



Plan gouvernemental  
de lutte contre les drogues  
et les conduites addictives  
2013 - 2017

---

# Préface

Chacun peut être un jour concerné par des comportements addictifs. Notre mode de vie nous y expose, tout comme les difficultés personnelles, professionnelles ou sociales que l'on peut traverser.

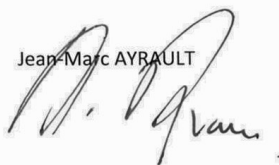
Face aux évolutions constatées ces dernières années, les questions de drogue ne peuvent plus être abordées sous le seul angle des substances. C'est une réponse plus globale qui doit désormais être mise en place, portant sur l'ensemble des conduites addictives.

Au-delà des comportements individuels qu'il s'agit de prévenir ou de prendre en charge, l'enjeu est également de s'attaquer à l'offre. Celle-ci se diversifie constamment, et les démarches de réduction des risques sanitaires et sociaux, bien qu'indispensables, ne suffisent pas. Nos équilibres économiques sont en cause, mais aussi la démocratie, du fait de l'interaction croissante entre trafic, délinquance et crime organisé, au plan national et international.

Pour relever ces défis, il appartient à l'ensemble de la société, mais également à tous les pouvoirs publics, de se mobiliser. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité mobiliser l'ensemble des ministres concernés, c'est-à-dire de fait l'ensemble du gouvernement, dans ce combat contre les drogues et l'addiction.

C'est sur la base de cette orientation que le plan gouvernemental 2013-2017 a été construit. Il accorde une large place à la jeunesse, car elle est à la fois la plus fragile et la plus exposée aux conduites addictives. Il fait des jeunes générations présentes et futures les premières bénéficiaires des mesures qu'il contient et aidera demain notre société à faire face aux enjeux nouveaux qui l'attendent.

Jean-Marc AYRAULT





---

## Sommaire

<b>Lettre de mission</b>	<b>9</b>
<b>Introduction</b>	<b>13</b>
<b>Partie 1</b>	
<b>Prévenir, prendre en charge et réduire les risques</b>	<b>19</b>
<b>Prévenir et communiquer</b>	<b>21</b>
Valoriser les stratégies de prévention fondées sur les preuves	<b>22</b>
Agir sur l'environnement et les comportements	<b>22</b>
Renforcer les actions de prévention	<b>23</b>
Diminuer l'attractivité des produits du tabac et de certaines boissons alcooliques	<b>25</b>
Prévenir dans le monde du travail	<b>26</b>
Accroître l'impact des campagnes de communication	<b>28</b>
<b>Accompagner et prendre en charge</b>	<b>31</b>
Adapter les offres de soins de premier recours et spécialisés	<b>31</b>
Adapter les stratégies thérapeutiques	<b>33</b>
<b>Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux</b>	<b>39</b>
Ouvrir de nouvelles perspectives dans le domaine de la réduction des risques	<b>39</b>
Agir spécifiquement dans les Outre-Mer	<b>43</b>
<b>Partie 2</b>	
<b>Intensifier la lutte contre les trafics</b>	<b>45</b>
<b>Agir en amont des trafics</b>	<b>47</b>
Renforcer la coopération internationale et la mutualisation du renseignement	<b>47</b>
Renforcer les capacités de contrôle des vecteurs terrestre, aérien et maritime	<b>47</b>
Accroître la surveillance de l'utilisation du vecteur Internet et la lutte contre l'offre de produits illicites en ligne	<b>48</b>

<b>Adapter la réponse publique à l'échelle des trafics de stupéfiants</b>	<b>49</b>
Traiter spécifiquement le trafic local, en particulier dans les quartiers de la politique de la ville et à l'intérieur des « zones de sécurité prioritaires » (ZSP)	<b>49</b>
Apporter une réponse spécifique au trafic de stupéfiants dans les villes petites et moyennes aussi bien qu'en milieu rural	<b>50</b>
Poursuivre l'effort de démantèlement des grands réseaux de trafic disposant de ramifications internationales	<b>50</b>
Lutter contre le trafic impliquant les mineurs	<b>50</b>
Lutter contre le trafic de drogues en milieu carcéral	<b>51</b>
<b>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</b>	<b>53</b>
Renforcer la lutte contre le blanchiment des fonds issus des trafics	<b>53</b>
Poursuivre, au niveau judiciaire, les actions menées en matière d'enquêtes patrimoniales	<b>53</b>
<b>Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre</b>	<b>55</b>
Intensifier la lutte contre la cannabiculture	<b>55</b>
Poursuivre la lutte contre la contrebande de tabac	<b>56</b>
Améliorer la réponse publique en matière de drogues de synthèse	<b>56</b>
Renforcer la lutte contre le détournement des précurseurs chimiques de produits stupéfiants	<b>56</b>
<b>Promouvoir une action ciblée de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les Outre-Mer</b>	<b>59</b>
Renforcer la lutte contre le trafic inter-îles dans les Antilles	<b>59</b>
Intensifier la lutte contre les trafics locaux dans l'ensemble des territoires des Outre-Mer	<b>59</b>
Renforcer l'action du Centre interministériel de formation anti-drogue de Fort de France (CIFAD) à destination des États voisins des Départements français d'Amérique	<b>60</b>
<b>Partie 3</b>	
<b>Mieux appliquer la loi</b>	<b>61</b>
<b>S'adosser à la loi pour protéger les populations</b>	<b>63</b>
Limiter l'entrée en consommation des jeunes	<b>63</b>
Mieux prévenir les dommages liés à l'alcool et au tabac	<b>64</b>

<b>Lutter contre la délinquance résultant directement ou indirectement de la prise de stupéfiants et de la consommation excessive d'alcool</b>	<b>67</b>
Rechercher l'efficacité de la réponse publique aux infractions commises après la consommation d'alcool et de stupéfiants	67
Mener des actions pédagogiques sur les dangers de la consommation de substances psychoactives au volant	68
<b>Agir contre les conduites dopantes et les détournements de médicaments</b>	<b>69</b>
Organiser, en matière de conduites dopantes, une réponse publique élargie	69
Mieux sécuriser la chaîne de prescription et de délivrance	69
Traiter de la problématique spécifique du détournement de médicaments en milieu carcéral	70
<b>Partie 4</b>	
<b>Fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation</b>	<b>71</b>
<b>Soutenir la recherche et l'observation</b>	<b>73</b>
Progresser dans la compréhension des conduites addictives	74
Renforcer la recherche clinique dans le domaine des addictions	76
Améliorer l'interface entre chercheurs et décideurs	77
Renforcer l'animation scientifique et l'ouverture internationale de la recherche française	78
<b>Harmoniser les contenus de la formation initiale et continue autour d'un socle commun de connaissances et de compétences</b>	<b>79</b>
Renforcer la formation initiale sur les conduites addictives	79
Favoriser le partage des cultures professionnelles par la formation continue	80
<b>Partie 5</b>	
<b>Renforcer la coordination des actions nationales et internationales</b>	<b>81</b>
<b>Renforcer l'efficacité de la gouvernance au niveau central et territorial</b>	<b>83</b>
Agir au niveau central	83
Agir au niveau territorial	84
Évaluer le plan gouvernemental	86

<b>Renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international</b>	<b>87</b>
Partager les acquis	<b>88</b>
Cibler l'action	<b>88</b>
Renforcer la sécurité intérieure	<b>89</b>
Promouvoir une approche économique de prévention et de lutte contre le trafic de drogue	<b>89</b>
Développer la coopération sanitaire	<b>90</b>
<b>Annexes</b>	<b>93</b>
Annexe 1	
<b>Synthèse de <i>Drogues et addictions, données essentielles 2013</i></b>	<b>95</b>
Annexe 2	
<b><i>Drogues, chiffres clés – juin 2013</i></b>	<b>109</b>
Annexe 3	
<b>Bibliographie</b>	<b>117</b>



*Le Premier Ministre*

1354 / 12 / 36

Paris, le 17 OCT. 2012

Madame la Présidente,

Vous venez de prendre vos fonctions de présidente de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

La vocation interministérielle de la MILDT est inscrite dans un ensemble de textes, qui donne à cette administration de mission une compétence de coordination et d'animation. La politique de lutte contre la drogue, la toxicomanie et les conduites addictives est transversale et chaque département ministériel doit y contribuer pour son champ de compétence, à la hauteur des efforts requis pour l'ensemble des domaines de l'action publique le concernant.

Le rattachement de la mission au Premier ministre lui permet de proposer une action globale et intégrée qui conjugue prévention, santé, recherche, lutte contre les trafics, respect de la loi et formation.

Les données scientifiques indiquent que le développement des conduites addictives est le résultat d'interactions multiples et complexes entre l'exposition répétée aux drogues, les problématiques individuelles, familiales et sociétales. Les mesures de santé publique que vous proposerez devront donc prendre en compte l'ensemble des déterminants et des facteurs de risques avérés.

Vous privilégieriez en conséquence une conception élargie de la prévention s'inscrivant dans une éducation citoyenne et scientifique et intégrant une sensibilisation à l'ensemble des risques. Il conviendra notamment de prendre en compte les influences comportementales liées à internet et aux réseaux sociaux : il s'agit de facteurs d'autant plus importants qu'ils s'adressent à des sujets très jeunes et donc vulnérables.

Une approche cohérente et coordonnée de la prévention des conduites addictives implique de définir une politique volontariste intégrant le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes et les stupéfiants. Vous prendrez en compte les phénomènes de « poly-consommation », la pratique du dopage et les addictions sans substance (par exemple l'addiction aux jeux de hasard).

Madame Danièle JOURDAIN-MENNINGER  
35, rue Saint-Dominique  
75007 PARIS



En dépit des efforts des différents services de l'État, le trafic de stupéfiants reste une menace pour la sécurité publique en France. Ce phénomène doit pouvoir être saisi dans toutes ses dimensions. Il vous importe de veiller à une coordination renforcée des actions des ministères régaliens, pour susciter des réponses à la hauteur des enjeux.

La lutte contre les trafics devra être menée sans relâche. Le fonds de concours « drogues » alimenté par les saisies et les confiscations des patrimoines des trafiquants, dont vous assurez la gestion, doit fournir régulièrement les moyens de mener des actions efficaces ou innovantes pour la lutte contre le trafic. Vous veillerez à ce que les sommes ainsi confisquées soient également consacrées à des actions de prévention qu'il conviendra de développer.

Vous mettrez en oeuvre ces orientations en vous appuyant sur le réseau des chefs de projets toxicomanie, placés auprès des préfets, au niveau départemental et régional. Dans un souci de cohérence de l'action publique vous veillerez à associer les agences régionales de santé aux réflexions et travaux engagés par les chefs de projet, tant en ce qui concerne la prévention que la prise en charge sanitaire et la réduction des risques.

Vous vous attacherez également à renforcer le rôle d'expertise de la MILDT auprès des pouvoirs publics, en vous appuyant sur l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les équipes de recherche dans les domaines concernés et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Vous devrez ainsi aider à promouvoir le développement de la recherche multi-disciplinaire, médicale et en sciences humaines et sociales, au sein des établissements et des grands organismes de recherche.

Au plan international, vous contribuerez, en lien étroit avec le Secrétariat général aux affaires européennes (SGAE) et le ministère des affaires étrangères, à l'élaboration de la position française en matière de lutte contre les drogues dans les instances internationales et européennes. Vous ferez, notamment, valoir l'approche globale et intégrée de la France tant dans les contacts bilatéraux avec les partenaires étrangers que dans les instances internationales. Vous vous appuyerez sur le Centre de formation anti-drogue (CIFAD) pour diffuser le savoir-faire des administrations françaises auprès de leurs homologues des pays de l'arc caribéen et d'Amérique latine.

Je souhaite aussi que la MILDT, sous votre présidence, devienne une force de proposition quant aux évolutions juridiques nécessaires à l'efficacité de la lutte contre la drogue, la toxicomanie et les conduites addictives.

L'ensemble de ces orientations devra constituer les priorités du prochain plan gouvernemental.

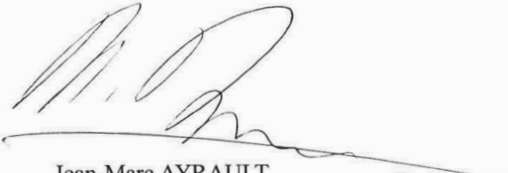
Je vous demande d'engager rapidement avec les ministères concernés l'élaboration de ce nouveau plan, en veillant à l'étroite coordination des travaux d'élaboration, et en prenant l'avis des collectivités territoriales et des associations d'élus locaux, ainsi que des différents partenaires, professionnels et associatifs. Vous vous appuyerez sur l'avancée des connaissances scientifiques. En cohérence avec l'action gouvernementale, ce plan devra permettre de mieux prévenir les comportements addictifs, en particulier chez les jeunes et les populations vulnérables et en situation de précarité, de réaffirmer l'importance de la politique de réduction des risques, de proposer des actions dans le domaine de l'accompagnement et du suivi notamment des personnes sous main de justice, d'améliorer

l'efficacité de la lutte contre les trafics, de mener des actions de communication régulières et pérennes, et d'engager une action déterminée dans les territoires ultra-marins, comme sur le plan international et européen.

Vous vous attacherez à promouvoir au sein de ce plan pluriannuel les dispositifs dont l'efficacité a été démontrée. Vous devrez dresser un bilan régulier des actions entreprises.

Ce plan gouvernemental pour les années 2013-2015 sera validé à l'occasion d'un Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances qui se tiendra sous ma présidence.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes respectueux hommages.



Jean-Marc AYRAULT



---

# Introduction

Dans une société où les nouvelles technologies façonnent l'image d'un monde à portée de main, les comportements humains ont évolué pour répondre toujours plus vite aux sollicitations sans cesse renouvelées des images qui créent le désir et de la valorisation de la performance.

Le monde des drogues, qu'il s'agisse de la demande ou de l'offre, n'a pas échappé à ces évolutions. L'accessibilité grandissante des drogues, notamment sur internet, particulièrement attractif pour les jeunes, et la féminisation des consommations de produits psychoactifs, sont des phénomènes largement partagés au plan international, alors que le trafic de drogue s'enracine.

On commence aussi à mesurer l'impact de la crise économique sur les modes de consommation et les conséquences sur les politiques de santé publique, notamment en Europe. La vulnérabilité sociale qui résulte du chômage favorise le développement des comportements addictifs et des dommages sanitaires et sociaux associés. Certains pays font déjà état d'une augmentation des contaminations au VIH/SIDA chez les usagers, dans le même temps, les contraintes budgétaires peuvent générer un allongement des délais d'entrée dans le parcours de soin.

Ces évolutions sont immédiatement prises en compte par les trafiquants qui exploitent tout nouveau mode de consommation, de même qu'ils explorent de nouvelles routes et de nouveaux vecteurs d'acheminement des produits. Le trafic par voie maritime connaît un développement sans précédent. Internet, en facilitant la diffusion rapide, sur un marché anonyme d'envergure internationale, de nouvelles compositions chimiques aux effets mal connus, constitue une source de difficultés croissante pour les enquêteurs.

Ces trafics déstabilisent certains pays du monde, mais aussi de nombreux quartiers de nos villes. Leur connexion avec le crime organisé et des flux financiers peu ou mal contrôlés, représente une menace pour les économies et la démocratie.

Cette réalité invite à repenser les équilibres de notre politique de lutte contre la drogue et les conduites addictives.

Parce qu'une stratégie est d'autant plus efficace qu'elle est pragmatique et ambitieuse, le plan gouvernemental s'appuie tout autant sur les pratiques et l'expérience

des professionnels de terrain que sur les résultats de la recherche concernant ces phénomènes en mutation rapide et constante et les dommages qu'ils engendrent.

En matière de réduction des risques par exemple, la France, pendant longtemps réticente à cette politique, devient progressivement une référence. Cette approche, fondée sur l'accompagnement des consommations pour en prévenir les pathologies associées, cohabite de façon assumée avec la pénalisation des consommations grâce, notamment, à une meilleure connaissance réciproque des pratiques professionnelles de tous les intervenants de proximité. Il nous faut renforcer ce modèle régulièrement menacé. C'est l'une des pratiques dont les effets en matière de santé publique sont les plus directs. Il nous faut également mieux les insérer dans des pratiques de médiation sociale en direction des riverains des dispositifs concernés.

Les dispositifs d'accompagnement et de soins se sont fortement structurés parallèlement au renforcement des connaissances en addictologie. Ils doivent poursuivre leur adaptation aux usagers dont les modes de vie et les pratiques de consommation évoluent. L'intégration du recours à l'Internet participatif dans la prise en charge en est un exemple.

Mais c'est en termes de prévention qu'une action forte et coordonnée s'avère indispensable. Les politiques précédentes ont en effet montré leurs limites. Si elles ont permis de contenir les consommations de la population générale, elles se sont révélées inefficaces, parfois contre-productives, pour les consommations les plus à risque : celles des jeunes, des femmes, ou des buveurs chroniques.

Ce plan s'étend sur une durée plus longue que les précédents car il est indispensable aujourd'hui d'avoir une vision à long terme, qui seule permettra de répondre aux problèmes persistants de santé et de sécurité publiques. La nature interministérielle de la lutte contre la drogue et les conduites addictives ne doit plus être source de dispersion mais de richesse. La stratégie du Gouvernement ne peut pas se résumer à un catalogue d'actions orientées, tantôt vers la réponse sanitaire tantôt vers la réponse pénale, pour de simples raisons d'affichage.

C'est dans cet esprit que les ministères investis dans cette politique publique ont élaboré ce plan avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). L'exploitation des données d'observation et des travaux de recherche pluridisciplinaire, des neurosciences aux sciences humaines, a nourri la réflexion interministérielle et permis de dépassionner le débat pour aboutir à des prises de position éclairées.

### **Le plan repose sur trois priorités :**

#### **Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.**

Les conduites addictives résultent de l'interaction de multiples facteurs biologiques, psychiques, familiaux, économiques, sociaux et environnementaux. Les interventions de prévention, de soins et de réduction des risques ne peuvent se développer efficacement sans s'enrichir de connaissances renouvelées. L'objectif constant de mieux cerner les motivations à la consommation et de débanaliser l'usage, notamment d'alcool, de tabac et de cannabis, y compris dans le milieu professionnel, implique de soutenir l'effort de recherche.

Cet effort ne doit pas viser la seule compréhension des conduites addictives, il doit aussi porter sur l'amélioration de leur prise en charge au moyen de nouveaux traitements médicamenteux et de stratégies thérapeutiques innovantes.

