22-25.

- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- DGS (2011). Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. DGS, Paris.
- DHOS (2004). Enquête "un jour donné" sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris.
- Dhumeaux, D., ANRS and Association française pour l'étude du foie (AFEF) (2014). Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. EDP Sciences, Les Ulis.
- Díaz Gómez, C. (2012). Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues (thème spécifique 2) [Recent trends in drug-related public expenditure and drug-related services in France (Selected issue 2)]. In: Pousset, M. (Ed.) 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Direction de l'administration pénitentiaire (2013). Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2013. Ministère de la Justice, Paris.
- Dispositif SINTES (2013). MDMA (poudre et comprimé) : composition et aspect. Note SINTES n°2013-03 du 6 novembre 2013. OFDT, Saint-Denis.
- Dugarin, J., Dupuy, G. and Nominé, P. (2013). Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? Psychotropes 19 (2) 9-22.
- Duplessy, C. (2012). Résultats de l'enquête nationale sur le dispositif d'automates d'échange de seringues. Enquête menée en 2011 sur les résultats de l'année 2010. Safe, Paris.
- European Commission DG TAXUD (2014). Excise duty tables - Part III: Manufactured tobacco. European Commission, Brussels.
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F. *et al.* (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 6 (33).
- FFA and ANAES (2005). Conférence de consensus, Lyon, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Textes des recommandations. ANAES, Saint-Denis.
- FNARS and InVS (2013). Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A., Lahaie, E. and Chalumeau, M. (2010). Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 [Illegal drugs: the 2009 observations of the TREND system]. Tendances (73) 1-6.
- Gandilhon, M. (2012). Les trafics de cocaïne en France. In: Pousset, M. (Ed.) Cocaïne, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A. and Lahaie, E. (2013a). La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes [Freebase cocaine in mainland France: recent trends]. Tendances (90) 1-4.

- Gandilhon, M., Lahaie, E. and Martinez, M. (2013b). Drug markets (chapter 10). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A. and Martinez, M. (2014). L'usage de kétamine en France : tendances récentes (2012-2013). OFDT, Saint-Denis.
- Gautier, A. (2011). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes, Saint-Denis.
- Girard, G. and Boscher, G. (2010). L'ecstasy, de l'engouement à la "ringardisation". In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Godin-Blandeau, E., Verdot, C. and Develay, A.E. (2014). État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [State of knowledge on prison health in France and abroad]. Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice.
- Guichard, A. (2012). Adaptation du programme Break the cycle au contexte français. Protocole. INPES, Saint-Denis.
- Guichard, A., Guignard, R., Michels, D., Beck, F., Arwidson, P., Lert, F. *et al.* (2013). Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis. Drug and Alcohol Dependence 133 (1) 254-261.
- Harding-Pink, D. (1990). Mortality following release from prison. Medicine, Science, and the Law 30 (1) 12-16.
- HAS (2006). Hépatite chronique C. Guide - Affection de longue durée. Haute Autorité de santé, Saint-Denis.
- HAS (2014). Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandation en santé publique. Haute Autorité de santé, Saint-Denis.
- Hautefeuille, M. (2013). Arrêter la substitution [Editorial]. Psychotropes 19 (2) 5-8.
- HCSP (2013). Evaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Haut Conseil de la santé publique, Paris.
- INPS (Institut national de police scientifique) (2013). Données issues de fichiers STUPS 2012.
- INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, Paris.
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris.
- INSERM (2014). Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. INSERM, Paris.
- InVS (2009). Surveillance du VIH/Sida en France. Données du 30 septembre 2009. InVS, Saint-Maurice.
- InVS (2014a). L'enquête Coquelicot 2010-2011 [online]. Available: http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Infections-virales-et-pratiques-a-risques-chez-les-usagers-de-drogues#coquelicot_2010 [accessed 12/06/2014].
- InVS (2014b). Infection à VIH et sida [online]. Available: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida> [accessed 12/06/2014].

- InVS (2014c). Hépatite B aiguë [online]. Available: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-B> [accessed 29/07/2014].
- Janssen, E. and Bastianic, T. (2013). Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. Estimations locales et extrapolations nationales. OFDT, Saint-Denis.
- Jauffret-Roustide, M., Couturier, E., Le Strat, Y., Barin, F., Emmanuelli, J., Semaille, C. *et al.* (2006). Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (33) 244-247.
- Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Thierry, D., Rondy, M., Quaglia, M. *et al.* (2009). A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious diseases 9 (113) 1-12.
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S. *et al.* (2013). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.
- Kmetonyova, D., Belackova, V. and Pazitny, M. (in press). I-TREND project. Report on 25I-NBOMe, AH-7921, methoxetamine and MDVP - accessibility online.
- Kopp, P. and Palle, C. (1998). Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts. OFDT, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT, Paris.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2004). Coût et bénéfices économiques des drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Kopp, P. and Fenoglio, P. (2006). Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. OFDT, Saint-Denis.
- Ladroue, V., Besacier, F. and Hologne, M. (2013). Découverte d'un laboratoire de conditionnement de nouveaux produits de synthèse en France. Annales de Toxicologie Analytique 25 (4) 175-184.
- Lahaie, E. and Cadet-Taïrou, A. (2009). The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National Alert Unit in France. EMCDDA, Lisbon.
- Lahaie, E., Martinez, M. and Cadet-Taïrou, A. (2013). Nouveaux produits de synthèse et Internet [New psychoactive substances and the Internet: current situations and issues]. Tendances (84) 1-8.
- Lahaie, E., Martinez, M. and Cadet-Taïrou, A. (2014). Nouveaux produits de synthèse identifiés en France depuis 2000. Note d'information SINTES, 7 mars 2014. OFDT, Saint-Denis.
- Lapeyre-Mestre, M. and Boeuf-Cazou, O. (2011). Rôle du pharmacien dans la réduction des risques liés à la toxicomanie. Point de vue des patients sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des usagers de drogues. U1027 INSERM - Unité de Pharmacoépidémiologie de Toulouse - AFSSAPS-CEIP.

- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.L., Biecheler, M.B. and The Sam Group (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. British Medical Journal 331 (7529) 1371-1374.
- Le Vu, S., Le Strat, Y., Barin, F., Pillonel, J., Cazein, F., Bousquet, V. *et al.* (2010). Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (45-46) 473-476.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. and Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. Journal of Substance Use 12 (4) 233-242.
- Legleye, S., Piontek, D., Kraus, L., Morand, E. and Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. International Journal of Methods in Psychiatric Research 22 (1) 16-26.
- Lermenier, A. (2013). Le marché du tabac. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Lermenier, A. (2014). Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac : bilan de l'année 2013. Tabagisme et arrêt du tabac en 2013. OFDT, Saint-Denis.
- Lions, C., Carrieri, M.P., Michel, L., Mora, M., Marcellin, F., Morel, A. *et al.* (2014). Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone treatment: an attributable-risk approach (ANRS-Methaville trial). Drug Alcohol Depend 135 1-8.
- Lopez, D., Martineau, H. and C, P. (2004). Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack [Mortality of individuals arrested for heroin, cocaine or crack use]. Tendances (36) 1-4.
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. and Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2 (1) 1-10.
- Maguet, O., Calderon, C., Dorso, V., Menneret, F. and Lagomanzini, P. (2009). Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseaux. Commission Européenne, Bruxelles.
- Marzo, J.N., Rotily, M., Meroueh, F., Varastet, M., Hunault, C., Obradovic, I. *et al.* (2009). Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-06). Addiction 104 (7) 1233-1240.
- Meffre, C. (2006). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Décembre 2006. InVS, Saint-Maurice.
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. *et al.* (2011a). Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI²DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 11 (400).
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. *et al.* (2011b). Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (39) 409-412.
- MILDT (2008). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La Documentation française, Paris.
- MILDT (2013a). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris.

- MILDT (2013b). Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. MILDT, Paris.
- MILDT (2014). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2013-2015. MILDT, Paris.
- Ministère de la justice and Ministère des affaires sociales et de la santé (2012). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris.
- Ministère de la santé et des solidarités (2006). La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités, Paris.
- Ministère de la santé et des sports (2010). Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- Ministère de la santé et des sports and Ministère de la justice et des libertés (2010). Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.
- Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé and Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2014). Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris.
- Mission d'information sur les toxicomanies, Branget, F. and Barbier, G. (2011). Toxicomanies : rejeter la fatalité, renouveler les stratégies. Rapport d'information sur les toxicomanies. Assemblée nationale, Paris.
- Mouquet, M.C., Dumont, M. and Bonnevie, M.C. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de factures de risque. Etudes et résultats (4) 1-10.
- Mouquet, M.C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats (386) 1-12.
- Mutatayi, C. (2013). Prevention (chapter 3). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I., Bastianic, T., Michel, L. and Jauffret-Roustide, M. (2011). Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Drug-related health policies and services in prison (Selected issue 1)]. In: OFDT (Ed.) 2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I. (2013). La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants). Tendances (91) 1-6.
- Obradovic, I. and Gandhilhon, M. (2013). Drug-related crime, prevention of drug-related crime and prison (chapter 9). 2013 National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Obradovic, I., Le Nézet, O. and Spilka, S. (2013). Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs. Agora débats/jeunesses (64) 61-76.

- Obradovic, I. (2014). « Mesures d'accueil des sortants de prison ». Synthèse du focus group. OFDT, Saint-Denis.
- OCRTIS (2009). Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008 - Stups - Osiris. Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, Paris.
- OCRTIS (2013). Les prix des stupéfiants en France. La photographie au 4ème trimestre 2012. OCRTIS, Nanterre.
- OIP (Observatoire International des Prisons) (2005). Les conditions de détention en France. Rapport 2005. La Découverte, Paris.
- Palle, C. and Vaissade, L. (2007). Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 [The initial national results of the RECAP survey. Persons treated in the CSSTs and CCAAs in 2005]. Tendances (54) 1-6.
- Palle, C. (2013). Le poids économique de l'alcool. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- Palle, C. and Rattanatray, M. (2013). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. OFDT, Saint-Denis.
- Premier ministre (2013). Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions. Paris.
- Prudhomme, J., Ben Diane, M.K. and Rotily, M. (2001). Evaluation des unités pour sortants (UPS). ORS PACA, Marseille.
- Remy, A.J. (2004). Le traitement de l'hépatite en prison est possible avec des résultats satisfaisants : résultats définitifs du premier observatoire prison hépatite C (POPHEC). Gastroentérologie Clinique et Biologique 28 (8-9) 784.
- Rotily, M., Vernay-Vaisse, C. and Bourlière, M. (1997). Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B [Letter]. British Medical Journal 315 (7099) 61.
- Rotily, M., Delorme, C. and Ben Diane, M.K. (1998). Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final. ORS PACA, Marseille.
- Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice ; ORS PACA, Paris.
- Roux, P., Lions, C., Michel, L., Cohen, J., Mora, M., Marcellin, F. *et al.* (2014). Predictors of non-adherence to methadone maintenance treatment in opioid-dependent individuals: implications for clinicians. Current Pharmaceutical Design 20 (25) 4097-4105.
- Saïd, S., Cadet-Taïrou, A. and Martinez, M. (in press). Résultats ENa-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.
- Sanchez, G. (2006). Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du Sida (185) 9-12.

- Seaman, S.R., Brettle, R.P. and Gore, S.M. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. British Medical Journal 316 (7129) 426-428.
- Semaille, C., Le Strat, Y., Chiron, E., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P. *et al.* (2013). Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Eurosurveillance 18 (28) art. 20524.
- Senon, J.L., Méry, B. and Lafay, N. (2004). Prison. In: Richard, D., Senon, J.L. & Valleur, M. (Eds.) Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse, Paris.
- Spilka, S. and Le Nézet, O. (2013). Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée » [Alcohol, tobacco and cannabis use during the « lycée years »]. Tendances (89) 1-8.
- Stankoff, S., Dherot, J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) and DGS (Direction générale de la santé) (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Ministère de la Justice, Paris.
- Thanki, D. and Vicente, J. (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. EMCDDA, Lisbon.
- Toufik, A., Escots, S. and Cadet-Taïrou, A. (2010). La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. In: Costes, J.M. (Ed.) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis.
- Tovar, M.L. and Bastianic, T. (2013). Opinions et perceptions sur les drogues. In: OFDT (Ed.) Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Saint-Denis.
- UNODC (2012). World drug report 2011. United Nations, New York.
- Vaissade, L. and Legleye, S. (2009). Capture-recapture estimates of the local prevalence of problem drug use in six French cities. European Journal of Public Health 19 (1) 32-37.
- Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J. and Bird, S. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. Journal of Forensic Sciences 48 (3) 614-616.
- Vernay-Vaisse, C. and Rotily, M. (1997). Epidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 45 (Suppl.1) S42-S43.
- Weinberger, D. (2011). Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? [Criminal networks and indoor cannabis in Europe: has the phenomenon reached France?]. Drogues, enjeux internationaux [Drugs, international challenges] (1) 1-6.
- Weinberger, D. (2013). Le Venezuela : un épicerie du trafic régional et mondial de cocaïne. Drogues, enjeux internationaux (6) 1-5.

Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur Internet

BDSP (Banque de données en santé publique). Base de données bibliographiques :
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/SearchForm>

IREB (Institut de recherches scientifiques sur les boissons). Base de données bibliographiques :
<http://doc.ireb.com/>

OFDT. ODICER - Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc.html>

OFDT. Répertoire des sources statistiques :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html>

OFDT. Séries statistiques :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>

Liste alphabétique des adresses Internet utiles

AFR (Association française pour la réduction des risques) :

<http://a-f-r.org>

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) :

<http://www.anpaa.asso.fr>

ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) :

<http://ansm.sante.fr/>

ASUD (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues) :

<http://www.asud.org>

CRIPS (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) :

<http://www.lecrips.net>

Fédération addiction

<http://www.federationaddiction.fr/>

FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé) :

<http://www.fnors.org/index.html>

Hôpital Marmottan :

<http://www.hopital-marmottan.fr>

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

<http://www.inpes.sante.fr>

MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) :

<http://www.drogues.gouv.fr>

OFDT :

<http://www.ofdt.fr>

SFA (Société française d'alcoologie) :

<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Annexes

I- Liste des figures

Figure 3.1 : Ventes de cigarettes (en milliards d'unités) et prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue entre 2000 et 2013.....	42
Figure 5.1 : Traitements de substitution aux opiacés : consommation de BHD et de méthadone entre 1995 et 2013 en dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans/jour (Subutex® et génériques 8 mg, Suboxone® 8 mg, méthadone® 60 mg)	56
Figure 5.2 : Évolution de l'âge moyen des nouveaux patients et des primo-patients pris en charge dans les CSAPA, 2005-2013	64
Figure 6.1 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs en France, entre 1993 et 2012.....	71
Figure 6.2 : Décès par surdose en France selon le registre de mortalité entre 2000 et 2011.....	74
Figure 7.1 : Part des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC	87

II-Liste des tableaux

Tableau 1.1 : Répartition des actions selon les axes stratégiques couverts par le plan d'actions « Drogues » 2013-2015.....	24
Tableau 1.2 : Répartition par origine du budget alloué au plan d'actions 2013-2015 (en €).....	27
Tableau 1.3 : Répartition par type d'action du budget alloué au plan d'actions 2013-2015 (en €).....	27
Tableau 2.1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011	31
Tableau 2.2 : Évolution de l'expérimentation et de l'usage au cours des 12 derniers mois (usage actuel) des produits psychotropes illicites parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010 (en %).....	32
Tableau 2.3 : Évolution des perceptions des seuils de dangerosité de différentes drogues, entre 2002 et 2013 (en %).....	33
Tableau 2.4 : Proportion des enquêtés de 17 ans qui ont répondu « assez souvent » ou « très souvent » aux différentes questions du CAST en 2011 (%).....	34
Tableau 2.5 : Score du CAST chez les usagers de cannabis dans l'année à 17 ans en 2011 (%).....	35
Tableau 3.1 : Taxation des alcools entre 2011 et 2014.....	41
Tableau 4.1 : Estimation du nombre d'usagers de drogues problématiques en France métropolitaine en 2011	49
Tableau 4.2 : Prévalence des consommations au cours du dernier mois (en %) parmi les usagers des CAARUD en 2012	50
Tableau 4.3 : Répartition des usagers des CAARUD par classe d'âge en % de 2006 à 2012 ...	51
Tableau 4.4 : Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois par les usagers des CAARUD en 2012	51
Tableau 5.1 : Répartition des patients par tranche d'âge (en %), en 2013.....	61
Tableau 5.2 : Répartition des patients par origine de traitement (en %), en 2013.....	61
Tableau 5.3 : Répartition des patients suivant leur mode de vie (personne avec laquelle ils vivent) (en %), en 2013	62
Tableau 5.4 : Répartition des patients suivant leur type de logement (en %), en 2013	62
Tableau 5.5 : Répartition des patients suivant leur situation professionnelle (en %), en 2013 ...	62
Tableau 5.6 : Répartition de l'ensemble des nouveaux patients par tranche d'âges (en %), évolution entre 2005 et 2013	64

Tableau 6.1 : Nombre de nouveaux cas de sida au total et chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) et part des UDVI dans l'ensemble par année de diagnostic, entre 2001 et 2012	69
Tableau 6.2 : Estimation de la prévalence des infections à VIH et à VHC sur les prélèvements sanguins parmi les usagers de drogues ayant injecté ou sniffé au moins une fois au cours de la vie dans l'étude Coquelicot selon les agglomérations ou les départements, en 2011	70
Tableau 6.3 : Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006.....	72
Tableau 6.4 : Prévalence du partage de matériel d'injection parmi les usagers des CAARUD ayant pratiqué l'injection au cours des 30 derniers jours, en 2012.....	72
Tableau 6.5 : Répartition des décès par surdose selon la ou les substances impliquées*, seules ou en association**, entre 2010 et 2012	75
Tableau 6.6 : Taux brut de mortalité annuel et RSM dans l'enquête de cohorte mortalité 2009-2013, selon le sexe	76
Tableau 7.1 : Évolution de l'implication des médecins généralistes dans la RDR entre 1999 et 2009.....	84
Tableau 7.2 : Nombre de seringues délivrées en pharmacie ou distribuées par les CAARUD et les automates entre 2008 et 2011	85
Tableau 7.3 : Pratique des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD, en 2012.....	88
Tableau 8.1 : Caractéristiques de précarité sociale des personnes prises en charge par les CSAPA en 2008, 2010 et 2012.....	91
Tableau 8.2 : Situation de précarité des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012.....	92
Tableau 8.3 : Origine des ressources des usagers des CAARUD entre 2008 et 2012.....	93
Tableau 10.1 : Quantités de drogues saisies (en kg) entre 2008 et 2013 et évolution 2012-2013 (en %)	118