L'observation et l'évaluation, doivent apporter des éléments objectifs indispensables à la définition puis à l'adaptation des politiques publiques. S'appuyer sur des données scientifiquement validées c'est à la fois accroître l'efficacité des politiques et renforcer leur acceptabilité en démontrant leur légitimité.

### **Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.**

Rares sont les jeunes de 17 ans qui à cet âge n'ont expérimenté aucun des trois principaux produits que sont l'alcool, le tabac et le cannabis. Or, ces consommations sont d'autant plus dommageables qu'elles se produisent en phase de maturation cérébrale, qu'elles exposent les jeunes à davantage de comportements de prise de risques. Il apparaît donc urgent de développer des stratégies validées, conformes aux recommandations internationales, tant en termes de prévention que de soins.

De la petite enfance à la post-adolescence, la prévention des conduites addictives doit être conduite avec le souci constant d'empêcher, de retarder ou de limiter les consommations, sans proposer de réponses hygiénistes ou moralisatrices, dont on sait qu'elles sont inefficaces. Le seul interdit légal ne constitue pas un argument suffisant. Pour être compris, il doit s'intégrer dans une politique de promotion globale de la santé. Il doit surtout être accompagné d'un travail de renforcement des compétences psychosociales des jeunes et de celles de leurs parents. Dès que cela est possible, il faut aider les premiers à dire non, les seconds à ouvrir et maintenir le dialogue pour mieux fixer les limites.

Dans cette mission qui reste toujours difficile, tous les intervenants auprès des enfants, des jeunes et de leurs familles seront soutenus par des programmes de formation au repérage précoce des conduites addictives.

Mais la jeunesse n'est pas le seul facteur de vulnérabilité. Dans le domaine des conduites addictives, les inégalités sociales sont particulièrement marquées. On observe en effet qu'un niveau plus élevé d'abus ou de consommation excessive est associé au faible niveau socioéconomique. Les femmes connaissent quant à elles des problèmes particuliers. Leurs consommations les exposent au développement de maladies spécifiques et, lorsqu'elles sont enceintes, affectent durablement la santé de l'enfant à naître. Les femmes usagères de drogues, qui courent pourtant un risque sanitaire et social accru, renoncent souvent au soin du fait notamment de la forte stigmatisation de leurs consommations.

Parce qu'il faut aller au-devant de « ceux qui ne demandent rien », ce plan crée les conditions de la rencontre entre les professionnels de la santé et ces populations exposées. Il vise le développement de l'accessibilité des dispositifs et du repérage précoce des conduites addictives afin d'orienter les usagers vers la prise en charge la plus adaptée.

Il nous faut également changer notre regard sur les consommateurs de produits stupéfiants, sans complaisance, mais avec compréhension. C'est un défi individuel, personnel, presque intime. Mais c'est à cette seule condition que nous parviendrons à développer des stratégies préventives et thérapeutiques adaptées

intégrant l'insertion socio-professionnelle, facteur clé de la réussite du traitement. À cette fin, les actions de médiation sociale, favorisant l'inscription des usagers des dispositifs de soins et d'accompagnement dans la vie de la cité, doivent être largement développées.

**Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.**

Le constat est implacable, les consommations de substances psychoactives jouent un rôle dans la commission de nombreux crimes et délits, et les trafics qui les entourent menacent les citoyens et la société dans son ensemble.

Dans une approche préventive, la puissance publique doit veiller avec la même exigence à l'application des lois qui protègent et de celles qui punissent ; des lois qui interdisent la vente d'alcool et de tabac aux mineurs et de celles qui sanctionnent l'usage de stupéfiants. La lisibilité du cadre légal et, bien au-delà, l'égalité devant la justice, sont d'autant plus importantes qu'elles favorisent la compréhension de l'équilibre des approches sanitaires et pénales.

Du point de vue de l'application de la loi, la lutte doit être menée sans relâche contre la délinquance et les trafics.

Au niveau local, nous devons mobiliser durablement l'ensemble des acteurs engagés. L'implication de tous, administrations, partenaires associatifs, élus locaux, doit être recherchée et la rencontre avec la population, privilégiée.

En amont, les réponses publiques aux trafics de drogues doivent être coordonnées au regard des tendances émergentes relatives à la nature des substances, aux modes de production et aux vecteurs du trafic.

En effet, face à la forte capacité d'adaptation logistique des réseaux criminels, seul un engagement continu permettra de déstabiliser et de démanteler cette criminalité. Il nous appartient donc d'accompagner les services de l'État compétents dans cette mission et de renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international. Le renforcement du renseignement opérationnel, l'adaptation des techniques et moyens d'enquête et la mutualisation des savoir-faire en la matière contribueront à affronter les conséquences du trafic local et international, dont les effets dévastateurs se conjuguent.

Grâce à son positionnement interministériel, à sa capacité d'impulsion et de coordination, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) s'attachera, notamment dans les différentes expérimentations qu'elle propose dans ce plan gouvernemental, en appui à l'action des ministères, à soutenir une approche intégrée permettant par sa réactivité d'adapter en temps réel les politiques menées aux différents enjeux.

Mais au-delà des mesures et des moyens que ce plan gouvernemental déploie, les conditions dans lesquelles il a été conçu doivent également contribuer à son succès. Cette approche renouvelée de la lutte contre la drogue et les conduites addictives est le fruit du travail interministériel, des chefs de projet de la MILDT dans les départements et régions, et de la consultation de l'ensemble des experts, chercheurs, professionnels de santé, sociologues, nationaux et internationaux. Leur engagement doit être salué.

Il est attendu de cette concertation qu'elle crée les conditions de l'adhésion du plus grand nombre et qu'elle favorise la mise en œuvre du plan au niveau national, comme la valorisation de la position française par-delà nos frontières.

La mondialisation représente certes un défi en matière d'addictions, mais elle constitue également une occasion inouïe de mieux connaître les expériences positives et les bonnes pratiques, de mutualiser nos moyens de lutte, de partager nos valeurs et nos acquis. Et la France peut œuvrer, avec ses partenaires, pour faire face à cette menace commune.

Danièle Jourdain Menninger

*Présidente de la Mission interministérielle de lutte  
contre la drogue et la toxicomanie*





---

**Partie 1**

---

# **Prévenir, prendre en charge et réduire les risques**



---

# Prévenir et communiquer

Conformément aux recommandations internationales et européennes relatives à l'efficacité de la prévention des conduites addictives, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) entend promouvoir la mise en cohérence des politiques d'éducation, de santé et d'application de la loi, la mise en œuvre la plus précoce possible d'interventions de prévention adaptées aux populations concernées, y compris en agissant sur leur environnement, et s'appuyant sur des preuves scientifiques.

En dépit des restrictions d'accès aux produits psychoactifs, les prévalences de consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et autres produits illicites demeurent élevées, à la fois chez les garçons et les filles avec une initiation précoce pour certains produits ou certaines pratiques. Or l'adolescence constitue une période particulièrement critique en termes de vulnérabilité.

La consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis à l'adolescence peut être prédictive d'une dépendance ultérieure à cette substance ou à une autre. Plus l'initiation de la consommation est précoce (dès le début de l'adolescence), plus le risque de devenir dépendant est élevé.

Pour ces raisons, afin d'éviter l'entrée en consommation ou de retarder au maximum l'âge d'initiation, les adolescents doivent être les principaux bénéficiaires des actions de prévention tant universelle que sélective et indiquée. La MILDT soutiendra également les stratégies de prévention universelle en milieu scolaire et universitaire, en milieu professionnel, en milieu festif et de loisirs, ainsi que dans tout autre dispositif accueillant des jeunes (maison des adolescents, par exemple).

Le développement d'interventions de prévention au bénéfice de groupes exposés (prévention sélective) et de sujets vulnérables (prévention indiquée) sera encouragé, notamment pour :

- les jeunes ;
- les femmes présentant des conduites addictives ;
- les femmes enceintes consommatrices d'alcool et/ou de tabac ;
- les travailleurs pauvres, les chômeurs et les populations les plus précaires (personnes marginalisées, sans domicile fixe, migrants) particulièrement difficiles à atteindre.

---

## **Valoriser les stratégies de prévention fondées sur les preuves**

- En créant une commission interministérielle de prévention des conduites addictives. Conformément aux recommandations européennes et internationales, il convient de promouvoir le développement de programmes de prévention validés scientifiquement. Présidée par la MILDT, cette commission s'inscrira dans une démarche originale de sélection de programmes existants ou innovants en vue de procéder à leur évaluation scientifique. Cette évaluation, financée par la MILDT, sera conduite par des spécialistes (équipes académiques). Les programmes scientifiquement validés et répondant aux priorités nationales seront promus par la MILDT et son réseau territorial.

---

## **Agir sur l'environnement et les comportements**

- En intégrant le respect de la loi dans l'approche globale de la prévention. Les mesures législatives, réglementaires et administratives contribuent en effet à assurer un environnement favorable à la prévention des addictions en donnant un cadre au contexte social et économique dans lequel s'inscrivent les consommations. Ce type de dispositions a vocation à influencer les comportements sur lesquels la prévention veut agir.

- En agissant très en amont du début des consommations dans le cadre d'une politique de promotion globale de la santé de l'enfant, non seulement en période périnatale mais aussi tout au long de la petite enfance et de l'enfance. Cette politique est axée sur la promotion du bien-être des enfants et de leurs compétences psychosociales et requiert l'action coordonnée des systèmes sanitaire, sociaux, éducatifs et de soutien aux familles.

- En informant et en aidant les familles, par la mise en œuvre de l'intervention précoce dans les consultations jeunes consommateurs, par l'information et le soutien des familles au sein des maternités, des centres de protection maternelle et infantile (exemple programme PANJO), des centres de planification et d'éducation familiale, des réseaux d'appui à la parentalité et des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et par une meilleure accessibilité et une modernisation des sites Internet d'aide offrant information et orientation vers des professionnels spécialisés.

- En renforçant les compétences psychosociales des parents et des enfants. Les experts confirment en effet l'intérêt des interventions visant à développer les compétences à la fois des parents et des adolescents pour prévenir leur entrée en consommation et limiter les conduites addictives. Les compétences travaillées chez les parents relèvent essentiellement de la communication parents-enfants (notamment sur les drogues) ainsi que de leur capacité à fixer des limites et à

gérer les conflits dans une approche qui ne doit ni banaliser, ni dramatiser ni culpabiliser. Les compétences psychosociales à renforcer chez les jeunes sont l'affirmation et l'estime de soi, la résolution de problèmes (gestion des émotions) et la résistance à l'influence des pairs et aux stratégies marketing. Cette démarche doit aussi consolider leurs capacités à s'engager dans des activités partagées avec leur entourage (famille et pairs) mais aussi à l'école, et dans le cadre des activités péri- et extrascolaires conformément aux orientations de la loi du 8 juillet 2013 relative à la refondation de l'école.

- En sensibilisant les jeunes aux effets indésirables des conduites addictives à court terme (coma éthylique, grossesse non désirée, accident de la route) auxquels ils peuvent être plus réceptifs ainsi qu'aux effets durables, à long terme, auxquels ils sont peu sensibles (cancer, difficultés d'intégration socioprofessionnelle). Les recherches ont montré que l'information seule ne suffit pas et peut même s'avérer contre-productive chez les plus jeunes. L'information doit toujours s'inscrire dans la durée et s'accompagner d'interventions qui développent les compétences psychosociales.
- En développant l'information et la prévention relatives aux conduites addictives auprès de la population étudiante afin de préserver la santé des étudiants et de prévenir les risques d'échec dans leur parcours de formation. Les interventions seront centrées sur le repérage des conduites addictives (polyconsommations, conduites dopantes, dépendances comportementales) et la réduction des risques.
- En adaptant les actions de prévention à la fois aux jeunes dont les consommations de cannabis, d'alcool et de tabac sont préoccupantes et aux publics les plus éloignés des dispositifs classiques en raison de leur situation de précarisation. Les interventions innovantes allant au-devant de ces publics seront développées.
- En adaptant les messages de prévention aux publics en situation de vulnérabilité sociale ou économique et notamment les personnes sans emploi. L'absence d'exercice d'une activité professionnelle est un facteur de vulnérabilité aux conduites addictives avec une surconsommation de substances psychoactives.

---

## **Renforcer les actions de prévention**

### **Développer de nouvelles approches**

- En promouvant la démarche d'intervention précoce. Cette démarche a pour objectif de raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'un usage à risque et la mise en œuvre de prises en charge adaptées. L'intervention précoce permet d'accompagner ceux qui ont le plus de difficultés personnelles et sociales, de contribuer à un environnement plus favorable au développement du jeune, de renforcer ses ressources. L'intervention précoce sera largement mise

en pratique par les professionnels en contact avec les jeunes. Les consultations jeunes consommateurs diffuseront cette méthode à l'échelle de leur territoire.

- En accordant une place privilégiée à la prévention par les pairs en particulier dans la lutte contre le tabac. Les pairs peuvent également être mobilisés dans le cadre de démarches de réduction des risques liés à l'usage de drogue dans certaines situations spécifiques comme les rassemblements festifs, face à la pratique croissante d'alcoolisation ponctuelle importante et de polyconsommation.

### **S'appuyer sur les outils de la politique de la ville**

- En intensifiant les actions de prévention en direction des jeunes des quartiers de la politique de la ville, notamment les décrocheurs scolaires et les jeunes sans emploi et sans qualification. À cette fin, une meilleure information des professionnels des missions locales, des écoles de la 2<sup>e</sup> chance et des centres EPIDE sera recherchée, en lien avec l'amélioration de la formation aux conduites addictives du réseau politique de la ville (dont les délégués des préfets). Une cartographie des dispositifs spécialisés renforcera ce ciblage grâce à la géolocalisation des structures situées dans ces territoires.

### **Renforcer les actions de prévention à destination des personnes sous main de justice**

- En intensifiant le recours à la vidéo pour diffuser les messages de prévention dans les établissements pénitentiaires.
- En développant à titre de prévention les groupes de paroles sur les comportements addictifs et notamment sur le lien entre d'une part consommation de stupéfiants et d'alcool et d'autre part conduite délictuelle et passage à l'acte.
- En mettant en place des outils opérationnels d'appui aux pratiques professionnelles à la disposition des personnels de la protection judiciaire de la jeunesse pour prévenir l'alcoolisation des mineurs sous main de justice.

### **Instaurer un partenariat et un cadre institutionnel favorable**

- En renforçant les partenariats entre les mondes professionnel et éducatif et les dispositifs médico-sociaux de façon à proposer aux publics de consultations jeunes consommateurs et de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) un accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle et réciproquement à permettre l'orientation vers les struc-

tures spécialisées des personnes repérées en difficulté par les professionnels de l'éducation.

- En envisageant l'expérimentation de « campus sans tabac » en lien étroit avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, les présidents d'université et la conférence des présidents d'université et celle des grandes écoles.
- En sensibilisant les équipes dirigeantes des établissements d'enseignement supérieur à la problématique de l'organisation des soirées étudiantes. Il est proposé la signature d'une charte par l'association étudiante organisatrice de l'événement festif et le chef d'établissement qui a pour objet de mieux accompagner les organisateurs des soirées étudiantes. Les équipes dirigeantes sont ainsi amenées à s'impliquer dans l'organisation de soirées responsables afin d'éviter les risques de surconsommation d'alcool et autres produits psychoactifs.
- En favorisant le partage des cultures professionnelles entre acteurs de la prévention. La MILDT veillera notamment à favoriser la diffusion des bonnes pratiques professionnelles via son site Internet. Elle organisera en outre un événement dédié à la prévention.
- En renforçant l'impact de ces programmes par l'encouragement à leur inscription dans les projets d'établissements scolaires, d'enseignement supérieur, de centres de formation d'apprentis, de centres de loisirs, d'associations sportives ainsi que dans la formation des jeunes salariés, dans les dispositifs de cohésion sociale et dans la formation continue des personnels d'éducation, de santé et sociaux.

---

## **Diminuer l'attractivité des produits du tabac et de certaines boissons alcooliques**

### **Augmenter les prix pour faire reculer la consommation**

- En poursuivant une politique de hausse régulière des prix de vente de l'ensemble des produits du tabac.

### **Agir sur les lieux de vente**

- En sensibilisant aux enjeux de santé publique et en informant régulièrement sur les règles juridiques les débitants de tabac, à l'occasion de leur formation.
- En renouvelant régulièrement la délivrance de ces informations.



---

## **Prévenir dans le monde du travail**

Dans le secteur privé, la prévention des conduites addictives en milieu professionnel s'appuie sur la dynamique impulsée par le précédent plan gouvernemental 2008-2011, renforcée par la loi du 20 juillet 2011 sur l'organisation des services de santé au travail. Cette dynamique doit être confortée et sera étendue aux trois versants de la fonction publique.

### **Faciliter la mise en place, dans les secteurs publics et privés, d'une politique de prévention collective des conduites addictives en matière de drogues et d'alcool**

- En favorisant une double approche de prévention des risques et de protection globale de la santé au travail dans l'esprit de l'article L 4121-1 du Code du travail qui prévoit que « tout employeur est tenu de prendre des mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ».
- En modifiant le Code du travail relatif à l'alcool sur les lieux de travail (article R 4228-20) afin de permettre aux entreprises de mettre en place, via le règlement intérieur, des mesures de limitation de consommation de boissons alcoolisées.
- En diffusant une circulaire de la direction générale du travail, co-signée par la MILDT, aux directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) relative à la prévention des risques professionnels liés à l'introduction et la consommation de drogues et d'alcool dans l'entreprise.
- En s'appuyant sur la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail pour former des médecins du travail à la pratique de repérage précoce et d'intervention brève.
- En faisant de la prévention de la consommation de produits psychoactifs l'un des axes importants de la politique de santé et sécurité au travail dans la fonction publique.
- En proposant de façon plus systématique une formation sur les conduites addictives dans le monde professionnel. Cette formation sera notamment destinée aux membres des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), aux médecins du travail et de prévention, à l'encadrement.

## **Améliorer la connaissance des effets de la consommation de drogues et d'alcool sur la sécurité et la santé au travail ainsi que sur les relations de travail**

- En favorisant les études et recherches sur les conséquences de la consommation de produits psychoactifs sur les différents aspects de la vie au travail : l'absentéisme, les inaptitudes, les problèmes relationnels au travail, les situations conflictuelles, la qualité du travail.
- En proposant aux médecins du travail et aux médecins de prévention de participer à des enquêtes de consommation par questionnaires anonymisés sur la base du volontariat dispensés lors des visites médicales périodiques.
- En permettant de mieux identifier et quantifier les accidents du travail graves ou mortels dus à la consommation de drogues et d'alcool, sur le modèle de l'enquête « stupéfiants et accidents mortels », réalisée en 2002 dans le champ de la sécurité routière.
- En développant pour les autres accidents du travail et les maladies professionnelles, des enquêtes dans certains secteurs professionnels ou pour certaines populations de salariés ou d'agents.
- En engageant une réflexion sur la mise en place de nouveaux outils de connaissance (baromètre santé auprès des médecins du travail et des médecins de prévention, expertise collective sur les consommations de drogues et d'alcool sur les lieux de travail).