III- Liste des références légales en français

Arrêté du 01 avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du Code de la sécurité sociale. JORF n°83 du 8 avril 2008. (NOR SJSP0808150A).....	16
Arrêté du 05 août 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. JORF n°184 du 9 août 2013. (NOR AFSP1320886A).....	21, 116
Arrêté du 05 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière. JORF n°216 du 18 septembre 2001. (NOR MESP0123164A)	13
Arrêté du 06 février 2014 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°38 du 14 février 2014. (NOR AFSP1403314A)	22
Arrêté du 06 février 2014 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°38 du 14 février 2014. (NOR AFSP1403317A)	22
Arrêté du 08 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°166 du 21 juillet 2010. (NOR SASP1007832A).....	11
Arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. JORF n°247 du 23 octobre 2013. (NOR AFSP1325658A)	22
Arrêté du 13 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 20 septembre 1999 modifié fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze jours ou à sept jours. JORF n°241 du 17 octobre 2014. (NOR AFSP1424228A).....	57
Arrêté du 15 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 402 bis, 403 et 438 du Code général des impôts ainsi que le tarif des contributions prévues aux articles 520 B et 520 C du Code général des impôts. JORF n°299 du 23 décembre 2012. (NOR BUDD1242585A).....	41
Arrêté du 16 décembre 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°296 du 21 décembre 2013. (NOR AFSP1331018A)	22
Arrêté du 19 novembre 2013 complétant l'arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants et des analyses et examens prévus par le code de la route. JORF n°292 du 17 décembre 2013. (NOR AFSP1320472A).21	
Arrêté du 22 juillet 2013 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. JORF n°172 du 26 juillet 2013. (NOR AFSP1319276A).....	21

Arrêté du 23 août 1995 fixant les modalités de rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°226 du 28 septembre 1995. (NOR SANG9502738A)	27
Arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des médicaments prévue au dernier alinéa de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique. JORF n°300 du 27 décembre 2013. (NOR AFSP1330194A).....	21
Arrêté du 23 septembre 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°229 du 2 octobre 2013. (NOR AFSP1323991A)	22
Arrêté du 29 décembre 2013 fixant pour 2014 le tarif des droits d'accises sur les alcools et les boissons alcooliques prévus aux articles 317, 402 bis, 403, 438 et 520 A du code général des impôts, le tarif des contributions prévues aux articles 1613 ter et 1613 quater du code général des impôts ainsi que le tarif de la cotisation prévue à l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale. JORF n°303 du 30 décembre 2013 (NOR: BUDD1331542A)	41
Arrêté du 29 février 2012 fixant le montant de l'augmentation du droit fixe de procédure dû en cas de condamnation pour conduite après usage de stupéfiants. JORF n°58 du 8 mars 2012. (NOR JUSD1205700A).....	13
Arrêté du 30 juillet 2013 portant classement sur la liste des substances vénéneuses. JORF n°185 du 10 août 2013. (NOR AFSP1320366A)	22
Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 21 mars 1995 pour le Chlorydrate de méthadone, 5, 10 et 20mg, sirop en récipient unidose. JORF du 28 juin 1995. (NOR SANM9501657V).....	15
Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 juillet 1995 pour le Subutex à 0,4 mg, 2 mg et 8 mg, comprimé sublingual. JORF du 27 octobre 1995. (NOR SANM9502981V)	15, 55
Circulaire du 12 février 2014 relative à la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés. (NOR BUDD1404184C).....	41
Circulaire du 28 mars 2011 de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière. BO Intérieur n°2011-03 du 31 mars 2011. (NOR IOCD1108865C)	13
Circulaire n°1988-85 DGS/PGE/1C du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. BO Santé n°88-28 bis, Fascicule spécial : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, 1988. (NOR ASEP8810054C)	11
Circulaire n°1995-29 DGS/SP3/95 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.....	15
Circulaire n°2002-57 DGS/DHOS du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. BO Santé n°2002/8 du 18 février 2002. (NOR MESP0230029C)	16

Circulaire n°2003-60 DGS/SD5C/SD6A du 10 février 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°2003-12 du 17 au 23 Mars 2003. (NOR SANP0330122C)	66
Circulaire n°2006-01 DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. BO Santé n°2006/2 du 15 mars 2006. (NOR SANP0630016C)	16
Circulaire n°2008-11/G4 CRIM du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. BO Justice n°2008/3 du 30 juin 2008 (NOR JUSD0811637C)	12
Circulaire n°2008-79 DGS/MC2 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°3 du 15 avril 2008. (NOR SJSP0830130C).....	53
Circulaire n°2009-349 DGS/MC2 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogues de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, d'une vaccination contre l'hépatite B. BO Santé, Protection sociale et Solidarités n°12 du 15 janvier 2010. (NOR SASP0927192C)	11
Circulaire n°2012-373 DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. BO Santé, Protection sociale et Solidarité n°11 du 15 décembre 2012. (NOR AFSH1238354C)	25
Circulaire n°2013-75 du 14 février 2013 relative à l'organisation du réseau territorial de la MILDT	26
Décision n°13-D-21 du 18 décembre 2013 relative à des pratiques mises en œuvre sur le marché français de la buprénorphine haut dosage commercialisée en ville. Autorité de la concurrence (2013).....	55
Décision n°2013-18 DG du 1er février 2013 portant création d'une commission des stupéfiants et psychotropes à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JORF n°34 du 9 février 2013. (NOR AFSM1300036S)	21
Décret n°1987-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 16 mai 1987. (NOR ASEM8700689D).....	17
Décret n°1988-894 du 24 août 1988 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972. JORF du 27 août 1988. (NOR SPSM8801069D).....	17
Décret n°1989-560 du 11 août 1989 modifiant le décret du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales, en	

vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF du 12 août 1989. (NOR SPSM8901501D).....	17
Décret n°1992-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. JORF n°125 du 30 mai 1992. (NOR SANP9201055D).....	39
Décret n°1995-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. JORF n°58 du 9 mars 1995. (NOR SPSP9500414D).....	17
Décret n°1995-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants. JORF n°71 du 24 mars 1995. (NOR BUDB9560005D)	27
Décret n°1996-1061 du 5 décembre 1996 relatif au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°287 du 10 décembre 1996. (NOR INDD9600699D) ...	15
Décret n°2005-0347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005. (NOR SANP0521129D).....	17
Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de la santé publique. JORF n°297 du 22 décembre 2005. (NOR SANP0524015D)	16
Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le Code de l'éducation. JORF n°160 du 12 juillet 2006. (NOR MENE0601554D).....	37
Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le Code pénal et le Code de procédure pénale. JORF n°225 du 28 septembre 2007. (NOR JUSD0755654D).....	12
Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. JORF n°130 du 7 juin 2013. (NOR AFSP1308402D).....	19
Décret n°2013-923 du 16 octobre 2013 pris pour la transposition de la directive 2012/26/UE du 25 octobre 2012 modifiant en ce qui concerne la pharmacovigilance la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. JORF n°243 du 18 octobre 2013. (NOR: AFSP1320840D)	20
Décret n°2014-322 du 11 mars 2014 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. JORF n°61 du 13 mars 2014. (NOR PRMX1402311D) .	26
Décret n°2014-754 du 1er juillet 2014 modifiant l'article R. 4228-20 du code du travail. JORF n°152 du 3 juillet 2014. (NOR ETST1404770D).....	20, 45

Loi n°1970-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. JORF du 3 janvier 1971	10, 53
Loi n°1986-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social. JORF du 18 janvier 1986	14
Loi n°1987-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal. JORF n°3 du 5 janvier 1988. (NOR JUSX8700015L)	14
Loi n°1988-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989. JORF du 28 décembre 1988. (NOR ECOX8800121L).....	14
Loi n°1990-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants. JORF n°162 du 14 juillet 1990. (NOR ECOX9000077L).....	14
Loi n°1991-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF n°10 du 12 janvier 1991. (NOR SPSX9000097L).....	39
Loi n°1992-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur. JORF n°298 du 23 décembre 1992. (NOR JUSX9200040L)	14
Loi n°1996-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime. JORF n°112 du 14 mai 1996. (NOR JUSX9400059L).....	14
Loi n°1996-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes. JORF n°142 du 20 juin 1996. (NOR INDX9500023L).....	15
Loi n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. JORF n°177 du 2 août 2001. (NOR ECOX0104681L)	18
Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. JORF du 10 septembre 2002. (NOR JUSX0200117L)	98
Loi n°2003-087 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. JORF du 4 février 2003. (NOR JUSX0205970L).....	12
Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière. JORF n°135 du 13 juin 2003. (NOR EQUX0200012L)	12
Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n°59 du 10 mars 2004. (NOR JUSX0300028L).....	14
Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. (NOR SANX0300055L)	16, 38, 104

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004. (NOR INTX0300078L).....	16
Loi n°2007-0297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n°56 du 7 mars 2007. (INTX0600091L).....	12, 97
Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. JORF n°296 du 21 décembre 2007. (NOR BCFX0766311L).....	11
Loi n°2008-1249 du 1 ^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. JORF n°281 du 3 décembre 2008. (NOR PRMX0818589L)	90
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. (NOR SASX0822640L).....	11, 40
Loi n°2010-768 du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale. JORF n°158 du 10 juillet 2010. (NOR JUSX0912931L)	15
Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure. JORF n°62 du 15 mars 2011. (NOR IOCX0903274L).....	13
Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF n°170 du 24 juillet 2011. (NOR ETSX1104600L).....	14, 37
Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. JORF n°157 du 9 juillet 2013. (NOR MENX1241105L).....	19, 44
Ordonnance du juge des référés du 31 octobre 2013 relative à la demande de l'association Parents contre la drogue d'ordonner la suspension de la décision du Premier ministre du 5 février 2013 d'ouvrir "une salle de shoot expérimentale à Paris", Tribunal administratif de Paris, 31 octobre 2013, n°1314533/9.....	25

IV- Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
ADALIS	Addictions drogues alcool info service
AFEF	Association française pour l'étude du foie
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGRASC	Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués
AHI	Accueil hébergement insertion
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASA-CAARUD	Analyse nationale des rapports d'activités des CAARUD (OFDT)
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation

BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAPTV	Centre anti-poison et de toxicovigilance
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESDIP	Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CILE	Comité interministériel de lutte contre l'exclusion
CIM	Classification internationale des maladies
CIPCA	Commission interministérielle de prévention des conduites addictives
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
CT	Communauté thérapeutique
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice)
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire (ministère de l'Intérieur)
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects (ministère de l'Économie et des Finances)
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale (ministère chargé des Affaires sociales)
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère chargé de la Santé)
DGS	Direction générale de la santé (ministère chargé de la Santé)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère chargé de la Santé)
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DPT	Document de politique transversale
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (ANSM)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD (OFDT)
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel à la préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (INSERM-OFDT-MJENR)
ESPE	École supérieure du professorat et de l'éducation
EWS	Early Warning System
FFA	Fédération française d'addictologie
FIR	Fonds d'intervention régional
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
FNES	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRAD	Formateur relais anti-drogues (Gendarmerie nationale)
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HLM	Habitation à loyer modéré
HPST	Loi hôpital, patients, santé, territoires

HRDU	Usage(r) à hauts risques de drogues
IC	Intervalle de confiance
IFSTTAR	Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGSJ	Inspection générale des services judiciaires
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
JDC	Journée défense et citoyenneté
JORF	Journal officiel de la République française
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOPPSI	Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
M€	Million(s) d'euros

MDMA	3,4-méthylène-dioxy-métamphétamine
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
NEMO	Nouvelle étude multicentrique sur les estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues (OFDT)
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OIP	Observatoire international des prisons
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU/DC/UNODC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime / United Nations Office on Drugs and Crime
OPPIDUM	Observation des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse (CEIP)
ORS	Observatoire régional de santé
OSIRIS	Outil et système d'informations relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants
PA	Personne année
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PANJO	Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents

PDU	Usage(r) problématique de drogues
PES	Programme d'échange de seringues
PFAD	Policier formateur anti-drogues
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
POPHEC	Premier observatoire en prison de l'hépatite C
PRELUD/ BioPRELUD	Enquête Première ligne usagers de drogues (OFDT)
PREVACAR	Enquête Prévalences en milieu carcéral (InVS-DGS)
PRI ² DE	Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention (ANRS)
RDR	Réduction des risques (politique de)
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)
RELIONPREDIL	Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux usages de drogues illicites et licites (OFDT)
RESEDA	Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
RSA	Revenu de solidarité active
RSM	Ratio standardisé de mortalité

SAM	Enquête « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (OFDT/IFSTTAR)
SCL	Service commun des laboratoires
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SDF	Sans domicile fixe
SDSE	Sous-direction de la statistique et des études (ministère de la Justice)
SFA	Société française d'alcoologie
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (InVS)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
S[<u>I</u>]UMPPS	Service [inter] universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SMPR	Service médico-psychologique régional
TDI	Indicateur de demande de traitement
THC	Tétrahydrocannabinol
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UD	Usager de drogue
UDVI	Usage(r) de drogues par voie injectable
UE	Union européenne

UNIRÉS	Réseau des universités pour l'éducation à la santé
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZUS	Zone urbaine sensible

V-Liste des sources

ASA-CAARUD : Analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En complément de l'enquête ENa-CAARUD, l'OFDT a mis en place un autre outil de recueil épidémiologique auprès des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues (CAARUD) : le rapport d'activité standardisé annuel. Ce dispositif, nommé ASA-CAARUD, donne des éléments sur la nature des activités développées dans ces structures.