## **Diffuser cette connaissance dans le monde du travail**

- En développant des actions de communication avec l'appui des fédérations professionnelles, des ministères, de la branche AT/MP de la CNAMTS et des assurances complémentaires.
- En développant des actions d'information en direction des salariés des secteurs les plus à risque identifiés par la dernière enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) des dangers liés à la consommation d'alcool et de drogues.
- En encourageant l'inscription d'actions de sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool et de drogues dans les cursus de formation professionnelle (formation en alternance, apprentissage...).

---

## **Accroître l'impact des campagnes de communication**

Les chiffres de la consommation de produits psychoactifs en France révèlent la nécessité de développer des stratégies de communication ciblées par public adossées à un objectif commun : la prise de conscience des dommages individuels et sociétaux liés à la consommation de produits psychoactifs.

Des campagnes seront élaborées par le ministère de la Santé, et le cas échéant par les autres ministères concernés, en cohérence avec le plan stratégique et en lien avec le service d'information du Gouvernement (SIG) et la MILDT. Ces campagnes seront notamment mises en œuvre par l'Inpes, l'Institut national du cancer (INCa) et la délégation à la sécurité routière. Leur déploiement sur le territoire prendra appui sur les chefs de projet de la MILDT.

### **Mieux prendre en compte les spécificités des jeunes dans l'élaboration des messages et dans les modalités de diffusion de ces messages**

- En communiquant sur les risques immédiats spécifiques, tant sanitaires que sociaux, auxquels les exposent leurs comportements de consommation. Le phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante et la prévalence toujours forte du tabagisme et de l'usage du cannabis seront placés au cœur de la réflexion sur les messages.
- En mettant l'accent sur les motivations à la consommation et les effets artificiels de celle-ci qui donnent l'illusion d'une socialisation et d'un développement personnel accrus. Les campagnes prendront en compte l'âge, le niveau scolaire et le risque associés aux consommations.
- En favorisant leur prise de conscience des stratégies d'influence dont ils font l'objet de la part des industriels du tabac et de l'alcool d'une part, et du fait de la pression des pairs, d'autre part. Les campagnes mettront ainsi en exergue l'ambivalence de leur rapport aux produits psychoactifs en pointant la distorsion entre leur soumission à l'influence extérieure et l'affichage de leur liberté de consommer.
- En intégrant l'état de la connaissance sur leurs facteurs de réception, en particulier leur difficulté à apprécier le risque à long terme, leur capacité à développer des stratégies d'évitement, et leur désintérêt pour les discours culpabilisant et moralisateur.
- En s'emparant de l'évolution de leur pratique des médias. L'approche multi-support ou *cross media* (médias traditionnels et réseaux sociaux) sera développée.
- En recourant notamment aux codes d'expression auxquels ils adhèrent. Les stratégies de contre-publicité et de la télévision du réel, comme par exemple le témoignage, seront privilégiées.

## **Favoriser la prise de conscience des risques sanitaires et sociaux accrus encourus par les femmes**

- En sensibilisant les femmes sur la réalité de leur niveau de consommation, notamment d'alcool et de tabac, qui tend à se rapprocher de celui des hommes.
- En renforçant des actions particulières en direction des femmes enceintes (et de leur compagnon pour le tabac)
- En mettant en exergue les risques sanitaires (développement de certains cancers, par exemple) et sociaux (exposition accrue à la violence, par exemple) spécifiques aux femmes.
- En faisant mieux connaître et partager les évidences scientifiques sur les risques inhérents aux consommations durant la grossesse. La recommandation d'abstinence reste en effet mal comprise et semble se heurter au crédit accordé à l'expérience de l'entourage de la femme enceinte plus qu'à la preuve scientifique.
- En soulignant le paradoxe entre l'aspiration à une vie équilibrée et les effets de la consommation de substances psychoactives. Le lien entre la régulation du poids et la consommation de tabac sera aussi abordé.

## **Rapprocher les campagnes de communication des populations**

- En favorisant la déclinaison des campagnes sur le territoire. Les chefs de projet de la MILDT et les agences régionales de santé élaboreront en cohérence des actions de communication adaptées au contexte local comme aux spécificités des publics. Ils associeront, dans la mesure du possible, les élus locaux.
- En communiquant sur la localisation et les services offerts par les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge, notamment sur les consultations jeunes consommateurs.
- En relayant spécifiquement les outils de communication auprès des dispositifs et structures accueillant les populations vulnérables, du fait de leur situation sociale ou de leur isolement géographique.
- En soutenant le renforcement de la prévention dans le monde du travail par une stratégie de communication adaptée.



---

# Accompagner et prendre en charge

---

## Adapter les offres de soins de premier recours et spécialisés

Même si l'usage de produits psychoactifs est inégalement réparti sur le territoire, chaque usager de produits psychoactifs doit pouvoir bénéficier d'une offre de soins de proximité et d'un contact avec un professionnel compétent sur ces questions qui lui permettent d'évaluer sa consommation et d'élaborer un projet de prise en charge de sa conduite addictive. Le recours aux dispositifs existants et le renforcement de leur efficacité seront privilégiés.

## Conforter les compétences des professionnels en contact avec les jeunes

- En positionnant les consultations jeunes consommateurs comme structures pivots de la mise en œuvre de l'intervention précoce, en relais de tous les dispositifs qui accueillent des jeunes.
- En renforçant les compétences au repérage des vulnérabilités et des pratiques à risque des professionnels des consultations jeunes consommateurs et de tous ceux qui sont en contact avec les jeunes consommateurs (scolaires, jeunes sous main de justice, jeunes suivis dans le cadre de la protection de l'enfance, de la protection maternelle et infantile, des activités sportives et culturelles et des activités professionnelles, jeunes en établissements publics d'insertion de la défense (EPIDE)).
- En formant les personnels des services universitaires de médecine préventive et de promotion à la santé (SUMPPS) pour une meilleure connaissance des addictions afin de proposer des actions de prévention pertinentes et de mieux accompagner les étudiants ayant besoin d'une prise en charge. Il s'agit d'actualiser les connaissances des personnels (médecins, infirmiers, assistants de service social) et de favoriser la mutualisation entre les services et la diffusion des bonnes pratiques.

## **Conforter les compétences des professionnels de santé et le positionnement des médecins généralistes**

- En intégrant la stratégie d'intervention brève dans les programmes de formation initiale de tous les professionnels de santé. Les interventions brèves doivent pouvoir être pratiquées par tous les professionnels de santé placés en position de repérer des consommations à risque et des facteurs de vulnérabilité ainsi que d'orienter vers les professionnels spécialisés. Ils s'appuieront sur les recommandations de bonnes pratiques qui seront soumises à la Haute autorité de santé en la matière.
- En inscrivant l'intervention brève et l'entretien motivationnel comme thématiques prioritaires dans le développement professionnel continu des professionnels de santé, et en particulier des médecins généralistes afin qu'ils puissent intervenir dans le cadre de leur consultation avant l'apparition de dommages sanitaires et sociaux chez leur patient.

En menant une réflexion sur l'élargissement des interventions brèves pour l'ensemble des professionnels de santé et à toutes les consommations de produits psychoactifs. Cette méthode d'intervention est utilisée à ce jour pour les seules consommations d'alcool. Elle pourrait être étendue à toutes les substances.

- En facilitant des parcours de soins coordonnés et une organisation lisible sur les territoires, s'appuyant sur les orientations développées dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS). Les réseaux addictologie favorisent l'inscription du travail du médecin généraliste dans un cadre multi-professionnel et dans une filière de soins coordonnés.
- En étudiant les modalités d'inscription de la prise en charge des addictions parmi les missions des maisons de santé pluridisciplinaires (en y intégrant les microstructures), dans le cadre de la stratégie nationale de santé, permettant ainsi de dynamiser l'implication des médecins généralistes dans l'accès aux soins des personnes présentant des conduites addictives.

## **Étendre les interventions des dispositifs de soins spécialisés**

- En tirant les conséquences du travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le positionnement et les missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager de drogues (CAARUD), et notamment sur la prévention, l'insertion professionnelle ainsi que l'accueil et le soutien des familles (partenariat avec les structures existantes accueillant des familles, comme la protection maternelle infantile et les réseaux d'appui à la parentalité; mise en place de groupes de parole à destination des familles et des enfants).
- En renforçant les compétences des professionnels de santé des CSAPA dans le repérage et l'orientation des personnes souffrant d'addictions sans substance, notamment aux jeux de hasard et d'argent. L'objectif est d'aboutir à une homo-

généralisation de cette offre sur les territoires et à une plus grande visibilité de celle-ci, au bénéfice des joueurs concernés et de leurs proches.

- En poursuivant, avec l'appui des Agences régionales de santé (ARS), le développement des Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans les établissements de santé, notamment dans les établissements autorisés en médecine d'urgence. Le plan permettra d'accentuer leur action dans les établissements autorisés en psychiatrie. Ces équipes mobiles sont des acteurs importants de l'initiation d'une prise en charge spécialisée pour des patients qui ne sont pas encore engagés dans des soins en addictologie. Elles interviennent de façon préférentielle auprès des professionnels pour les former au repérage des conduites addictives mais assurent également des premières consultations auprès des patients pour organiser la continuité des soins.

En assurant le déploiement sur le territoire de quelques dispositifs de prise en charge thérapeutique résidentielle des femmes avec enfants.

- En favorisant la création de dispositifs expérimentaux de coordination des équipes périnatalité/addictologie et services sociaux.

## **Renforcer l'accessibilité géographique et sociale**

- En développant les dispositifs mobiles CAARUD en milieu rural notamment.
- En adaptant l'offre de soins et les bonnes pratiques professionnelles aux populations des quartiers de la politique de la ville ainsi qu'aux populations spécifiques que sont notamment les jeunes en errance, les personnes migrantes, les personnes sous main de justice, et les femmes présentant des conduites addictives. Plus souvent en proie au jugement social, les femmes sont plus enclines à la consommation cachée de produits psychoactifs, entravant ainsi leur accès au soin.

---

## **Adapter les stratégies thérapeutiques**

L'évolution des types et niveaux de consommation des populations d'usagers, de l'offre de drogues, la prévalence des comorbidités, rend nécessaire la promotion de nouvelles stratégies thérapeutiques.

## **Soutenir et diffuser la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)**

*Cette approche thérapeutique familiale, développée depuis plus de vingt ans aux États-Unis, appartient aujourd'hui à la liste des traitements reconnus pour les*



*addictions à l'adolescence par l'Institut national de la toxicomanie aux États-Unis (NIDA). Elle est validée par l'étude Cannabis Youth Treatment. Cette approche clinique a été testée dans six protocoles majeurs de recherche clinique randomisés dont le dernier est le protocole européen INCANT incluant cinq pays européens dont la France, et financé par la MILDT.*

- En établissant un plan de formation à la méthode MDFT en vue de son déploiement dans quelques consultations jeunes consommateurs réparties sur le territoire. Cette thérapie familiale est adaptée à la prise en charge des patients les plus en difficulté avec leur consommation de cannabis, notamment ceux présentant des troubles psychiatriques.
- En diffusant cette thérapie familiale dans les structures de la protection judiciaire de la jeunesse, tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé. En effet, cette approche qui a montré son efficacité sur la réduction de la consommation de cannabis des jeunes consommateurs les plus en difficulté et sur leurs troubles du comportement, semble particulièrement appropriée pour le suivi des jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse. Cette méthode est actuellement expérimentée dans deux structures éducatives. Une évaluation de la procédure y sera conduite en fin d'expérimentation.

## **Déployer l'approche intégrée vers les comorbidités psychiatriques**

*La prise en charge intégrée sera développée en cohérence avec le plan psychiatrie et santé mentale du ministère de la Santé.*

- En promouvant une stratégie de prise en charge des troubles concomitants pour tous les patients présentant des conduites addictives. Cette stratégie prendra en compte l'importance des traumatismes en tant que facteur de risque et la nécessité d'interventions coordonnées et intégrées.
- En ciblant les jeunes pour intervenir précocement sur les troubles de santé mentale. L'adolescence est une période cruciale en ce qui concerne l'émergence de troubles concomitants dont le traitement est d'autant plus efficace qu'il est précoce.
- En facilitant l'accueil des mineurs les plus en difficulté dans des CSAPA résidentiels qui leur seraient réservés et qui proposeraient un projet incluant une prise en charge pédopsychiatrique et un volet renforcé d'insertion professionnelle.

## **Déployer l'approche intégrée vers les comorbidités somatiques**

- En soutenant le dépistage et le suivi des pathologies somatiques associées à l'usage de produits psychoactifs, et notamment le VIH et les hépatites (Test rapide d'orientation diagnostique (TROD), Fibroscan).

- En favorisant le traitement des pathologies somatiques en lien étroit avec les établissements et professionnels sanitaires spécialisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et notamment les contaminations par le VIH, les hépatites, les pathologies dentaires.

### **Soutenir des recherches sur de nouveaux traitements des conduites addictives et de la dépendance**

- En développant de nouvelles stratégies thérapeutiques adaptées à la consommation de drogues de synthèse, à l'alcool-dépendance, aux patients pour lesquels les possibilités de traitements actuels sont inadaptées...

### **Améliorer la qualité de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés et développer leur accessibilité**

- En expérimentant et en évaluant de nouvelles modalités thérapeutiques et notamment la primo-prescription de méthadone en médecine de ville pour éviter le mésusage et favoriser une prise en charge adaptée.
- En augmentant l'accessibilité à ces traitements, notamment par une plus grande mobilité des dispositifs (bus méthadone).
- En généralisant l'application de la recommandation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur la dispensation quotidienne des médicaments de substitution aux opiacés en pharmacie pour les patients suivis en ville.
- En réduisant les interactions médicamenteuses par la création d'un lien fonctionnel entre les pharmacies de ville et les CSAPA pour les patients suivis dans ces structures.
- En mettant en place, en lien avec les ARS, des protocoles d'éducation thérapeutique pour les patients prenant ces médicaments.
- En utilisant plus systématiquement des tests de dépistage en cabinet de ville, conformément aux recommandations de l'ANSM. Ces analyses, dont le résultat est interprété par le médecin au cours de la consultation avec le patient, ne constituent pas un instrument de contrôle. Ils sont utilisés dans l'esprit de l'alliance thérapeutique : le patient se sent ainsi accompagné et soutenu par le thérapeute et le dispensateur sur des objectifs thérapeutiques fixés en commun.
- En promouvant les pratiques recommandées dans le guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.

## **Proposer des services d'aide à distance**

- En mettant à disposition des modalités renouvelées d'offres d'accompagnement et de prise en charge de service accessibles en ligne à destination des personnes souffrant d'addiction et de leur entourage. Ces offres à distance s'appuieront sur des protocoles validés.

## **Favoriser le recours aux groupes d'entraide**

- En améliorant leur visibilité auprès des professionnels et des personnes présentant des conduites addictives.
- En développant les partenariats entre les groupes d'entraide et les structures de prévention et de soins.

## **Faciliter et accompagner l'arrêt du tabac**

*Partant du constat que toute cigarette est nocive et que tout arrêt du tabac, quelle que soit la durée du tabagisme, est bénéfique, l'accompagnement des fumeurs vers le sevrage doit être renforcé, notamment en direction des jeunes et des femmes enceintes.*

- En mobilisant les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels de santé sur le sevrage tabagique (notamment via une formation en conseil sur l'arrêt du tabac) afin de le diffuser largement dans l'ensemble des soins primaires. En effet, selon le rapport national ITC France d'octobre 2011<sup>1</sup>, la majorité des fumeurs, y compris les femmes enceintes qui ont consulté un médecin n'ont pas reçu d'aide. Ces dernières doivent pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt par les professionnels de santé qui les suivent (gynécologues, sages-femmes). Les interventions sont estimées d'autant plus efficaces qu'elles sont menées par des professionnels qui fixent une date d'arrêt de fumer et prescrivent des substituts nicotiniques.
- En systématisant le repérage à la faveur de la prescription d'une contraception orale.
- En mobilisant les centres de planification ou d'éducation familiale pour permettre la délivrance de produits de sevrage tabagique et de conseils notamment pour les jeunes filles
- En assurant une meilleure prise en charge pour les jeunes adultes fumeurs (de 20 à 25 ans) du coût des sevrages par l'assurance-maladie. Celle-ci rembourse, à ce jour et sur prescription médicale, les traitements par substituts à hauteur de 50 € par bénéficiaire et par an, montant porté à 150 € pour les femmes enceintes. L'efficacité de la prise en charge globale (consultations et traitements substitutifs nicotiniques (TSN)) est prouvée avec un ratio coût-efficacité très favorable.

(1) *Rapport national ITC France, résultats de la deuxième vague*, Octobre 2011.

Les jeunes adultes fumeurs de 20 à 25 ans constituent la première classe d'âge à entrer en grand nombre dans le tabagisme régulier, à se préoccuper véritablement des maladies liées au tabac et déclarer avoir envie de s'arrêter de fumer dans une proportion de 50 %.

- En améliorant l'accompagnement des femmes enceintes dans l'aide au sevrage tabagique par le développement de mesures d'accompagnement allant au-delà de la prise en charge des traitements substitutifs.
- En renforçant les outils existants et en développant de nouveaux, dans un souci constant d'adéquation avec les attentes et pratiques relatives à l'Internet participatif. L'augmentation du recours à Tabac Info Service, notamment par les jeunes, doit être confortée par la modernisation des modalités d'interaction avec les usagers. Une offre renouvelée de services en ligne doit être développée. L'aide par téléphone portable est également efficace. L'adaptation et l'expérimentation du dispositif opérationnel anglais *Quit Kit*, programme de sevrage fondé sur une approche de marketing social, doivent être étudiées.
- En incitant au sevrage par une communication adaptée. La promotion de Tabac Info Service doit notamment être renforcée. L'information spécifique des femmes enceintes doit être développée.



---

# Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux

La politique de réduction des risques tiendra compte des données de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et des recommandations des rapports des groupes de travail remis à la MILDT<sup>1</sup>. Elle doit s'inscrire dans une logique de continuum avec les stratégies thérapeutiques et s'appuyer sur l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ des addictions. L'approche collective de la réduction des risques doit s'accompagner d'une offre de réponses individualisées permettant de faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues.