Chaque CAARUD transmet ainsi des informations quantitatives et qualitatives, relatives à son activité mais également aux usagers accueillis et leurs pratiques, ainsi que les produits consommés. La dernière analyse globale concerne l'année 2010, elle porte sur 118 rapports (sur 133 CAARUD au total, soit environ 89 %). Malgré les différences qui existent entre ces structures, elle décrit le dispositif d'un point de vue national et régional, les caractéristiques des personnes reçues et les principales interventions réalisées par les CAARUD.

Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Il s'agit d'une enquête téléphonique reposant sur un échantillon représentatif de la population française vivant en France métropolitaine : près de 27 700 individus âgés de 15 à 85 ans ont participé à l'édition 2010. Réalisée entre octobre 2009 et juillet 2010, elle fait suite aux cinq enquêtes « Baromètre santé adultes » (1992, 1993, 1995, 2000 et 2005). Le questionnaire porte sur les différents comportements et attitudes de santé des Français (consommation de soins, dépression, vaccination, pratiques de dépistage, activité sportive, violence, sexualité, etc.) et aborde leurs consommations de drogues licites et illicites.

Baromètre santé médecins

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Depuis 1992, l'INPES a réalisé 6 enquêtes auprès de médecins généralistes (1992, 1993/1994, 1994/1995, 1998/1999, 2002/2003 et 2008/2009) et 2 enquêtes auprès de pharmaciens en officine (1998/1999, 2002/2003), suivant la méthodologie développée dans ses enquêtes « Baromètre Santé ».

La dernière enquête, réalisée entre le 6 novembre 2008 et le 31 janvier 2009, interroge 2 083 médecins généralistes exerçant en libéral, soit un médecin sur trente. Les questions portent sur leurs comportements, attitudes et opinions relatifs à leur pratique médicale, et notamment la prise en charge des problèmes d'addiction.

CJN : Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) du ministère de la Justice

Depuis 1984, les informations relatives aux condamnations sont issues d'une exploitation du Casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature et la durée de la peine, ou le cas échéant, le montant de l'amende, et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, c'est la notion d'infraction principale qui est la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple celle d'infraction associée ou celle d'infraction unique. Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées : une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues

Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude a pour objectif de mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues via un questionnaire en face-à-face accompagné d'un auto-prélèvement de sang par l'utilisateur, afin d'effectuer des tests biologiques. Elle concerne la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

La première enquête s'est déroulée en 2004 dans 5 villes françaises (Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux) auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection ou le « sniff » au moins une fois dans leur vie. En 2011, l'échantillonnage a un peu changé : il ne s'agit plus des villes mais des agglomérations, deux départements (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ont été inclus et le recrutement des usagers de drogues s'est concentré dans les services spécialisés (CSAPA, CAARUD, structures d'hébergement) et plus en médecine générale. L'enquête s'est déroulée entre mai et juillet 2011, auprès de 1 568 usagers de drogues dans 122 structures, avec un taux de participation de 75 %. Parmi eux, 92 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Mis en place en 2002, ce recueil en continu et à visée exhaustive sur le territoire métropolitain permet d'obtenir les données les plus complètes possibles sur les décès survenant dans le cadre d'un abus de substances psychoactives ou d'une pharmacodépendance. L'enquête vise aussi à décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès et les résultats de l'autopsie ainsi qu'à identifier et quantifier, à partir de dosages sanguins, les substances impliquées.

En 2012, 41 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Sont inclus dans DRAMES les décès liés aux drogues (définition proche

de celle retenue par l'EMCDDA) pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

ENa-CAARUD : Enquête nationale dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Menée tous les 2 ans depuis 2006 dans l'ensemble des CAARUD de métropole et des départements d'outre-mer, cette enquête permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures, leurs caractéristiques et leurs consommations. Chaque usager qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête est interrogé par questionnaire en face-à-face avec un intervenant. Les questions portent sur les consommations (fréquence, âge de début d'usage, mode d'administration, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, entourage, etc.).

L'enquête 2012 a eu lieu du 26 novembre au 7 décembre : 4 241 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis dans 142 CAARUD. Après élimination des doublons (299) et des questionnaires « non-répondants » (1 037), 2 905 individus (dans 139 CAARUD) ont été inclus dans l'analyse.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête EROPP mesure les opinions, les perceptions et les représentations de la population française sur les psychotropes et sur les actions publiques qui y sont liées. Celle de 2013 constitue le quatrième exercice, après les trois premiers de 1999, 2002 et 2008. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par sondage aléatoire, représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, constitué d'une part de foyers équipés de ligne fixe (2 200 individus) et d'autre part d'utilisateurs exclusifs de téléphone portable (300 individus). Les données ont été recueillies entre le 27 octobre et le 25 décembre 2012.

Les individus sont interrogés sur leurs consommations, leur perception du niveau de dangerosité pour la santé, leur perception des usagers et des politiques publiques touchant les drogues licites et illicites.

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations des jeunes lors de l'appel à la préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Mission liaison partenariat de la Direction du service national (DSN) du ministère de la Défense

D'abord conduite tous les ans entre 2000 et 2003, l'enquête ESCAPAD est organisée selon un rythme triennal depuis 2005. Elle se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), qui a remplacé en France le service national. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites et illicites, leur santé et leur mode de vie.

En 2011, 200 centres du service national métropolitains et d'outre-mer ont été mobilisés durant une semaine et demie en avril. Au total, 32 249 individus ont été interrogés et 29 143 questionnaires ont été analysés. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et pour la plupart encore scolarisés ou en apprentissage. Un jour donné, le

taux de participation à la JDC est de l'ordre de 90 % mais le taux de couverture est bien au-delà de ce ratio (convocations possibles à plusieurs dates car la participation est quasi-obligatoire pour permettre l'inscription à plusieurs examens).