Les dommages sociaux intègrent les dommages individuels, subis par les usagers de drogues (dommages sanitaires, dépendance, précarisation de leur situation sociale) ainsi que les dommages sociétaux (atteintes aux personnes et aux biens). L'alcool est de très loin le produit qui entraîne le plus de désordres familiaux et sociaux.

Parmi les victimes de ces dommages, les femmes constituent une population à risque particulièrement élevé (grossesses non désirées, violences en particulier intrafamiliales, prostitution).

---

## Ouvrir de nouvelles perspectives dans le domaine de la réduction des risques

### Favoriser l'acceptabilité des actions de réduction des risques

- En accordant une place importante aux actions de médiation sociale au bénéfice des usagers et des habitants des zones de résidence concernées par les nuisances relevant de la consommation de drogues. Les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés aux activités relevant de la politique

(1) *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, groupe d'experts piloté par le Pr Michel Reynaud ; rapport de la Structure fédérative d'enseignement et de recherche clinique en addictologie, piloté par le Pr Michel Lejoyeux.

de réduction des risques. Les actions de réduction des risques doivent en effet coupler des objectifs de santé publique et des objectifs de tranquillité publique.

## **Étendre le champ de la réduction des risques à l'ensemble des produits**

- En élargissant les interventions de réduction des risques à tous les produits faisant l'objet d'un usage problématique, par l'élaboration de référentiels, et en soutenant l'évolution des pratiques professionnelles dans ce cadre. Tout en maintenant l'objectif prioritaire de la réduction des pathologies infectieuses (VIH, hépatites, maladies sexuellement transmissibles et tuberculose) et des surdoses mortelles, l'élargissement des actions de réduction des risques aux produits tels que l'alcool, le tabac, le cannabis et aux polyconsommations, responsables d'importants dommages sanitaires et/ou sociaux, est aujourd'hui une nécessité. À ce titre, une attention particulière sera accordée au phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante des jeunes en milieu festif.
- En renforçant l'analyse des nouveaux produits de synthèse et la diffusion d'informations sur leur composition. Les intoxications liées aux nouveaux produits de synthèse créent en effet de graves problèmes aux services des urgences en raison de l'absence fréquente de corrélation entre le nom commercial du produit et sa composition et la difficulté de poser un diagnostic en l'absence d'analyses toxicologiques identifiant ce produit.
- En étudiant l'intérêt de l'utilisation de la cigarette électronique dans la réduction des risques liés au tabagisme

## **Développer les approches populationnelles de la réduction des risques**

- En accordant une plus grande place aux actions qui permettent d'aller à la rencontre des usagers les plus précaires (*outreach* ou «aller vers»). La participation des usagers eux-mêmes (participation des pairs) à l'«aller vers» doit également être développée et valorisée.
- En renforçant le cadre des interventions de réduction des risques en milieu festifs par la validation d'un référentiel national. Le renforcement de ce cadre – étendu également à des interventions de prévention et d'application de la loi selon une approche intégrée recommandée par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) – doit soutenir l'action des CAARUD, des CSAPA et des associations en milieu festif. Ce soutien inclura les dispositifs intervenant dans le cadre de la santé communautaire.
- En expérimentant de nouvelles modalités d'action pour aller à la rencontre des jeunes sur Internet. Ce public est constitué de personnes usagères occasionnelles de drogues, *a priori* socialement insérées et très peu sensibilisées aux messages de réduction des risques. Les médias qu'ils privilégient, et notamment les technologies du Web et les applications Smartphones, seront utilisés.

- En multipliant à destination des plus jeunes les actions spécifiques concernant les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante dans l'espace public. Ces actions ancrées sur le territoire seront menées en lien entre les élus locaux et les chefs de projets de la MILDT, avec un focus particulier sur les villes universitaires.
- En sensibilisant les professionnels à la place de l'alcool dans les violences intrafamiliales, et notamment les personnels de l'aide sociale à l'enfance et les intervenants sociaux des gendarmeries.

## **Renforcer l'accessibilité et la sécurisation de l'offre de réduction des risques**

- En assurant un meilleur maillage géographique de l'offre spécialisée.
- En développant la mise à disposition de matériel de réduction des risques et en favorisant son adéquation avec les différentes pratiques de consommation, afin de contribuer à la réduction de la prévalence du VIH et du VHC. La mise à disposition du matériel d'injection sera renforcée, de même que le réseau d'automates qui sera également modernisé et adapté. Du matériel pour le sniff et l'inhalation figurera notamment parmi les nouveaux outils pris en compte dans le cadre de la réduction des risques. Certaines pratiques limitant l'accès au matériel de réduction des risques en structures spécialisées devront être corrigées.
- En évaluant la pertinence de l'envoi postal de matériel de réduction des risques au regard des besoins des usagers les plus éloignés des structures, étant entendu qu'un contact téléphonique systématique permet d'y associer une écoute et la transmission d'informations de prévention.
- En confortant les pharmaciens volontaires dans le rôle de professionnel de santé de premier recours vis-à-vis des usagers de substances psychoactives (accueil pour une approche de réduction des risques, repérage et orientation d'un patient, dispensation quotidienne à l'officine des médicaments de substitution...).
- En adaptant les services de réduction des risques aux spécificités des populations les plus vulnérables, et notamment des femmes qui fréquentent insuffisamment ces structures. Il conviendra de conforter les évolutions en cours portant sur l'ouverture de plages horaires dédiées et la mise en place d'ateliers spécifiques pour les accueillir.

## **Procéder à des expérimentations d'actions innovantes**

- En expérimentant l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Paris dans un premier temps, puis dans une ou deux autres villes, sur la durée du plan. Ce dispositif, qui sera mis en œuvre sur la base des textes juridiques en cours de préparation, répond à un triple objectif, faire entrer les usagers de drogue dans un processus de soins (de substitution et de sevrage pour certains) et de réduction des risques, limiter les risques de surdose et d'infection, réduire les nuisances et troubles à l'ordre public. Un travail de médiation sociale précèdera



et accompagnera les expérimentations. En parallèle, une évaluation scientifique sera conduite dès le démarrage de l'expérimentation. Un comité de suivi des expérimentations sera mis en place au niveau national et local.

- En construisant un programme intégré de prévention et de prise en charge des troubles liés aux conséquences des conduites addictives sur les femmes enceintes et sur la périnatalité, dont le syndrome d'alcoolisation fœtale, puis en procédant à la mise en œuvre de son expérimentation dans une ou deux régions marquées par des indicateurs péjoratifs de consommation d'alcool des femmes.

## **Favoriser la dimension socioprofessionnelle dans la prise en charge globale**

Les stratégies thérapeutiques en direction des patients présentant une addiction doivent intégrer le suivi psychologique et social. Les soins des addictions sur le long terme, associés à un travail de réinsertion socio-professionnelle intégrant le logement, sont des éléments clés de la réussite du traitement. Ils favorisent la prévention de la rechute et évitent la reprise de soins coûteux.

- En promouvant des aides au logement durable. À cet effet il conviendra de s'appuyer sur les outils préconisés par le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. L'objectif général est de parvenir à assurer un lieu de résidence stable aux personnes pour permettre la prise en charge du soin, soit par un hébergement, soit par un logement, en fonction de leurs besoins et capacités (contributives notamment). Des expérimentations de partenariat entre les acteurs de l'insertion par le logement et ceux de l'addiction seront recherchées.
- En soutenant l'insertion sociale et professionnelle des usagers fréquentant les CSAPA et les CAARUD. Les CSAPA et les CAARUD mettront en œuvre des actions, soit en développant eux-mêmes les dispositifs adaptés, soit en assurant l'orientation vers les services et les associations compétents en la matière.

## **Articuler les actions de la santé et la justice**

- En engageant une réflexion sur les conditions de l'articulation entre les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants et les consultations jeunes consommateurs, et sur l'intégration de la thématique des polyconsommations dans ces stages. Cette réflexion pourra s'inscrire dans le cadre de la mission d'évaluation santé-justice (cf. *infra*).
- En accompagnant l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, notamment au moment de la sortie. L'organisation globale de la prise en charge des addictions a été renforcée dans les établissements où n'existait pas de consultation en addictologie et où le relais de prise en charge spécialisée ne pouvait pas être assuré par un CSAPA. Au regard des ressources locales et des résultats d'une enquête à mener sur la mise en place et le fonctionnement des ELSA dans les établissements pénitentiaires, les ARS pourront adapter les organisations.

- En menant une réflexion sur les modalités d'une surveillance régulière des données sur l'état de santé des personnes placées sous main de justice dans le cadre d'un groupe de travail partenarial santé-justice, coordonné par la MILDT.

---

## **Agir spécifiquement dans les Outre-Mer**

Les Outre-Mer et l'Hexagone ont de nombreux points communs notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé, le réseau de premier recours, et la prise en charge dans un parcours coordonné de soins. Mais les départements et collectivités d'Outre-Mer doivent faire face à certaines problématiques particulières en matière de lutte contre les addictions, qu'il convient de traiter spécifiquement.

### **Améliorer la connaissance des consommations dans les Outre-Mer**

Bien que les données sur les Outre-Mer soient peu nombreuses, on note en particulier la précocité des consommations (notamment d'alcool) chez les jeunes, facteur de basculement dans des usages problématiques, et des polyconsommations. Ces polyconsommations incluent le cannabis à La Réunion et le crack aux Antilles. Pour leur part, les adultes présentent une forte consommation d'alcool (avec notamment un syndrome d'alcoolisation fœtale, particulièrement important à La Réunion) et un niveau élevé de dépendance aux jeux de hasard et d'argent. *A contrario*, la consommation d'opiacés est plus faible que dans l'Hexagone.

- En intégrant les départements et collectivités des Outre-Mer dans les enquêtes menées en population adulte pour la réalisation du *Baromètre santé*. Les acteurs de santé de ces départements et territoires qui le souhaitent depuis de longues années, jugent cette évolution indispensable pour une meilleure prise en compte des questions de santé publique dans les Outre-Mer.
- En renforçant les capacités d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances des départements des Outre-Mer.
- En étendant la plate-forme d'information et d'échange Internet de La Réunion à l'ensemble des départements des Outre-Mer.

### **Adapter le dispositif de prise en charge aux besoins identifiés**

En fonction des données fournies notamment par le *Baromètre santé* spécifique des Outre-Mer (fin 2014), il conviendra d'adapter le dispositif existant.

- En assurant un meilleur maillage géographique de l'offre spécialisée.

- En développant la mobilité des structures.
- En adaptant l'information, la communication et les prises en charge aux spécificités des populations vulnérables.

### **Valoriser et renforcer les consultations jeunes consommateurs**

- En valorisant la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.
- En améliorant la visibilité des consultations jeunes consommateurs pour les professionnels de première ligne et les familles afin de favoriser une intervention la plus précoce possible.
- En organisant la formation des professionnels à l'intervention précoce.

---

**Partie 2**

---

# **Intensifier la lutte contre les trafics**



---

# Agir en amont des trafics

L'objectif est de mener des actions en amont de la logistique des réseaux criminels afin de limiter l'offre de stupéfiants sur le territoire national, en mobilisant trois leviers.

---

## Renforcer la coopération internationale et la mutualisation du renseignement

- En favorisant la coopération internationale afin d'identifier les menaces potentielles en amont des trafics, par le biais de mécanismes de coopération bilatéraux et multilatéraux.
- En optimisant la recherche, la collecte et la diffusion du renseignement en matière de lutte contre les trafics, notamment en établissant une analyse régulière de l'état de la menace diffusée à tous les acteurs concernés (services d'enquête et magistrats) et une cartographie annuelle des nouveaux itinéraires maritimes, terrestres et aériens des transports de drogues nationaux et internationaux.

---

## Renforcer les capacités de contrôle des vecteurs terrestre, aérien et maritime

- En favorisant l'adaptation des moyens de surveillance des services concernés aux nouvelles contraintes en matière de contrôle sur le vecteur routier caractérisées, notamment, par la généralisation du *free flow* (fluidification du trafic) et la sophistication des moyens de dissimulation. La coopération avec les sociétés d'autoroute devra être poursuivie au travers de protocoles signés avec l'État.
- En tenant compte de l'accroissement du trafic de stupéfiants par voie fluviale et maritime (par conteneurs, en particulier), de la diversification des axes empruntés, des moyens d'acheminement et de la nécessité de renforcer les capacités de surveillance afférentes.

- En répondant au défi que constitue le recours par les trafiquants à des vecteurs aériens dédiés (à partir d'aérodromes secondaires et de plateformes de circonstance)<sup>1</sup>, tout en renforçant la surveillance de flux de passagers et du fret dans les aéroports commerciaux.

---

## **Accroître la surveillance de l'utilisation du vecteur Internet et la lutte contre l'offre de produits illicites en ligne**

Un recensement du nombre de magasins en ligne proposant de fournir des substances psychoactives ou produits susceptibles d'en contenir à des clients dans au moins un État membre de l'Union européenne (UE) a permis d'en dénombrier 693 en janvier 2012, contre 314 en janvier 2011 et 170 en janvier 2010<sup>2</sup>. Fin 2011, une trentaine de sites de vente en langue française proposaient des drogues de synthèse<sup>3</sup>. Afin de protéger les plus jeunes, la surveillance du vecteur Internet et la lutte contre l'offre de produits illicites en ligne doivent être renforcées.

- En élargissant le champ des infractions pour lesquelles l'infiltration sur les réseaux de communication électronique est autorisée, afin de permettre cette technique d'enquête concernant le trafic de stupéfiants et la provocation des mineurs à l'usage et au trafic de stupéfiants.
- En renforçant la collaboration avec les fournisseurs d'accès, les gestionnaires de moteurs de recherche et les hébergeurs de sites.

(1) INHESJ, *Le trafic de stupéfiants à partir des aérodromes secondaires non surveillés et plateformes de circonstance*, Paris, Colloque du 11 décembre 2012.

(2) OEDT, *État du phénomène de la drogue en Europe*, Luxembourg, Rapport annuel 2012.

(3) OFDT, *Nouveaux produits de synthèse et Internet, Tendances*, n° 84, janvier 2013.

---

# **Adapter la réponse publique à l'échelle des trafics de stupéfiants**

La réponse apportée aux trafics doit être différenciée selon leur nature et adaptée selon leur échelle et leur enracinement dans le tissu urbain. Elle doit également prendre en compte l'ensemble des acteurs qui y sont impliqués. À l'occasion du comité interministériel à la ville du 19 février 2013, le ministère de la Justice, avec l'appui du ministère de l'Intérieur, a placé la lutte contre le trafic de stupéfiants parmi les actions prioritaires de la politique pénale à conduire dans les quartiers de la géographie prioritaire.

---

## **Traiter spécifiquement le trafic local, en particulier dans les quartiers de la politique de la ville et à l'intérieur des « zones de sécurité prioritaires » (ZSP)**

- En apportant une réponse adaptée à la physionomie du trafic qui se caractérise par un fort enracinement urbain, en particulier dans les grands ensembles. Cette réponse doit être conçue en lien avec l'ensemble des administrations, des partenariats locaux (notamment associatifs), des collectivités territoriales et des habitants concernés.
- En développant la recherche et l'exploitation du renseignement opérationnel.
- En optimisant l'exploitation des renseignements recueillis en amont de l'approvisionnement des quartiers sensibles
- En renforçant les opérations coordonnées entre les différents services de l'État contre le trafic de drogues et l'économie souterraine.
- En resserrant les liens de confiance entre les citoyens confrontés aux conséquences du trafic de stupéfiants et les acteurs de l'Etat dans les territoires en lien étroit avec les élus



---

## **Apporter une réponse spécifique au trafic de stupéfiants dans les villes petites et moyennes aussi bien qu'en milieu rural**

- En promouvant la diffusion des bonnes pratiques d'investigations (juridiques et opérationnelles) auprès des services d'enquête locaux, notamment en matière patrimoniale.
- En identifiant les nouveaux axes routiers secondaires empruntés par les trafiquants

---

## **Poursuivre l'effort de démantèlement des grands réseaux de trafic disposant de ramifications internationales**

Au sein de l'UE, il existe actuellement 3 600 groupes criminels organisés actifs, présentant des profils de plus en plus internationalisés et constitués en réseaux, dont près de 50 % sont actifs dans le trafic de drogues<sup>1</sup>.

- En poursuivant le développement de techniques d'investigations spécifiques qui nécessitent une spécialisation croissante des effectifs dédiés au démantèlement des groupes criminels transnationaux, tant sur le plan national que sur le plan international.
- En intensifiant la mise en place d'équipes communes d'enquête et des équipes européennes d'investigations patrimoniales en lien avec EUROJUST et EUROPOL.

---

## **Lutter contre le trafic impliquant les mineurs**

- En poursuivant le travail visant à dissuader et à sanctionner l'implication des mineurs dans le trafic, avec une vigilance particulière et une coordination de l'ensemble des services concernés sur le plan de la prévention comme sur celui de la réponse pénale.

(1) EUROPOL, *EU Serious and Organised Crime Threat Assessment*, La Haye, mars 2013.

- En valorisant le partenariat entre les forces de sécurité et les établissements scolaires pour mieux lutter contre le trafic aux abords de ces établissements.

---

## **Lutter contre le trafic de drogues en milieu carcéral**

Un tiers des entrants en prison déclarent une utilisation prolongée ou régulière de stupéfiants ou de médicaments détournés (statistiques de l'administration pénitentiaire). Il convient d'agir sur ces consommations qui pèsent fortement sur l'état de santé des personnes détenues.

- En poursuivant l'installation de dispositifs anti-projection (filets, vidéosurveillance), de portiques à ondes millimétriques et en formant les personnels à l'utilisation de ces dispositifs.



---

# **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**

L'objectif est de priver les réseaux criminels du produit de leurs trafics et de dissuader la récidive.

---

## **Renforcer la lutte contre le blanchiment des fonds issus des trafics**

Face aux stratégies de contournement du dispositif anti-blanchiment déployées par les trafiquants, la réponse publique doit s'adapter.

- En tenant compte de l'évolution des supports de blanchiment : il paraît nécessaire d'intégrer la monnaie électronique, les jetons de casino et l'or dans l'obligation déclarative des sommes, titres et valeurs dont le seuil est fixé à 10 000 euros.
- En faisant évoluer le dispositif d'obligation déclarative afin, notamment, qu'il ne soit plus uniquement centré sur les voyageurs : la réglementation pourrait en effet intégrer le fret, le fret express et la voie postale ainsi que les problématiques de contournements de la réglementation par le fractionnement des sommes.