ESPAD : European School survey Project on Alcohol and other Drugs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche (MJENR) / Secrétariat général de l'enseignement catholique / Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U669) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Cette enquête a été initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues, avec le soutien du Conseil de l'Europe. Elle a lieu tous les 4 ans, en milieu scolaire, et cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. Le recueil de données a lieu durant le deuxième trimestre de l'année d'enquête.

L'exercice 2011 s'est déroulé dans 36 pays, dont la France pour la quatrième fois consécutive, sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Au total en France, 2 572 élèves nés en 1995, c'est-à-dire âgés 15-16 ans au moment de l'enquête de 2011, ont répondu à un questionnaire auto-administré passé en classe, en présence d'un professionnel de santé.

État 4001

Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en partenariat avec la Direction centrale de la police judiciaire (DCPJ)

L'État 4001 est le nom donné à la statistique institutionnelle recensant les faits constatés par les services de police et de gendarmerie et par la préfecture de police de Paris, c'est-à-dire les crimes et délits portés pour la première fois à la connaissance ou découverts par ces services, mais également les faits élucidés, les gardes à vue et les mis en cause. Il exclut la plupart des contraventions, des infractions prévues par le Code de la route, et celles constatées par une autre institution (douanes, services fiscaux, inspection du travail, etc.). La direction centrale de la police judiciaire assure la collecte et la classification des résultats statistiques.

Fichier des infractions au Code de la route

Direction de la modernisation et de l'action territoriale (Sous-direction de la circulation et de la sécurité routière) du ministère de l'Intérieur

Ce fichier recense l'ensemble des infractions au Code de la route verbalisées par les forces de l'ordre (Police nationale, préfecture de police de Paris et Gendarmerie nationale) et détaillées suivant les infractions relatives aux limitations de vitesse, les contrôles spécifiques (casques, ceintures, feux rouges, stops...) et les résultats de l'alcoolémie et de l'usage de stupéfiants au volant. Chaque année, un bilan de ces informations est effectué et mis à disposition du grand public sur le site internet du ministère de l'Intérieur.

HBSC : Enquête Health Behaviour in School-aged Children

Université d'Edimbourg (CAHRU) pour le réseau HBSC / Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse - INSERM U1027 pour l'enquête en France / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Il s'agit d'une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, plus de 41 pays (dont la France depuis 2002) ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. L'enquête HBSC est auto-administrée, strictement anonyme et menée en classe sous la surveillance d'un enquêteur spécialement formé.

En 2010, 11 754 élèves scolarisés en France métropolitaine, du CM2 à la première année de lycée, dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Éducation nationale, ont été interrogés. Au final, 11 638 questionnaires ont été analysés.

NEMO : Estimation nationale du nombre d'usagers problématiques de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

La méthode « capture-recapture », particulièrement indiquée pour les populations difficiles d'accès, permet de disposer d'estimations locales du nombre d'usagers problématiques de drogues dans plusieurs villes de France. Elle consiste à faire, à partir des recoupements entre groupes d'usagers enquêtés dans différents points d'observation (CSAPA, CAARUD, hôpitaux, etc.), une estimation des personnes qui en sont absentes. La somme des usagers rencontrés et de l'évaluation des absents donne une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues dans chaque ville.

Ces prévalences locales sont ensuite utilisées pour réaliser une extrapolation au niveau national. L'OFDT obtient ainsi une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en rapportant le nombre connu des consommateurs pris en charge par le système de soins français à la proportion estimée localement.

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Ce système de surveillance épidémiologique de la consommation de stupéfiants et de psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage), via une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux usagers de drogues, existe au niveau national depuis 1995. Tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution se présentant au cours du mois d'octobre dans ces structures est inclus.

Les informations recueillies portent sur les caractéristiques des individus et sur chacun des produits consommés au cours des sept derniers jours (description, mode d'obtention et de consommation, effet recherché et signes de dépendance). En 2012, 140 centres (soit 4 765 patients) ont participé à l'enquête, essentiellement des CSAPA en ambulatoire (66 %) mais également plusieurs unités de consultation, de soins en milieu carcéral et des CAARUD.

OSIRIS : Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police, de gendarmerie et de douanes sur le territoire français (départements d'outre-mer compris) sont enregistrées dans le fichier OSIRIS. Il contient les informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local et trafic international) et aux saisies. Néanmoins, les faits les moins graves d'usage de stupéfiants et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas toujours renseignés.

Le produit mentionné est la « drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » (héroïne avant cocaïne, cocaïne avant cannabis, etc.) qui est retenue.

PRELUD : Enquête première ligne usagers de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête quantitative, annuelle de 2000 à 2003 puis répétée en 2006, visait la connaissance et le suivi des usagers de produits psychoactifs et de leurs pratiques. Elle interrogeait les usagers fréquentant les structures de première ligne de soutien aux toxicomanes : structures de réduction des risques (boutiques, échanges de seringues...), structures dites « à bas seuil d'exigence », y compris structures de distribution de méthadone « bas seuil ». La participation à l'enquête se faisant sur la base du volontariat, les personnes interrogées n'étaient pas forcément représentatives des usagers fréquentant ces structures.

L'enquête BioPRELUD constitue le volet biologique de PRELUD, menée auprès des usagers dans 5 villes. Les données de prévalence du VIH et du VHC observées dans le cadre de PRELUD sont déclaratives, ce volet a permis de recueillir des données biologiques (prélèvements salivaires).

PREVACAR : Enquête sur les prévalences VIH et VHC en milieu carcéral

Direction générale de la santé (DGS) / Institut de veille sanitaire (InVS)

Menée en juin 2010, cette enquête mesure la prévalence des infections par le VIH et le VHC ainsi que la proportion de personnes sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Elle comporte aussi un volet sur l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires : organisation et pratiques de dépistage, prise en charge des personnes infectées par le VIH et/ou les hépatites, accès aux TSO et à la réduction des risques.

Pour le volet « prévalence », les données ont été recueillies par questionnaire anonyme rempli par le médecin responsable. Pour le volet « offre de soins », un questionnaire comprenant 35 items a été envoyé à l'ensemble des 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) : 145 d'entre elles l'ont renvoyé à la DGS, soit un taux de réponse de 86 %, représentant plus de 56 000 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010.

PRI²DE : Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention

Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS)

L'étude PRI²DE a été conçue pour évaluer les mesures de réduction des risques infectieux à déployer en milieu carcéral. Elle repose sur un inventaire ayant pour objectif de connaître la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux officiellement préconisées en France en milieu pénitentiaire, ainsi que leur connaissance par les détenus et les équipes de soins. Pour cela, un questionnaire a été adressé à chaque UCSA et SMPR (service médico-psychologique régional) au mois de novembre 2009 : 66 % des 171 établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée au moment de l'étude.