---

## **Poursuivre, au niveau judiciaire, les actions menées en matière d'enquêtes patrimoniales**

Les saisies d'avoirs criminels en France ont augmenté de 60 % entre 2010 et 2011. Ces résultats sont la conséquence de l'intégration de l'enquête patrimoniale dans les investigations menées contre les trafiquants de drogues.

- En poursuivant la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour systématiser et simplifier, pour tous les acteurs de la chaîne pénale (enquêteurs, magistrats), quels que soient leurs ressorts, l'approche patrimoniale de la lutte contre les trafics.
- En poursuivant le travail engagé visant à mettre à jour l'implication de l'entourage des trafiquants notamment dans la dissimulation de l'argent de la drogue.

---

# Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre

La réponse publique doit s'adapter à de nouveaux défis concernant l'offre de produits illicites ou l'offre illicite de produits licites.

---

## Intensifier la lutte contre la cannabiculture

Au niveau européen, les saisies de plants de cannabis ont sensiblement augmenté au cours de la période récente, totalisant 4,6 millions d'unités en 2011 contre 3,1 millions en 2010<sup>1</sup>. L'extension de la culture du cannabis *indoor* n'épargne désormais plus la France<sup>2</sup>.

- En diffusant largement les données rassemblées par les pouvoirs publics sur ce phénomène émergent afin de couper court aux idées reçues sur les vertus « bio » du cannabis issu de ces cultures, et de rappeler le caractère illégal de cette activité ainsi que les dangers qu'elle présente pour la santé.
- En contrebalançant l'image communément répandue du caractère artisanal et convivial de la cannabiculture par l'information du public sur l'existence de véritables « usines à cannabis »<sup>3</sup>, aux mains de groupes criminels transnationaux<sup>4</sup>, dont certaines ont récemment été démantelées sur le territoire national.
- En exerçant une surveillance particulière sur les canaux d'accès à la cannabiculture (magasins spécialisés, sites Internet, fret postal et express).
- En dotant les services d'investigations de moyens de détection innovants, et en s'inspirant de l'expérience des pays qui détiennent une expertise reconnue en la matière.

(1) OEDT & EUROPOL, *EU Drug Markets Report : A Strategic Analysis*, Luxembourg, 2013.

(2) OCRTIS, *État des lieux de l'usage et du trafic des stupéfiants en 2011 en France*, ministère de l'Intérieur, juin 2012.

(3) OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint Denis, 2013.

(4) OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint Denis, 2013.

---

## **Poursuivre la lutte contre la contrebande de tabac**

Les 371 tonnes de tabac de contrebande saisies en 2012 en France<sup>1</sup> témoignent du potentiel de trafic en la matière. Ce trafic menace le monopole de distribution national et pénalise tout autant les politiques sanitaires visant à circonscrire l'offre que les recettes fiscales.

En maintenant la lutte contre la contrebande comme un axe fort qui s'appuiera sur la stratégie définie en juin 2013 par la Commission européenne visant à «renforcer la lutte contre la contrebande de cigarettes et les autres formes de commerce illicite de produits du tabac»<sup>2</sup>.

---

## **Améliorer la réponse publique en matière de drogues de synthèse**

Depuis 2010, le rythme d'apparition des nouveaux produits de synthèse (NPS) s'accroît avec une nouvelle substance identifiée par mois.

- En améliorant l'identification des nouveaux produits de synthèse par l'adaptation constante des moyens techniques.
- En améliorant la rapidité de transmission de l'information en direction des services de prévention et de santé.

---

## **Renforcer la lutte contre le détournement des précurseurs chimiques de produits stupéfiants**

Les «précurseurs chimiques» constituent à la fois des produits essentiels à la production de drogues mais font également l'objet d'une utilisation légitime aux fins de production de nombreux produits de consommation courante. La lutte contre le détournement des précurseurs chimiques de produits stupéfiants

(1) *Direction générale des douanes et droits indirects, Résultats 2012*, ministère de l'Économie et des Finances, ministère du Commerce extérieur et ministère du Budget, mars 2012.

(2) Commission européenne, *Renforcer la lutte contre la contrebande de cigarettes et les autres formes de commerce illicite de produits du tabac, une stratégie globale de l'UE*, Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, Bruxelles, 6 juin 2013.

est l'une des priorités du plan d'action anti-drogue de l'UE pour la période 2013-2020<sup>1</sup>.

- En engageant une réflexion interministérielle renouvelée au sujet de l'introduction dans l'arsenal répressif de qualifications pénales spécifiques, notamment en matière de détournement d'usage.
- En poursuivant la détection des réseaux de détournement des précurseurs chimiques.

En développant la mise au point de tests innovants de détection de précurseurs chimiques destinés aux services compétents.

(1) Conseil de l'Union européenne, *Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020)*, Journal officiel de l'Union européenne, 29/12/2012.





---

## **Promouvoir une action ciblée de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les Outre-Mer**

Les Outre-Mer constituent un enjeu majeur en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants, au niveau international, comme dans l'axe caribéen, mais aussi au niveau local.

---

### **Renforcer la lutte contre le trafic inter-îles dans les Antilles**

Le trafic relatif à la cocaïne, qui est acheminée vers les Antilles à partir des îles avoisinantes afin d'être consommée localement ou réacheminée vers l'Hexagone, nécessite des mesures ciblées.

- En mobilisant des moyens de détection et d'interception des vecteurs employés par les trafiquants, adaptés aux spécificités de la zone géographique (radars, moyens aériens, maritimes et terrestres) et une recherche accrue du renseignement.

---

### **Intensifier la lutte contre les trafics locaux dans l'ensemble des territoires des Outre-Mer**

Il convient de protéger les habitants des territoires ultra-marins de la criminalité liée à l'offre de produits stupéfiants.

- En renforçant les actions contre la production locale de cannabis ou le trafic de médicaments.

---

## **Renforcer l'action du Centre interministériel de formation anti-drogue de Fort de France (CIFAD) à destination des États voisins des Départements français d'Amérique**

- En développant les formations professionnelles proposées par le CIFAD qui contribue à la diffusion du savoir-faire des administrations françaises auprès des États de l'arc caribéen et d'Amérique latine en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants.

---

**Partie 3**

---

# **Mieux appliquer la loi**



---

# S'adosser à la loi pour protéger les populations

---

## Limiter l'entrée en consommation des jeunes

Les ivresses régulières des jeunes connaissent en effet une forte augmentation. Selon l'enquête Escapad 2011, les jeunes de 17 ans connaissant régulièrement des phénomènes d'ivresse représentaient 8,6 % de cette classe d'âge en 2008 contre 10,5 % en 2011. Des études récentes ont également montré que l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs n'est majoritairement pas respectée. Il apparaît donc essentiel d'appliquer de manière effective les dispositions spécifiques de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en matière de vente d'alcool et de tabac aux mineurs.

- En veillant à l'application effective de la loi HPST en matière de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, notamment par des contrôles renforcés de l'interdiction de vente.
- En intégrant l'alcool dans les plans de contrôle des préfets de département, prévus par la circulaire du 3 août 2011 et dans les bilans que doivent en faire les préfets de région.
- En associant les polices municipales aux contrôles et à la verbalisation relatifs à l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, dans le cadre des conventions de coordination entre les forces de sécurité nationales et les polices municipales.
- En prévoyant une synthèse annuelle nationale des bilans des plans de contrôle effectués par les préfets de région.

---

## **Mieux prévenir les dommages liés à l'alcool et au tabac**

### **Adapter les dispositions relatives à la publicité de l'alcool et à la promotion de l'alcool et des produits du tabac afin de renforcer la protection des mineurs**

*Le cadre juridique de la directive européenne sur les produits du tabac et les évolutions des consommations d'alcool et de tabac des jeunes rendent nécessaires une adaptation du cadre juridique français.*

- En engageant une réflexion sur les conditions de promotion de l'alcool et des produits du tabac. À cet effet, un groupe de travail pluridisciplinaire sera piloté par la MILDT.
- En associant aux actions de prévention les médias et les annonceurs à travers la conclusion d'une charte d'engagement sur les bonnes pratiques relatives à la promotion du tabac et de l'alcool.

### **Mieux avertir les femmes enceintes des risques du tabac et de l'alcool**

- En apposant sur les paquets de cigarettes un pictogramme «Zéro tabac pendant la grossesse» et en rendant plus lisible et compréhensible le pictogramme «Zéro alcool pendant la grossesse» sur les contenants de boissons alcoolique.

### **Mieux protéger les non-fumeurs**

*Les dangers du tabagisme passif sont connus, en particulier le caractère cancérogène de la fumée de tabac par exposition environnementale. L'interdiction de fumer dans les lieux publics, sur les lieux de travail, dans les hôpitaux, dans les écoles, dans les restaurants, bars et cafés est un progrès pour la santé des non-fumeurs.*

- En contrôlant plus strictement le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
- En élargissant le champ de l'interdiction de fumer dans certains lieux ouverts au public, sur la base du volontariat de collectivités territoriales (plages, aires de jeux, abribus, etc.) et de restaurateurs et cafetiers (label « Terrasse non-fumeur »).

## **Inclure l'usage de la cigarette électronique parmi les enjeux de santé publique**

Dans l'attente d'une définition de son statut à l'échelle européenne, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a décidé l'extension à la cigarette électronique de deux mesures aujourd'hui appliquées au tabac (interdiction de vente aux mineurs, interdiction de la publicité) et a demandé au Conseil d'État une étude juridique sur la possibilité d'une interdiction de son usage dans les lieux publics.





---

# **Lutter contre la délinquance résultant directement ou indirectement de la prise de stupéfiants et de la consommation excessive d'alcool**

---

## **Rechercher l'efficacité de la réponse publique aux infractions commises après la consommation d'alcool et de stupéfiants**

La proportion importante des faits délictueux et criminels commis sous l'influence de ces substances ou en lien avec elles constitue un enjeu majeur. En effet, près de la moitié des victimes de violences, notamment intrafamiliales, déclarent que leur agresseur était sous l'emprise de drogue ou d'alcool<sup>1</sup>. Les mesures ordonnées dans le cadre pénal doivent donc permettre de réduire le risque de récidive, c'est-à-dire les dommages sociaux résultant de ces consommations. De ce fait, les liens entre consommation des produits et délinquance et les contenus des mesures judiciaires méritent d'être analysés et évalués pour en tirer toutes les conséquences en termes de formation et d'information des professionnels de justice et de contenu de la réponse pénale.

- En identifiant mieux l'implication de la consommation d'alcool et de drogues dans les faits d'atteinte à l'intégrité physique, et notamment les violences intrafamiliales. Cette évaluation doit permettre aux professionnels, dans le cadre du traitement de ces procédures, de prendre davantage en considération l'importance des problématiques liées aux consommations d'alcool et de produits stupéfiants, et aux personnes elles-mêmes d'être sensibilisées aux risques qu'elles font courir à leur entourage en faisant usage de drogues et en s'alcoolisant.
- En menant une évaluation, dans le cadre d'une mission santé/justice, du contenu des sanctions prononcées dans des affaires en lien avec la consommation d'alcool et/ou de produits stupéfiants, que ce soit les alternatives aux poursuites, les mesures pré-sentencielles, ou les peines. L'effectivité de ces mesures repose pour beaucoup sur des protocoles mis en œuvre localement dont il convient de dresser un état des lieux.

(1) Insee, *Enquête de victimation* – Cadre de vie et sécurité / CVS 2009-2012.

- En procédant à une évaluation globale du traitement judiciaire des usagers de produits stupéfiants incluant les pratiques des services d'enquête, l'articulation avec l'offre de soins et la réponse judiciaire, ce contentieux faisant l'objet d'une réponse publique spécifique marquée par la multiplication par cinq des interpellations depuis vingt ans. Le traitement des usagers mineurs devra faire l'objet d'une attention particulière
- En menant une expérimentation sur la possibilité de remplacer le prélèvement sanguin par un prélèvement salivaire en vue de l'authentification d'un usage de stupéfiants.

---

## **Mener des actions pédagogiques sur les dangers de la consommation de substances psychoactives au volant**

Les dangers des consommations ou polyconsommations de substances psychoactives (telles que l'alcool ou le cannabis) au volant, sont encore trop souvent méconnus et sous-estimés. Ils devront être portés à l'attention du public.

- En menant des campagnes de communication et d'information spécifiques.
- En sensibilisant les candidats au permis de conduire à la problématique des consommations dans le cadre de la préparation de l'épreuve du code de la route.

---

# **Agir contre les conduites dopantes et les détournements de médicaments**

---

## **Organiser, en matière de conduites dopantes, une réponse publique élargie**

La réponse publique devra intégrer, outre le dopage sportif, le dopage « récréatif » et l'usage de « drogues de performance », dans un cadre promouvant la coopération opérationnelle entre les différents acteurs de la lutte anti-dopage.

- En promouvant une réflexion sur la réglementation des pratiques dopantes au-delà des seuls sportifs de haut niveau.
- En encourageant le recueil et le traitement du renseignement relatif aux produits dopants par le développement de partenariats avec l'industrie pharmaceutique.
- En définissant des parades adaptées à l'usage de « drogues ou substances de performance ». La pratique de la consommation de médicaments détournés de leur usage normal, et utilisés comme « drogues de performance », revêt une acuité particulière concernant divers publics engagés dans une démarche de performance, à l'instar des sportifs amateurs voire des élèves et des étudiants, du fait de la pression perçue et/ou exercée par leur environnement.

---

## **Mieux sécuriser la chaîne de prescription et de délivrance**

La lutte contre le détournement de médicaments, en particulier de médicaments à effets psychotropes, nécessite de renforcer le dispositif actuel en matière de contrôle y compris pour les médicaments vétérinaires.

- En engageant une réflexion sur l'intérêt de renforcer les pouvoirs des services d'enquête en matière de trafic de médicaments.
- En ciblant notamment la vente de médicaments sur Internet.

---

## **Traiter de la problématique spécifique du détournement de médicaments en milieu carcéral**

- En améliorant la formation des personnels des établissements pénitentiaires et l'information des personnes détenues afin de prévenir des dangers liés aux détournements médicamenteux. Ces actions doivent être menées en parallèle de mesures destinées à lutter contre le trafic de médicaments frauduleusement introduits au sein des prisons.

**Fonder les  
politiques de lutte  
contre les drogues  
et les conduites  
addictives sur la  
recherche et la  
formation**



---

# Soutenir la recherche et l'observation

En France, le soutien à une recherche d'excellence dans le domaine des conduites addictives a constitué une priorité forte des précédents plans gouvernementaux. La recherche sur les mécanismes fondamentaux des addictions, les comorbidités psychiatriques ou les aspects psychologiques et sociétaux a ainsi été soutenue dans le cadre de plusieurs appels à projets nationaux dont le programme «Investissements d'avenir».

En parallèle, des partenariats internationaux prometteurs ont été initiés tels le réseau de coopération scientifique européen en sciences humaines et sociales «ERANID» ou le partenariat entre l'institut thématique multi-organismes «ITMO Neurosciences» et l'Institut nord-américain de recherche sur les drogues (NIDA).

Aujourd'hui, la recherche sur les drogues et les conduites addictives est inscrite à l'agenda des priorités stratégiques des alliances thématiques de recherche<sup>1</sup> et des instituts thématiques multi-organismes principaux dans le champ de la santé et des sciences sociales<sup>2</sup>.

La nécessité d'adosser les politiques publiques à des données scientifiquement établies implique de poursuivre cet effort.

Les conduites addictives résultent de l'interaction entre de multiples facteurs biologiques, psychiques, familiaux, économiques et sociaux. Les interventions de prévention et de soin nécessitent de développer une politique de recherche pluridisciplinaire ambitieuse, afin d'appréhender plus finement les facteurs de vulnérabilité aux conduites addictives, les processus de transition vers l'addiction et/ou d'autres pathologies. L'approche de genre doit être encouragée.

(1) Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) et Alliance des sciences humaines et sociales (ATHENA).

(2) ITMO «Santé publique» et «Neurosciences, Sciences Cognitives, Neurologie, Psychiatrie».



---

## **Progresser dans la compréhension des conduites addictives**

### **Développer des recherches pluridisciplinaires sur les conduites addictives**

*Ces recherches seront soutenues dans le cadre de la programmation des appels à projet de recherche nationaux portés notamment par le ministère de la Santé (PHRC), l'Agence nationale sur la recherche (ANR), l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), l'Institut national du cancer (INCa), la MILDT (Appel à projets « Prevdrog, Prévention, drogues et société »).*

- En suscitant des recherches en neurosciences sur les mécanismes moléculaires et cellulaires qui sous-tendent les différentes formes d'addiction, les facteurs de susceptibilité génétique, les biomarqueurs spécifiques en particulier chez les sujets jeunes. Ces recherches sont indispensables pour poser de manière continue la question de l'efficacité des actions de prévention, de repérage précoce et de prise en charge.
- En renforçant le potentiel de recherches en sciences sociales pour améliorer les connaissances sur les conduites addictives en tant que « pratiques sociales ». Les recherches multidisciplinaires sur les motivations, les représentations et les attitudes des populations considérées comme prioritaires seront privilégiées. Les environnements spécifiques – tels les milieux scolaire, professionnel, rural et périurbain – seront explorés. Il sera également utile de développer des recherches réflexives sur les politiques publiques pour mieux comprendre les présupposés des acteurs publics, les formes de savoirs sur lesquels ils prennent appui, les normes qu'ils promeuvent. Les recherches visant à réactualiser le bilan socio-économique de la consommation de drogues en France seront également soutenues.
- En renforçant, toutes disciplines confondues (neurosciences, recherche clinique, recherche en sciences sociales) le potentiel de recherche sur le tabac, particulièrement faible en France. La mise en place d'une plateforme de transfert des connaissances, portée par l'INCa, devrait contribuer à dynamiser la recherche dans ce domaine (cf. infra *Développer les études en tant qu'outil d'aide à la décision*).

### **Renforcer la compréhension des effets des substances et des pratiques excessives de jeux de hasard et d'argent (JHA) à la période de l'adolescence**

- En stimulant les recherches sur les effets sanitaires à court et long terme de la consommation d'alcool, de cannabis et de tabac. S'agissant de l'alcool, ses

effets en fonction du genre, ainsi que les effets des alcoolisations ponctuelles importantes (API) seront étudiés. S'agissant du cannabis, les recherches sur les effets à long terme de la consommation régulière à l'adolescence seront encouragées pour identifier de nouvelles cibles thérapeutiques préventives de l'émergence de troubles psychiatriques.

- En développant les connaissances sur les risques psychosociaux associés à des pratiques excessives précoces de jeux, de l'Internet, des écrans. Les conduites addictives aux jeux de hasard et d'argent et aux jeux vidéo constituent une thématique de recherche émergente, justifiant, sur le plan méthodologique notamment, d'aider à la création d'un consortium de chercheurs autour d'un projet d'enquêtes piloté par les partenaires institutionnels concernés (MILDT, Inpes, etc.). Au-delà de la période de l'adolescence, ce consortium permettra d'étendre à l'ensemble de la population et au secteur des jeux en dur la démarche de développement des connaissances sur le jeu excessif ou pathologique.

### **Favoriser les recherches épidémiologiques sur les effets sanitaires et sociaux de la consommation chez les jeunes en France**

- En mettant en place un suivi longitudinal chez les jeunes et par genre pour favoriser l'étude des effets sanitaires et sociaux à long terme d'une consommation précoce de produits psychoactifs. La littérature scientifique internationale indique en effet que la précocité de l'usage de produits psychoactifs est associée à une augmentation du pouvoir addictogène et à des troubles cognitifs et psychiatriques accrus, dont l'apparition est parfois différée par rapport à la consommation des produits.

### **Renforcer les dispositifs d'observation et de surveillance des conduites addictives**

- En étoffant le dispositif français d'enquêtes quantitatives et qualitatives pour améliorer le suivi des trajectoires (cohorte d'usagers injecteurs pour évaluer les expérimentations de salles de consommations à moindre risque, cohortes scolaires, enquêtes en population générale), l'évolution des pratiques et des représentations. Il s'agira d'explorer les attentes et les représentations associées aux pratiques addictives y compris le jeu excessif ou pathologique comme leur influence sur les trajectoires d'usage. Il conviendra tout particulièrement d'étudier les données françaises récentes sur les évolutions des usages et leurs durées par milieu social et par genre.

- En coordonnant et renforçant les enquêtes quantitatives sur les thématiques liées à la santé : la création d'une plate-forme commune d'enquêtes en population permettra de mutualiser les nombreuses enquêtes françaises dans le domaine des addictions (ex. ESCAPAD, ESPAD, HBSC) et plus largement dans le champ de la santé (Baromètres santé de l'INPES, enquêtes de l'OFDT). Cette plate-forme favorisera une meilleure articulation entre les agences et les

équipes de recherche, du point de vue méthodologique, et sera propice à la production d'analyses descriptives et explicatives affinées notamment par type de population et sur des problématiques croisées (addiction et parentalité, addiction et suicide, par exemple). Outre son intérêt méthodologique, cette mutualisation permettra de réaliser des économies d'échelle budgétaires.

---

## **Renforcer la recherche clinique dans le domaine des addictions**

Les projets translationnels (clinique et préclinique) et multidisciplinaires (préclinique, sciences humaines et sociales) visant à améliorer la prise en charge des dépendances aux substances et des dépendances comportementales (jeux, Internet, écrans, conduites dopantes) seront encouragés dans les appels à projets de recherche (programme hospitalier de recherche clinique, en particulier).

## **Améliorer l'articulation entre les centres d'investigation clinique et les réseaux d'addictologie clinique**

- En développant les collaborations entre les équipes de recherche et les enseignants chercheurs en addictologie clinique regroupés dans la structure fédérative de recherche et d'enseignement en addictologie (SFRA). La recherche clinique épidémiologique et expérimentale sera d'avantage abordée du point de vue systémique en associant les praticiens en charge des conduites addictives.

## **Soutenir la recherche sur les traitements médicamenteux innovants et les nouvelles stratégies thérapeutiques**

- En encourageant les recherches en pharmacogénomique afin de permettre l'élargissement de la palette des médicaments de traitement des addictions dont les médicaments de substitution aux opiacés. Pour ces derniers, l'objectif est de les adapter aux populations spécifiques qui sont en échec avec les traitements actuels. Des formes galéniques nouvelles permettant l'inhalation ou le passage transdermique (patch) pourraient constituer une alternative. Il serait également utile de disposer de traitements substitutifs aux opiacés à demi-vie courte.
- En soutenant les recherches sur de nouvelles stratégies thérapeutiques de lutte contre les comportements addictifs à l'alcool incluant notamment le baclofène.

- En soutenant les recherches sur de nouvelles stratégies thérapeutiques de lutte contre les comportements addictifs au tabac incluant notamment la cigarette électronique.

---

## **Améliorer l'interface entre chercheurs et décideurs**

La mise en place de politiques publiques fondées sur des preuves scientifiques implique d'améliorer l'interface entre les préoccupations des décideurs et les scientifiques. Les expertises, études ou évaluations susceptibles de produire des résultats scientifiques directement utiles aux décisions publiques seront encouragées.

### **Développer les études en tant qu'outil d'aide à la décision**

- En stimulant la mise en place d'études répondant directement aux besoins exprimés par les administrations (par exemple, étude « Argent de la drogue 2013-2014 »). Ces études pourront mobiliser le milieu académique et les méthodes de recherche susceptibles de produire des résultats, utiles aux besoins des décideurs dans un horizon temporel rapproché.
- En améliorant la communication des résultats de recherche relative au tabac, notamment auprès des décideurs et acteurs de terrain. Faute de données accessibles et/ou opérationnelles, il apparaît que les politiques de lutte contre le tabac sont insuffisamment adossées à une information scientifiquement validée ce qui les rend contestables. La mise en place d'une nouvelle plateforme de transfert, portée par l'INCa, vise précisément cet objectif et permettra d'améliorer le dialogue entre acteurs de terrains, décideurs et chercheurs.

### **Développer la recherche sur la prévention**

- En encourageant le développement de connaissances scientifiques sur les programmes et politiques de prévention pour améliorer leur efficacité en particulier auprès des publics considérés comme prioritaires.

### **Développer la recherche évaluative**

- En évaluant notamment les dispositifs de réduction des risques, les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge ainsi que les parcours des usagers.

- En évaluant l'impact des stratégies d'influence développées par les industries du tabac et de l'alcool. Les recherches sur le packaging des produits, la présence des marques et des produits dans les médias, y compris en ligne, seront encouragées.

---

## **Renforcer l'animation scientifique et l'ouverture internationale de la recherche française**

### **Renforcer l'animation scientifique**

- En organisant des événements nationaux réunissant les opérateurs et équipes de recherche concernés par les problématiques de drogues et d'addictions pour favoriser un partage des besoins et des compétences entre communautés de chercheurs de différentes disciplines, en particulier sur les concepts et les outils propres à l'évaluation et à l'intervention.
- En développant des événements et projets de « médiation scientifique » sur les drogues et les addictions. La culture scientifique sur les problématiques de drogues et d'addiction en direction du grand public (jeunes en particulier) et du milieu socioprofessionnel sera encouragée au travers de manifestations et programmes dédiés.

### **Stimuler l'ouverture internationale de la recherche française**

- En incitant les équipes de recherche à candidater aux appels d'offres européens et aux programmes plurinationaux. À cet égard, l'ouverture du premier appel à projets transfrontalier sur les drogues illicites (ERANET, ERANID) prévue en 2015 devrait produire un effet de levier majeur pour la recherche en sciences humaines et sociales.
- En développant la coopération scientifique en la matière par la négociation d'accords de collaboration avec des agences de recherche travaillant sur l'addiction à l'étranger, par le financement de bourses d'échange postdoctorales, ou par le soutien aux projets innovants ouverts à l'international dans toutes les disciplines.

---

# Harmoniser les contenus de la formation initiale et continue autour d'un socle commun de connaissances et de compétences

La consommation de drogues comporte des enjeux de santé publique mais aussi de sécurité publique. Ces deux types d'enjeux entrant parfois en contradiction, la MILDT soutiendra la mise en cohérence des politiques publiques par la formation. Ces formations visent la compréhension de la réalité des conduites comme des enjeux de santé et de sécurité publiques. Le contenu des modules de formation initiale et continue des professionnels de santé s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS).

---

## Renforcer la formation initiale sur les conduites addictives

- En créant un master interuniversitaire de recherche en addictologie ouvert aux internes et aux autres professionnels de santé. En la matière, il pourra être fait appel, en tant que de besoin, à l'expertise de la structure fédérative de recherche en addictologie (SFRA).
- En confortant l'enseignement en addictologie, déjà initié dans le plan addictions 2007-2011, en premier, deuxième et troisième cycle des études de santé.
- En élargissant l'enseignement en addictologie actuellement dispensé aux étudiants en médecine à l'ensemble des professionnels de santé, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et psychomotriciens.
- En créant des modules de sensibilisation aux conduites addictives adaptés aux professionnels intervenant en milieu scolaire, universitaire, judiciaire. Ces modules auraient vocation à être intégrés aux différentes formations initiales existantes.

---

## **Favoriser le partage des cultures professionnelles par la formation continue**

- En organisant un module de formation pour tous les acteurs de prévention, qui n'en n'auraient pas bénéficié et qui exercent au contact des jeunes. Cette formation interministérielle à la prévention des addictions, fondée sur un corpus de connaissances commun, devant aboutir à la délivrance d'une attestation nationale.
- En créant des formations spécifiques à la prévention et au traitement des dommages liés à la consommation de drogues en milieu festif, tant à l'égard des professionnels de sécurité et de santé, que des jeunes (associations étudiantes) et des partenaires concernés par l'organisation des événements (professionnels des établissements de nuit, organisateurs de soirée, gestionnaires de débits de boissons temporaires...).
- En développant des programmes de formation au repérage et à l'intervention précoces. Ces formations s'adresseront aux professionnels de santé, de l'éducation, du social et de la justice, placés en contact avec les publics prioritaires, et plus spécifiquement les jeunes et les femmes enceintes.
- En expérimentant des formations communes dans le domaine de la réduction des risques construites à partir de situations concrètes ancrées dans les territoires, pour les personnels de la police, de la justice et de la santé, en partenariat avec les associations de réduction des risques.
- En poursuivant l'adaptation de la formation des acteurs de la chaîne pénale aux évolutions du trafic, et notamment à la lutte contre l'offre de drogues sur Internet, à la pratique des saisies et confiscations des avoirs criminels ainsi qu'à la détection des réseaux de détournement de précurseurs chimiques.
- En renforçant la dynamique de coopération interprofessionnelle autour des problématiques locales de consommation et de trafic. Ces formations et temps d'échange seront destinés aux professionnels de l'éducation, de la sécurité publique, du médicosocial et aux représentants des collectivités territoriales. La problématique de l'implication des mineurs dans le trafic de stupéfiants sera notamment explorée.

---

**Partie 5**

---

**Renforcer la  
coordination des  
actions nationales  
et internationales**





---

# Renforcer l'efficacité de la gouvernance au niveau central et territorial

De la prise en compte de l'ensemble des addictions avec ou sans substance au développement des nouveaux produits de synthèse souvent vendus sur Internet et acheminés par voie postale, les évolutions du périmètre de la lutte contre les drogues et les conduites addictives ont une incidence directe sur la mission d'impulsion et de coordination de la MILDT. Son cadre d'exercice doit donc être adapté en conséquence, notamment par le renforcement de la gouvernance aux niveaux central et territorial.

---

## Agir au niveau central

Placée sous l'autorité du Premier ministre, la MILDT est chargée d'impulser et de coordonner l'action des ministères concernés. Or l'exercice de ses missions souffre d'imprécisions d'ordre juridique et institutionnel auxquelles il convient de remédier.

### Confirmer le champ de compétence de la MILDT

- En inscrivant dans les textes la compétence de la MILDT sur l'ensemble des substances psychoactives et des addictions sans produit. En effet, les textes déjà anciens qui régissent la MILDT (décret de 1999 codifié dans le Code de la santé publique) ne précisent pas l'étendue de son champ de compétence, dont la concertation interministérielle dépend.
- En mettant en cohérence, dans le Code de la santé publique, les attributions confiées au comité interministériel et le champ de compétences de la MILDT par modification du décret R 3411-13.

## **Réinvestir les instances et dispositifs de coordination**

- En réunissant régulièrement le comité permanent dont dispose le président de la MILDT et en le réinvestissant de sa mission de suivi des actions du plan.
- En associant au comité permanent en tant que de besoin certains partenaires de l'action de la MILDT, et notamment les opérateurs des ministères concernés (INPES, INCa...).
- En associant la MILDT aux comités de pilotage des campagnes développées par les opérateurs des ministères concernés (INPES, INCa, Délégation à la sécurité et à la circulation routière (DSCR)...), et ce dès la conception du cahier des charges.
- En affichant dans le document de politique transversale des indicateurs spécifiques pour chacun des ministères, renforçant ainsi le pilotage de la politique publique de lutte contre la drogue et les conduites addictives par la MILDT.

## **Renforcer le pilotage des opérateurs**

- En dotant les deux opérateurs de la MILDT, c'est-à-dire l'OFDT et le CIFAD, d'un contrat de performance afin qu'ils veillent à inscrire leur action dans les objectifs du plan gouvernemental et qu'ils participent mieux à la réussite des objectifs de coordination de la politique publique qui sont de la responsabilité de la MILDT.
- En s'appuyant sur les résultats de la démarche de modernisation de l'action publique.

---

## **Agir au niveau territorial**

Les chefs de projet départementaux et régionaux de la MILDT relaient la politique publique de lutte contre la drogue et les conduites addictives sur le territoire, en lien avec les ARS et les rectorats et dans le respect des compétences de chacun.

## **Favoriser la déclinaison territoriale de la politique publique**

- En procédant à l'évaluation, demandée par la MILDT, de cette politique territorialisée, dans le cadre de la modernisation de l'action publique. Conduite par les trois inspections (IGAS, IGA, Inspection générale des services judiciaires

(IGSJ)), cette évaluation inclura des recommandations relatives à l'organisation territoriale et notamment aux partenariats qui président à la mise en œuvre de la politique, conformément à la lettre de mission du Premier ministre adressée à la présidente de la MILDT.

- En identifiant les attentes du réseau territorial sur les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un pilotage territorial efficace. Un groupe de travail composé de chefs de projet, animé par la MILDT et réuni régulièrement, permettra de renforcer l'efficacité de la politique territoriale qu'elle finance.

## **Renforcer les chefs de projets de la MILDT dans l'exercice de leurs missions**

- En renforçant le niveau régional du réseau territorial de la MILDT autour de projets structurants en cohérence avec les dispositifs de prévention menés par les ARS et les rectorats.

- En leur demandant d'insérer les orientations de la politique publique de lutte contre la drogue et les conduites addictives dans les plans territoriaux de lutte contre le trafic de drogues ainsi que dans les contrats de ville, permettant ainsi de décliner le plan national sur l'ensemble des volets. Ces plans seront dotés d'objectifs et d'indicateurs. Ils intégreront en amont la nécessaire évaluation des actions.

- En créant un véritable dialogue de gestion entre la MILDT et les chefs de projet. Ce dialogue progressera par des rencontres régulières, par la participation des chefs de projet aux réflexions menées au niveau national, par la diffusion des bonnes pratiques.

- En inscrivant dans le cursus de formation des directeurs de cabinet des préfets (qui sont dans la majorité des cas les chefs de projet de la MILDT) une sensibilisation à la lutte contre le trafic et à la prévention des conduites addictives, en lien avec le ministère de l'Intérieur et avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

- En valorisant la fonction de chef de projet dans le parcours professionnel. Une réflexion mériterait d'être engagée avec le ministère de l'Intérieur sur les moyens de valoriser dans la carrière des chefs de projet leur investissement professionnel au profit de la mise en œuvre territoriale du plan gouvernemental.

- En désignant auprès des chefs de projet régionaux un correspondant chargé de la politique de lutte contre la drogue et des politiques connexes transversales (prévention de la délinquance, politique de la ville et sécurité routière). Ce correspondant sera désigné au sein des services de l'Etat dans les territoires. Les chefs de projet pourront en outre recourir, en tant que de besoin, à un appui méthodologique extérieur. Une mutualisation des collaborations avec les dispositifs transversaux connexes sera recherchée.

---

## Évaluer le plan gouvernemental

L'objectif de l'évaluation sera d'examiner globalement, sur toute la durée du plan, l'état d'avancement des actions et dispositifs mis en œuvre pour répondre aux orientations stratégique.

- En confiant la validation du mandat d'évaluation au comité permanent placé auprès du président de la MILDT. Ce mandat déterminera les finalités, les principes et les indicateurs de l'évaluation.
- En mobilisant une équipe de recherche académique indépendante spécialisée dans politiques publiques dans le cadre l'évaluation du plan (à mi-parcours et à terme). Cette équipe travaillera en étroite collaboration avec l'OFDT, mandaté par la MILDT pour la définition des choix méthodologiques de l'évaluation. L'évaluation intermédiaire de la stratégie sera conduite au vu des progrès réalisés dans le cadre du plan d'actions 2013-2015. Les données quantitatives et qualitatives recueillies sur les actions mises en place permettront de fournir des recommandations opérationnelles utiles à des réajustements éventuels en 2015.
- En intégrant l'évaluation des dispositifs spécifiques. Un certain nombre de dispositifs spécifiques, apportant des réponses nouvelles, seront évalués afin de mieux apprécier l'opportunité de leur généralisation.

---

# Renforcer l'action de la France aux niveaux européen et international

Le monde des addictions évolue sans cesse : la polyconsommation, notamment la combinaison de stupéfiants, d'alcool, de tabac, de médicaments ou de substances non contrôlées, est devenue le mode de consommation dominant en Europe. L'offre de stupéfiants reste importante et s'adapte rapidement, comme le démontrent l'apparition continue de nouvelles drogues de synthèse, la disponibilité croissante de substances psychoactives sur la Toile et la diversification des moyens utilisés pour l'acheminer (aviation civile, semi-submersibles).

Le trafic de drogues s'accompagne en outre d'une montée du niveau général de violence, notamment urbaine, dans certains pays et génère une manne financière permettant à certaines organisations criminelles de disposer de moyens comparables, et parfois supérieurs à certains États. La pénétration de « l'argent sale » dans les économies et la corruption qui en résulte aggravent ainsi les difficultés de pays, voire de régions entières où l'État de droit est souvent remis en cause.

Les régions de production et de transit sont également très vulnérables au développement des toxicomanies et des pathologies corrélées (VIH/Sida, hépatites). La hausse constante des consommations en Afghanistan et en Afrique de l'Ouest témoigne de cette évolution.

La crise économique qui frappe de nombreux pays pourrait en outre accroître la vulnérabilité de certaines populations, avec un risque potentiel de nouvelles épidémies localisées de VIH, tout en réduisant, dans le même temps, la capacité des États à apporter des réponses adéquates.