Les questions portaient entre autres sur les traitements de substitution aux opiacés, la réduction des risques infectieux (eau de Javel, préservatifs et lubrifiants, outils et protocoles concernant le tatouage ou le piercing, etc.), le dépistage et l'information transmise aux détenus sur le VIH, les hépatites et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que les soins dispensés suite à des pratiques à risques présumées (abcès, infections cutanées,...). Un entretien avec un soignant a ensuite été conduit afin de préciser certains aspects, sur un plan plus qualitatif.

ProSanté : Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) / Institut de veille sanitaire (InVS)

L'étude ProSanté a été conduite sur la base du volontariat auprès de femmes, d'hommes et de transgenres, âgés de 18 ans et plus, se déclarant en situation de prostitution, rencontrés dans des structures sociales. Elle a été menée entre juin 2010 et mars 2011, dans 12 structures sociales et 15 centres médicaux, dans une dizaine de villes en métropole (principalement à Nice et Paris).

L'étude comporte deux volets : un volet santé-social coordonné par la FNARS et un volet médical coordonné par l'InVS. L'étude a été proposée à toutes les personnes rencontrées par un intervenant social de la structure spécialement formé. Après accord de la personne, les données étaient recueillies en face à face par questionnaire. Celui-ci portait sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée (âge, sexe, pays de naissance, scolarité, situation familiale, habitat, ressources, relations sociales) et sur les thèmes suivants : activité de prostitution, perception de la santé, état de santé (consommation de produits psychoactifs, santé psychique, violences, sexualité et contraception, dépistage), accès aux soins et accès aux droits (couverture maladie, suivi médical).

Au total, 251 personnes ont participé au volet santé-social de l'étude. Parmi celles-ci, 71 ont aussi participé au volet médical de l'étude.

Rapports d'activité des CSAPA : Exploitation des rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Direction générale de la santé (DGS) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST puis les CSAPA (qui leur ont succédé) remplissent chaque année un rapport d'activité type qui est envoyé à l'Agence régionale de santé (ARS). Ces rapports sont

ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil d'informations est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des personnes accueillies. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des individus reçus dans la structure. Pour l'année 2010, les rapports de 348 CSAPA ambulatoires et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être analysés, ce qui correspond à des taux de réponse respectifs de 83 % et 67 %.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse. Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement.

En 2012, environ 126 000 patients vus dans 180 CSAPA ambulatoires, 18 centres thérapeutiques résidentiels et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont été inclus dans l'enquête.

Registre national des causes de décès

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale

Le service CépiDc de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès (papier ou électronique depuis 2007) rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10). Ce dispositif permet d'établir annuellement la statistique nationale sur les causes médicales de décès, en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui gère le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) reprenant l'ensemble des informations issues de l'état civil.

Dans certains cas, les informations relatives aux causes de décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM. Ces décès restent classés en cause inconnue, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier les morts violentes et les décès par surdose).

RELIONPREDIL : Recueil d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux usages de drogues illicites et licites

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête vise à décrire les principales caractéristiques des actions de prévention liées aux usages de drogues, licites et illicites, menées au niveau local. Elle ne concerne pas les actions de formation, ni les activités pérennes d'accueil, d'écoute ou de consultations de structures spécialisées. L'enquête porte sur les actions qui s'adressent directement à un public, en population générale ou au sein d'un groupe à risque, pour éviter la survenue ou la répétition des consommations dommageables.

L'enquête RELIONPREDIL sur les actions menées entre janvier et décembre 2010 a été conduite en région Rhône-Alpes, du 3 janvier au 15 mars 2011. Les 112 réponses recueillies décrivent au total 487 actions menées dans autant de lieux distincts. Les taux de réponse modestes de la part de certaines catégories de répondants, notamment les établissements scolaires et les associations spécialisées, expliquent un taux de réponse global de 17 %.

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Institut de veille sanitaire (InVS)

Ce recueil de données a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO). Ces données sont transmises à l'InVS par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS). Elles sont recueillies au niveau de 509 unités géographiques d'analyse qui permettent un regroupement aux niveaux régional et départemental mais difficilement à un niveau plus fin. Ce dispositif participe, avec les données de remboursements issues de l'Assurance maladie, à l'estimation du nombre d'usagers de drogues sous MSO.

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES est un recueil de données qui vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale et laboratoires des douanes) ;
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès d'usagers. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Système de surveillance des hépatites B aiguës

Institut de veille sanitaire (InVS)

Une notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B a été mise en place en mars 2003. Comme pour le VIH et le sida, l'anonymisation des individus est initiée dès le premier stade par un biologiste. Ce dernier notifie toute hépatite B dont il suspecte le caractère aigu au médecin prescripteur, qui en cas d'antécédent d'hépatite B chronique connu, transmet la fiche de notification au médecin inspecteur de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les données recueillies permettent de décrire le profil épidémiologique des personnes touchées et d'estimer l'incidence et son évolution en France. Pour cela, les données issues de la notification sont corrigées de la sous-déclaration, estimée à 85-91 % en 2010. Elles permettent aussi d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B.

Système de surveillance VIH/sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. Celle des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH a été mise en place en 2003. Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. Les notifications de sida, anonymisées dès le début, sont transmises par les seuls médecins.

Depuis 2003, environ 2 500 biologistes et 16 000 cliniciens ont participé à la notification obligatoire du VIH et/ou du sida. Une surveillance virologique (test Elisa basé sur la détection d'anticorps spécifiques) est opérée en parallèle par le Centre national de référence du VIH. Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à l'Agence régionale de santé (ARS) puis transmises à l'InVS.

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes en place. L'observation est menée dans deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y rencontrer des phénomènes nouveaux ou non encore observés, même s'ils ne résument pas à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, tel que défini par TREND, recouvre essentiellement les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) et les lieux ouverts (rue, squats, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité ;
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, teknivals, etc.) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ». Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les 7 coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) à l'origine de rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national à partir :
 - des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau des coordinations locales doté d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
 - des informations du dispositif SINTES, système d'observation basé sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
 - des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD) ;
 - des résultats de systèmes d'informations partenaires ;
 - des investigations thématiques quantitatives et qualitatives destinées à approfondir un sujet.