Notre politique s'inscrit, bien entendu, dans le respect des conventions internationales et dans un cadre européen qui évolue au fil du temps. L'Union européenne constitue un vecteur majeur et un levier de la politique conduite au niveau national, étant par ailleurs l'un des plus importants bailleurs de fonds en matière de lutte contre la drogue. En décembre 2012, le Conseil de l'Union européenne a adopté la *Stratégie antidrogue de l'UE pour la période (2013-2020)*. Un *Plan d'action anti-drogue de l'UE (2013-2016)*, adopté par le Conseil en juin 2013, détaille les actions qui seront mises en œuvre pour atteindre les objectifs de la stratégie. Un deuxième plan d'actions sera élaboré pour la période 2017-2020 à l'issue d'une évaluation prévue en 2016.

La stratégie alcool de l'UE représente également un cadre de référence pour notre action et le projet de directive de l'UE sur le tabac, actuellement en discussion, est une opportunité pour mener une politique cohérente au niveau européen visant à faire baisser la consommation de tabac.

Les présidences du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe et du Groupe de Dublin, actuellement assurées par la France, constituent une période propice pour porter notre politique.

---

## **Partager les acquis**

- En portant une politique claire et cohérente en matière d'addictions qui, tout en réaffirmant l'exigence d'une lutte sans relâche contre les trafics, insiste sur l'importance de la prévention, du soin et de la réduction des risques.
- En impulsant, au niveau européen et international, une politique fondée sur les comportements addictifs plutôt que sur les substances. Dans ce cadre, la France portera auprès de ses partenaires une approche incluant l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes, ainsi que les addictions sans substances, en particulier pour les dispositifs de prévention et de soins.
- En promouvant la mise en cohérence des différents outils européens existants (qu'ils soient politiques, législatifs ou financiers). Par ailleurs, les fonds mis à disposition par l'UE pour les actions de coopération doivent être mieux identifiés et utilisés.
- En promouvant la prise en compte de la dimension de lutte contre la drogue dans les accords, notamment d'association, que l'UE peut conclure avec des pays tiers et en insistant sur une mobilisation financière adéquate à leur mise en œuvre efficace.
- En promouvant la création, dans certaines régions, d'observatoires nationaux permettant aux responsables politiques d'avoir une photographie de la situation et de ses évolutions, tant en matière de consommation que de trafic. La France incitera à la création de ces observatoires sur la base du modèle qu'elle porte dans le cadre de sa présidence du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe.

---

## **Cibler l'action**

- En focalisant prioritairement notre action sur l'Afrique de l'Ouest, l'Afghanistan et les pays voisins, l'Amérique latine et les Caraïbes, les Balkans.
- En développant une coopération accrue et un partage d'expériences avec les pays de la rive sud de la Méditerranée, en raison des changements profonds qui traversent cette région.

---

## **Renforcer la sécurité intérieure**

- En promouvant une approche concertée des services répressifs, basée sur le renseignement, et une évaluation ciblée de la menace, ainsi que le développement de l'échange international d'informations et la mutualisation des moyens avec nos principaux partenaires. Le recours aux équipes dédiées sera développé.
- En renforçant les capacités policières, douanières et, en particulier, judiciaires des pays de production et de transit. Ce renforcement est un enjeu stratégique car il est impératif d'assurer le bon fonctionnement de toute la chaîne pénale, étant entendu que si le maillon de la justice reste faible, tous les efforts entrepris par les forces opérationnelles resteront vains.
- En favorisant, entre partenaires de confiance, en particulier européens, l'échange d'informations opérationnelles qui permettent d'optimiser le déploiement et la coordination des moyens de surveillance et d'intervention maritimes, aériens et terrestres.
- En menant une réflexion sur la possibilité de conclure, ponctuellement, des accords bilatéraux en vue de dissocier le traitement marchandise-équipage-navire en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants par voie maritime (cf. *Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale* rendu au Président de la République en avril 2013).
- En ciblant davantage certains moyens d'acheminement des stupéfiants, comme les conteneurs maritimes, ainsi que les nouveaux vecteurs, notamment la vente de drogues via Internet et l'aviation légère. Les nouveaux *modi operandi* de certains cartels, comme l'usage de submersibles pour acheminer la drogue, doivent conduire à une réflexion sur la meilleure réponse à y apporter, dans une perspective d'approche interministérielle (optimisation du partage du renseignement, évaluation de la menace et des routes réelles, utilisation des moyens d'interception, etc.).
- En renforçant la lutte contre le détournement de précurseurs chimiques et les nouvelles substances psychoactives.

---

## **Promouvoir une approche économique de prévention et de lutte contre le trafic de drogues**

### **Faire du volet patrimonial un pilier de notre coopération internationale**

*Cette approche se justifie par les masses financières concernées, par le blanchiment et la corruption qu'elles génèrent.*



- En incitant nos partenaires à identifier, saisir et confisquer systématiquement les biens des trafiquants de drogues. La mobilisation internationale contre les paradis fiscaux, les centres financiers offshore et les zones de non-droit financières constitue une opportunité pour agir en ce sens. La coopération judiciaire internationale devrait être renforcée à cette fin.
- En encourageant nos partenaires à utiliser les produits de la saisie et de la confiscation d'actifs criminels générés par le trafic de drogues ou d'autres mesures similaires, pour renforcer le plus possible la lutte contre la drogue, quand cela est applicable et conformément à leur législation nationale. La législation française en la matière permet l'utilisation de ces fonds dans la prévention et la lutte contre les trafics. Tout en privant les délinquants d'un patrimoine illégalement constitué, ces recettes venant de la criminalité présentent aussi l'intérêt de pouvoir être utilisées pour renforcer la prévention et la lutte contre le trafic de stupéfiants.

### **Offrir une alternative économique aux cultivateurs de stupéfiants**

- En promouvant des politiques de développement alternatif durables dans les pays producteurs de drogues. En inscrivant la lutte contre la drogue dans ses politiques d'aide au développement, notamment en Amérique latine ou en Afghanistan, la France promouvra, également au niveau européen, des actions visant à offrir une alternative économiquement viable aux cultivateurs de feuille de coca ou de pavot. Une attention particulière sera consacrée à l'aide au développement ciblant notamment le lien entre production, transformation de drogues et environnement.

---

## **Développer la coopération sanitaire**

### **Faire face aux épidémies de VIH/SIDA et à la situation sanitaire dramatique dans certains pays**

- En promouvant l'accès aux soins, y compris aux mesures de réduction des risques, pour les toxicomanes comme un droit humain<sup>1</sup>, tant au niveau bilatéral que dans les enceintes internationales. Il apparaît en effet crucial de rendre disponibles les traitements conformes aux recommandations formulées par la

(1) Le Groupe Pompidou travaille actuellement à la rédaction d'un document de consensus sur la politique de prévention et réduction des risques et des dommages qui contribuera à clarifier le concept de réduction des risques et à faire progresser le débat scientifique au niveau international.

communauté scientifique internationale : traitement visant à lutter contre la maladie et ses comorbidités, combinant prise en charge psychologique, médicamenteuse et sociale, en y associant des mesures de prévention des complications secondaires (traitements de substitution, programmes d'échange de seringues, vaccination systématique contre l'hépatite B et éducation thérapeutique). Bien que ces mesures aient prouvé leur efficacité contre la mortalité par overdose et les complications infectieuses graves telles que les contaminations par le VIH, plusieurs pays y sont encore opposés ou réticents.

### **Soutenir l'action européenne et internationale visant à promouvoir la baisse de la consommation de tabac**

- En préservant la possibilité pour les États membres, d'introduire, dans le cadre des négociations sur la directive tabac de l'UE, des mesures nationales complémentaires afin de garantir la protection de la santé des personnes, d'amplifier les messages sanitaires contenus sur les paquets, d'éviter la libéralisation de la vente en ligne.
- En promouvant la signature, la ratification et la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT), ainsi que du Protocole sur le commerce illicite des produits du tabac.



---

# **Annexes**



---

## **Synthèse de Drogues et addictions, données essentielles 2013**

Ce document a été publié initialement en tant que synthèse dans l'ouvrage de l'OFDT *Drogues et addictions, données essentielles* 2013. Les sources des données citées figurent dans les chapitres de l'ouvrage auquel cette synthèse renvoie. Trois questions clés sont ici abordées : qui et combien de personnes consomment des drogues licites ou illicites en France, qu'il s'agisse d'une simple expérimentation ou d'une consommation plus régulière ? Quels sont les consommateurs en difficulté ? Quels sont les dommages tant sanitaires que sociaux et judiciaires liés à ces consommations ? L'ouvrage présente la situation actuelle et les évolutions au cours de la dernière décennie. La question des addictions au jeu de hasard et d'argent fait également l'objet d'un court développement.

Combien de personnes consomment des drogues en France ?

### ■ Les consommations de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français, et plus régulièrement par plus du quart de la population. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Mais, en raison de différents facteurs, notamment de son fort pouvoir addictif, sa consommation est plus souvent quotidienne que celle de l'alcool et du cannabis : trois Français sur dix fument quotidiennement, alors que l'usage n'est quotidien que pour un Français sur dix pour l'alcool et deux Français sur cent pour le cannabis.

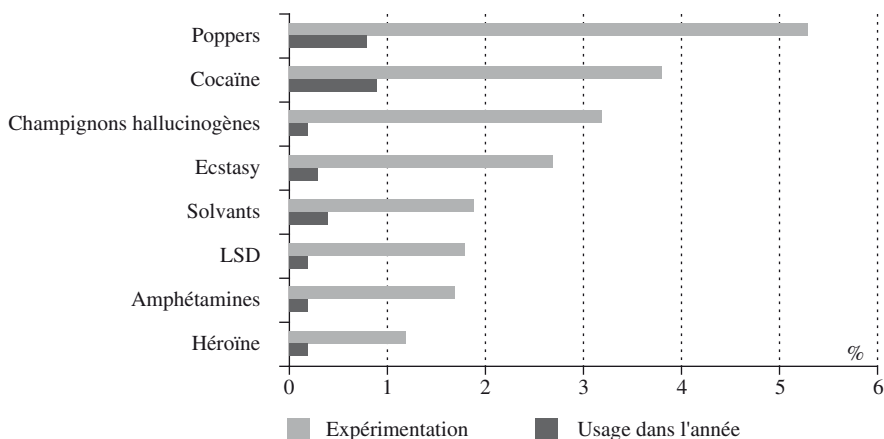
### **Estimation du nombre de consommateurs réguliers de substances psychoactives parmi les 11-75 ans, en France métropolitaine, 2011**

Alcool	8,8 millions
Tabac	13,4 millions
Cannabis	1,2 million

Note : usage régulier = 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours, sauf pour le tabac (usage quotidien)  
Sources : Baromètre santé 2010, INPES ; ESCAPAD 2011, OFDT ; ESPAD 2011, OFDT et HBSC 2010, Service médical du rectorat de Toulouse.

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. Si 13,4 millions de Français l'ont expérimenté, les consommateurs réguliers sont beaucoup moins nombreux mais représentent néanmoins une importante minorité. L'usage des autres drogues illicites concerne une proportion très faible de la population française. Ainsi, moins de 1 % de la population âgée de 18 à 64 ans a fait usage dans l'année de cocaïne et de poppers. Les chiffres relatifs aux autres substances sont encore plus faibles : moins de 0,5 % pour l'usage d'héroïne dans l'année. Les enquêtes en population générale ne permettent pas de mesurer de façon précise la prévalence de l'usage régulier des substances illicites autres que le cannabis. D'autres méthodes statistiques ou qualitatives doivent être utilisées pour connaître les populations fortement consommatrices de ces substances illicites qui sont dans cet ouvrage assimilées à des consommateurs à risques ou à problèmes (voir la partie de cette synthèse consacrée aux consommateurs en difficulté).

**Estimation du nombre d'expérimentateurs et d'usagers dans l'année de substances psychoactives autres que le cannabis parmi les 18-64 ans, en France métropolitaine, 2010 (en %)**



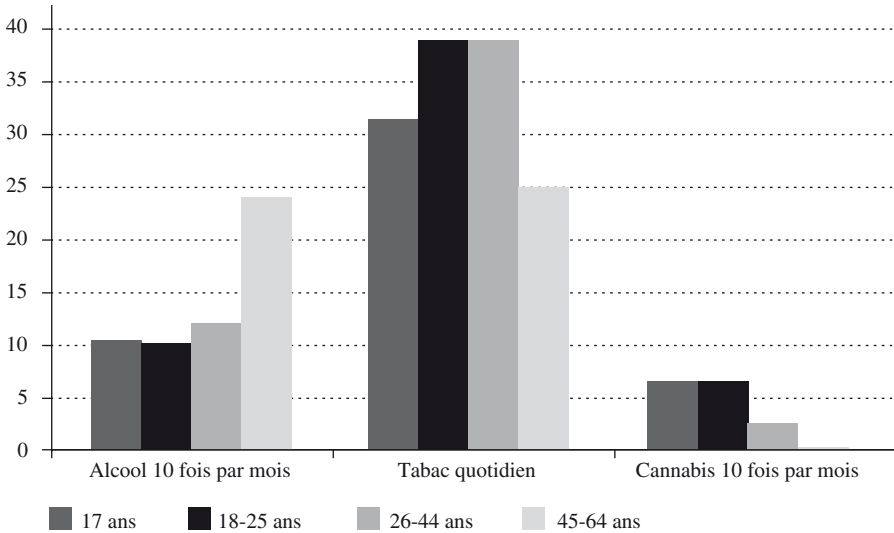
Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**■ Les consommations des jeunes**

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : l'importance du rôle tenu par le cannabis et la place des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une seule occasion pour les jeunes, six pour les adultes).

La proportion de consommateurs réguliers de cannabis est deux fois plus importante chez les jeunes de 17 ans ou âgés de 18 à 25 ans que chez les personnes âgés de 26 à 44 ans. Parmi celles qui ont entre 45 et 64 ans, la consommation régulière de cannabis devient pratiquement inexistante. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont incomparablement plus fréquentes chez les jeunes : 53 % d'entre eux déclarent au moins un épisode dans le mois, contre 36 % d'adultes ayant eu un épisode dans l'année. Le tabac est par ailleurs le produit le plus souvent consommé, quelle que soit la classe d'âge, mais tout particulièrement avant 45 ans.

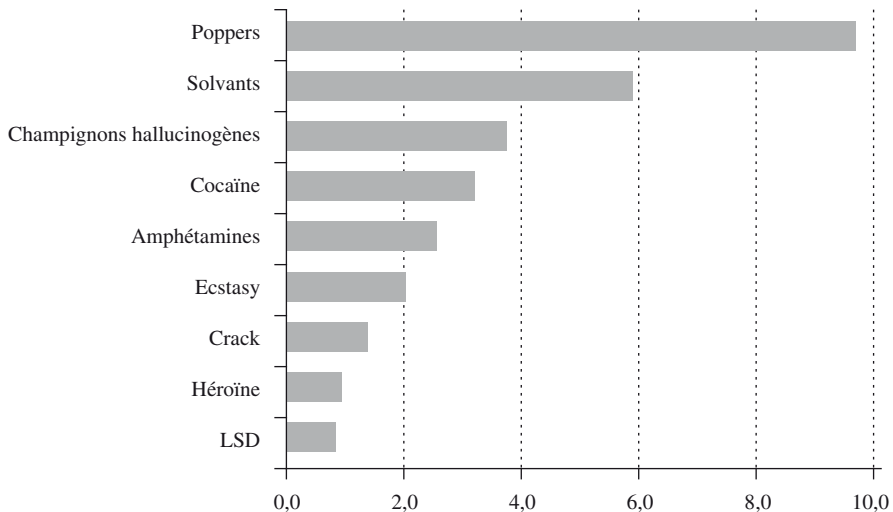
**Fréquence de la consommation régulière des trois principaux produits psychoactifs, en France métropolitaine, à 18-64 ans (2010) et à 17 ans (2011)**



Sources : ESCAPAD 2011, OFDT ; Baromètre santé 2010, INPES.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare. En proportion, celle-ci ne dépasse 3 % des jeunes (âgés de 17 ans) que pour des produits tels que les poppers, les solvants, les champignons hallucinogènes ou la cocaïne.

**Fréquence de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis à 17 ans, 2011**



Source : ESCAPAD 2011, OFDT.



## ■ Des consommations plutôt masculines

Les consommations régulières d'alcool et encore davantage de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. Fumer du tabac est en revanche un comportement peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Chez les jeunes, à 17 ans, les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les médicaments psychotropes, et moins importants pour le cannabis et le tabac.

## ■ Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français et des conséquences diffèrent suivant le produit considéré et la tranche d'âge étudiée. Dans le cadre de cette synthèse, les évolutions sont appréhendées sur une dizaine d'années, c'est-à-dire entre le début des années 2000 et celui des années 2010. Compte tenu des périodicités différentes des enquêtes, il n'est pas possible de délimiter plus précisément la période d'observation.

## ■ Les Français décrochent difficilement de la cigarette

La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse marquée depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes, notamment celles âgées de 45 à 64 ans. La hausse globale du tabagisme faisant suite à une baisse au début des années 2000, la consommation de tabac se retrouve en 2010 à peu près au même niveau qu'en 2000. Cette stabilité paraît d'autant plus surprenante que les mesures de hausse des prix et d'interdictions de fumer dans les lieux publics se sont succédé au cours de cette décennie. Face aux augmentations des prix du tabac, les Français ont réagi en se reportant sur les achats de tabac à rouler, en achetant leurs cigarettes dans les pays limitrophes pratiquant des prix moins élevés, ou encore, dans des proportions beaucoup plus faibles, en ayant recours à des circuits d'achats illégaux (marché noir, Internet). Certains indices laissent penser que la prévalence du tabagisme est plutôt orientée à la baisse au début des années 2010 : à la suite des augmentations des prix marquées et répétées dans les années 2008-2012, les ventes de tabac sur le territoire français ont fini par reculer assez nettement en 2012 et durant le premier semestre 2013, rompant avec plusieurs années de quasi-stabilité ; une partie de la baisse des ventes a probablement été compensée par une hausse des achats hors des frontières ou des achats illégaux, mais l'Eurobaromètre tabac de 2012 fait apparaître une baisse du pourcentage de consommateurs en France par rapport à 2009. En dépit des limites de cette enquête, la convergence avec l'évolution des ventes est un signe relativement fort d'une tendance à la baisse. Chez les jeunes de 17 ans, l'usage quotidien du tabac, après une diminution constante entre 2000 et 2008, s'est assez fortement orienté à la hausse à la fin des années 2000. La proportion d'expérimentateurs de tabac a baissé entre 2002 et 2010 chez les collégiens, que ce soit à 11 ans, 13 ans ou à 15 ans. L'âge d'initiation au tabac a augmenté chez les jeunes : ils fument leur première cigarette plus tardivement à la fin des années 2000 qu'au début de celles-ci.

## ■ Moins d'alcool quotidien, plus d'alcoolisations ponctuelles importantes

En ce qui concerne les boissons alcoolisées, la proportion de consommateurs quotidiens, tout comme les quantités d'alcool mises en vente, ont nettement diminué au cours des années 2000, prolongeant ainsi la tendance observée depuis plusieurs décennies. Le rythme de diminution semble cependant avoir ralenti dans la seconde moitié des années 2000. Si la consommation quotidienne est en baisse, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 (indicateur non disponible auparavant) chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes. L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, même si cette pratique reste chez elles encore bien moins fréquente que chez les hommes.

## ■ Consommation d'hypnotiques et d'antidépresseurs en baisse

Les données de remboursements font apparaître une baisse des consommations d'hypnotiques et d'antidépresseurs au cours des années 2000. Celles d'anxiolytiques étaient en baisse entre 2002 et 2009, mais ont fortement augmenté en 2010 et retrouvent ainsi à peu près le niveau du début des années 2000. Pour les antidépresseurs, la baisse intervient après 2005, en rupture avec une phase de croissance continue entre 1990 et 2003.

## ■ Stabilisation ou légère baisse des usages de cannabis

La proportion de consommateurs de cannabis dans l'année parmi la population âgée de 18 à 64 ans est restée stable au cours des années 2000. Chez les jeunes, la consommation est orientée à la baisse depuis le début des années 2000. C'est ainsi le cas pour l'usage au cours des 12 derniers mois des 18-25 ans et pour l'expérimentation ou l'usage régulier (10 fois dans le mois) chez les jeunes de 17 ans. La prévalence pour ce dernier indicateur a été divisée par deux (de 12 % à 6 %) entre 2002 et 2011. Même si ce mouvement a été moins prononcé entre 2008 et 2011 qu'auparavant, l'évolution au cours des années 2000 est incontestablement orientée à la baisse chez les jeunes. La France n'en demeure pas moins en 2011 le pays avec la plus forte proportion de jeunes consommateurs de cannabis, chez les 15-16 ans, parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

Même si le produit est majoritairement consommé dans l'Hexagone sous sa forme résine, l'herbe est de plus en plus prisée des consommateurs. La pratique de l'autoculture a pris de l'ampleur au cours de la dernière décennie : en 2010, 80 000 usagers déclaraient consommer uniquement le produit qu'ils cultivaient pour eux-mêmes. Dans le même temps, comme ailleurs en Europe, des trafiquants investissent dans des productions à grande échelle (cannabis factories) qui se développent sur le territoire.

## ■ Diffusion de la cocaïne et émergence des nouveaux produits de synthèse

À la faveur d'une disponibilité croissante et d'une baisse des prix, les usages de cocaïne se sont développés en France au cours des années 2000. La part des

18-64 ans en ayant consommé dans l'année a triplé au cours de la décennie, passant de 0,3 % à 0,9 %. L'évolution est semblable chez les jeunes de 17 ans : la part des expérimentateurs est passée entre 2000 et 2011 de 0,9 % à 3 %. La perception du produit a cependant récemment évolué : les consommateurs prennent davantage conscience des conséquences sanitaires négatives des usages sur le long terme et le rapport qualité/prix est jugé en dégradation. La concurrence de nouveaux produits moins chers n'est peut-être pas étrangère à cette évolution.

Il existe en effet de nombreux autres produits stimulants. Leur diffusion reste cependant plus restreinte que la cocaïne. Certains sont déjà anciens, comme l'amphétamine et la MDMA (ecstasy). D'autres sont apparus plus récemment. Depuis 2007-2008, un éventail de substances regroupées sous l'appellation nouveaux produits de synthèse (NPS), des stimulants le plus souvent (mais on trouve aussi des cannabinoïdes de synthèse), se propage dans toute l'Europe. Ils sont conçus pour contourner la législation sur les stupéfiants et bénéficient d'Internet comme vecteur commercial. L'explosion du nombre de ces produits (plus de 60 détectés en France depuis 2007) rend leur identification et la lecture des évolutions particulièrement difficiles. La proportion de consommateurs des NPS n'est pas actuellement connue, leurs usages semblant moins répandus en France que dans d'autres pays européens. Portée d'abord par des milieux spécifiques liés au monde de la fête, la consommation de ces produits peut se diffuser parfois plus largement, comme ce fut le cas pour l'ecstasy dans les années 1990 jusqu'au début des années 2000. L'ecstasy paraît en perte de vitesse au début des années 2010 : dans les milieux festifs, sa consommation persiste sous forme de poudre (MDMA) plutôt que de comprimé. La diffusion de l'amphétamine reste également en France très limitée et semble être restée stable au cours des années 2000.

### ■ Un rebond des usages d'héroïne

Après une baisse consécutive à l'émergence des traitements de substitution aux opiacés, l'héroïne a connu une nouvelle phase de diffusion dans les années 2000. Parmi les 15-35 ans, la part de ses consommateurs dans l'année a quasiment doublé entre 2005 et 2010, passant de 0,5 % à 0,9 %. Le pourcentage d'expérimentateurs d'héroïne à 17 ans est en revanche resté stable en tendance sur la période. Les observations ethnographiques de terrain mettent en évidence une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans la seconde moitié des années 2000, celle-ci présentant de très faibles taux de pureté, et l'apparition de nouveaux profils de consommateurs. Il s'agit principalement des personnes bénéficiant d'une meilleure insertion sociale et fréquentant les milieux de la fête. Les variations à la hausse observées pour d'autres données (saisies, décès par surdoses, prises en charge) constituent également des indices concordants d'une augmentation de la diffusion de l'héroïne à partir des années 2002-2003 jusqu'en 2008-2009. Ces données indiqueraient plutôt un plafonnement au tout début des années 2010.

### ■ Hallucinogènes, poppers : diffusion dans les milieux de la fête

La consommation de produits hallucinogènes se situe à un niveau très faible, ce qui rend difficile le suivi des évolutions dans l'ensemble de la population. Le développement de l'usage de la kétamine dans le milieu festif est cependant

notable. Consommée majoritairement dans les milieux alternatifs techno, elle suscite depuis la fin des années 2000 un intérêt croissant dans des cercles plus larges du milieu festif. Autre produit dont la consommation est très liée aux milieux de la fête, les poppers ont connu un pic de diffusion chez les jeunes à 17 ans au cours des années 2000. Parmi eux, la part des expérimentateurs est en effet passée de 4,5 % en 2003 à 14 % en 2008, pour retomber à 9 % en 2011.

## ■ Perceptions et opinions sur les drogues

Réalisée pour la première fois en 1999, une enquête d'opinion, périodiquement répétée, permet de mesurer l'évolution des perceptions et opinions des Français sur les drogues. L'idée qu'une substance psychoactive est dangereuse dès qu'on l'essaye est une opinion partagée par la quasi-totalité des Français pour l'héroïne et la cocaïne, par un peu plus d'un Français sur deux pour le cannabis, quatre sur dix pour le tabac et un sur dix pour l'alcool. Au cours des années 2000, ces opinions ont eu tendance à augmenter pour les substances licites ; elles sont restées stables pour l'héroïne et la cocaïne et ont retrouvé le niveau de 1999 après une assez forte augmentation entre 2002 et 2008 pour le cannabis. Concernant les usagers, les Français considèrent pour 80 % à 90 % d'entre eux que les consommateurs d'héroïne, de cocaïne ou de beaucoup d'alcool sont un danger pour leur entourage. Cette proportion est de 67 % pour les consommateurs de cannabis, en augmentation par rapport à 2008. Seule une minorité de personnes estiment que la consommation d'une de ces drogues peut être assimilée à une maladie : moins de une sur cinq est de cet avis pour l'héroïne et la cocaïne, une sur dix pour le cannabis, et une sur quatre lorsque la question porte sur ceux qui boivent beaucoup d'alcool. Pour toutes les substances, la part des Français de cet avis a diminué entre 2008 et 2013.

En ce qui concerne les mesures de lutte contre les consommations de substances, les Français approuvent très largement l'interdiction de la vente d'alcool et de tabac aux mineurs (90 %) et l'interdiction de la vente libre de cannabis (78 %). Cependant, six Français sur dix considèrent que l'usage de ce produit pourrait être autorisé sous certaines conditions, opinion recueillie avant l'annonce par le ministère de la Santé de l'autorisation du cannabis thérapeutique. Parmi les sanctions et les réponses prévues par la loi en cas d'usage et de détention de cannabis, le principe de l'emprisonnement n'est approuvé que par 36 % des personnes interrogées, alors que l'avertissement ou le rappel à la loi et les obligations de soins rencontrent l'assentiment de 90 % d'entre elles. Sur la question controversée de l'ouverture des salles de consommation à moindre risque, une majorité (58 %) semble désormais favorable au principe. La question avait été posée avant que la décision d'expérimenter ce type de dispositif ait été prise.

## Quels sont les consommateurs en difficulté ?

Les risques et les enjeux d'un usage de drogues ne sont pas les mêmes pour des personnes qui ont essayé une substance une fois dans leur vie, ou qui en consomment très occasionnellement, et celles qui en usent tous les jours en grande quantité. Les addictologues ont établi des critères et des outils de diagnostic permettant de déterminer en situation clinique la présence ou l'absence de troubles des comportements de consommation et de graduer la sévérité de ces

troubles. Les épidémiologistes se sont de leur côté efforcés de transcrire cette démarche dans leurs enquêtes afin de différencier une population de consommateurs susceptibles de rencontrer des problèmes en raison de leur consommation de substances. Néanmoins, la difficulté de transposition d'un outil clinique dans une enquête a conduit à intégrer dans les questionnaires des outils de repérage simplifiés qui ne permettent le plus souvent que de distinguer des catégories assez larges de consommations à risques. Les effectifs très faibles, voire inexistant, de consommateurs autres qu'occasionnels de produits illicites tels que la cocaïne ou l'héroïne dans les enquêtes en population générale rend cette démarche difficile ou impossible pour ces substances. D'autres sources d'informations quantitatives (essentiellement des enquêtes auprès des usagers vus dans les structures de prise en charge des usagers de drogues) et qualitatives doivent alors être utilisées pour évaluer un nombre de consommateurs à problèmes pour ces produits et décrire leurs caractéristiques.

### ■ Consommations à risques et consommations problématiques

La catégorie de « buveurs à risques chroniques » est définie par une consommation journalière comprise entre trois et sept verres par jour. La part des « buveurs à risques chroniques » parmi les 18-75 ans s'est établie à 9 % en 2010, les 18-25 ans étant les plus touchés (14 %). La proportion de cette catégorie de consommateurs a augmenté par rapport à 2005 (+ 7,6 %). Les personnes qui ont une consommation supérieure à 49 verres par semaine, c'est-à-dire qui boivent au moins 7 verres par jour, sont quant à elles classées comme « buveurs à risque de dépendance ». La proportion de buveurs de 18 à 75 ans dans ce cas est en 2010 de 1,2 % (soit environ 520 000 personnes), contre 0,9 % en 2005. Ces prévalences de buveurs à risque sont cependant très certainement sous-estimées en raison d'une tendance à la sous-déclaration dans les enquêtes déclaratives du nombre de verres bus, et également parce que certaines populations fortement consommatrices sont difficiles à toucher dans les enquêtes téléphoniques.

La question de la détermination d'une population de fumeurs à problèmes ou à risques se pose assez peu pour le tabac, qui est presque toujours fumé quotidiennement et expose donc à un risque indéniable. Dès lors, c'est davantage sur une gradation des niveaux de dépendance que l'intérêt a pu se porter. Ceux-ci ont pu être mesurés dans les enquêtes à l'aide du mini-test de Fagerström. Ainsi, en 2010, parmi les 18-75 ans, 35 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de dépendance forte.

En ce qui concerne le cannabis, des données sur la prévalence de l'usage problématique ne sont disponibles que pour les jeunes. En 2011, au vu des réponses au test de dépistage CAST (Cannabis Abuse Screening Test), 16 % des jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance (19 % pour les garçons et 12 % pour les filles), ce qui correspond à 6 % de l'ensemble des adolescents de cet âge (8 % pour les garçons et 3 % pour les filles).

En France, la description du noyau des consommateurs réguliers de substances illicites autres que le cannabis nécessite de distinguer plusieurs sous-groupes d'usagers présentant des caractéristiques propres, mais qui ont néanmoins en commun d'être dans la plupart des cas polyconsommateurs. Les consomma-

teurs dépendants aux opiacés suivant un traitement de substitution, vus dans les structures de soins, constituent un premier groupe. Insérés dans un processus de soins, une partie d'entre eux consomme néanmoins plus ou moins régulièrement d'autres produits. Les usagers fréquentant les structures de réduction des risques, le plus souvent consommateurs d'opiacés mais également très polyconsommateurs, souvent injecteurs, et qui présentent fréquemment des troubles psychiatriques associés, en forment un deuxième. Ces usagers sont en moyenne en situation beaucoup plus précaire, notamment en ce qui concerne le logement, que ceux du premier groupe. Les jeunes en errance, très polyconsommateurs, susceptibles d'alterner ou de mélanger les consommations de stimulants, d'hallucinogènes ou d'opiacés, représentent un troisième ensemble. Un quatrième groupe est formé de nouveaux migrants en provenance d'Europe centrale et orientale, consommateurs de médicaments, notamment de buprénorphine haut dosage (BHD), et utilisant très souvent la voie injectable. Enfin, les usages relativement fréquents de drogues se rencontrent également dans les différents milieux, bien mieux insérés que les populations précédemment évoquées, fréquentant l'espace de la fête. Ces usagers consomment principalement des stimulants, mais aussi des hallucinogènes. Les opiacés sont en général plus occasionnellement utilisés pour gérer les effets des autres produits. Bien entendu, les zones de recoupement entre ces différents groupes existent.

Le dénombrement des usagers fréquentant les structures de soins et de réduction des risques dans un certain nombre de grandes agglomérations permet de réaliser une estimation de la taille de la population d'usagers de drogues à problèmes en France (usagers de drogues par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines durant l'année). La consommation problématique de drogues chez les 15-64 ans en France concernerait 281 000 usagers (valeur centrale de la fourchette d'estimation : 222 000-340 000) pour l'année 2011, soit en moyenne 7,5 usagers pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans.

## ■ Prises en charge

Les consommateurs de substances psychoactives en difficulté avec leur consommation peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels du soin et de l'accompagnement. Il existe tout d'abord des établissements spécialisés, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement en ambulatoire. Ces établissements médico-sociaux, au nombre de 419 en 2010, ont accueilli environ 133 000 patients pour un problème principal d'alcool et 104 000 pour un problème principal avec les drogues illicites, dont 52 000 avec les opiacés, 38 000 avec le cannabis et près de 7 000 avec la cocaïne. Au cours de la seconde moitié des années 2000, le nombre de patients accueillis a surtout augmenté pour ceux ayant un problème avec l'alcool, les opiacés et le cannabis. Au milieu des années 2000, un effort particulier a été fourni pour renforcer l'accueil des jeunes consommateurs, souvent de cannabis, dans le cadre de consultations jeunes consommateurs (CJC), gérées pour la plupart par des CSAPA. Le nombre de jeunes accueillis dans ce dispositif n'est pas connu avec précision, mais pourrait se situer entre 23 000 et 25 000 personnes en 2010. Il existe également à la fin des années 2000 quarante CSAPA accueillant des patients pour des séjours thérapeutiques résidentiels d'une durée de trois mois – jusqu'à deux

ans dans certains cas. En 2010, ces établissements ont accueilli un peu moins de 2000 patients.

En dehors de ces établissements spécialisés, les patients peuvent également être accueillis dans les hôpitaux généralistes et dans certains hôpitaux psychiatriques. Les données sur les prises en charge dans les hôpitaux ne portent que sur le nombre de séjours en hospitalisation. En 2011, la statistique hospitalière (hors hôpitaux psychiatriques et hors soins de suite et de réadaptation) a enregistré un peu plus de 200 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool. Le nombre de séjours atteint 470 000 lorsqu'on prend également en compte l'alcool en diagnostic associé. Pour l'ensemble des hôpitaux (y compris hôpitaux psychiatriques et soins de suite et de réadaptation), on compte en 2011 environ 1 million de séjours pour 400 000 patients distincts. Les hospitalisations pour un problème d'addiction aux drogues illicites sont incomparablement moins nombreuses : le nombre de ces séjours est de 6000 en 2011 (diagnostic principal uniquement). Il existe également un dispositif spécifique comprenant 660 consultations de tabacologie, fonctionnant pour la plupart dans le cadre d'un hôpital. Le nombre de patients accueillis dans ces structures n'est pas connu. Les équipes de liaison en addictologie (ELSA) et les consultations hospitalières en addictologie ont vu leurs moyens renforcés dans le cadre du plan Addiction adopté en 2007 et se sont développés depuis. Il manque actuellement un système d'information national permettant de faire état de l'activité de ces structures. Il existe également des lacunes dans le recensement des patients pris en charge pour un problème d'addiction vus dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et dans les hôpitaux psychiatriques.

Pour de nombreux patients, le recours de première ligne reste les médecins généralistes de ville. Ceux-ci ont accueilli en 2009 environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique, 90 000 patients par semaine pour un sevrage tabagique et 110 000 patients dans le mois pour une prescription de traitement de substitution aux opiacés. Les prescriptions pour ces traitements, qui se sont fortement développés en France dans la seconde moitié de ces années 1990, ont continué d'augmenter dans les années 2000, et ont concerné 171 000 personnes en 2010 (hors prescription en milieu carcéral), dont les deux tiers de buprénorphine haut dosage et un tiers de méthadone. Bien que toujours minoritaires, les prescriptions de méthadone se sont fortement développées dans la seconde moitié des années 2000. Dans certaines régions (Alsace et Provence-Alpes-Côte d'Azur principalement), des patients peuvent être pris en charge dans le cadre d'un dispositif original nommé « microstructures » reposant sur des cabinets de médecins généralistes. Le suivi des patients est assuré conjointement par le médecin et par un psychologue et un travailleur social présent dans le cabinet lors de plages horaires fixes.

Il faut enfin souligner le rôle important dans l'accompagnement et l'aide aux usagers que continuent de jouer les associations d'anciens consommateurs d'alcool ou de drogues illicites, comme les alcooliques anonymes, les narcotiques anonymes ou d'autres organisations fonctionnant sur un principe similaire.

## Quels sont les dommages liés à ces consommations ?

### ■ Les dommages sanitaires liés au tabac et à l'alcool

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies pulmonaires et aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. Le tabagisme est considéré comme responsable d'environ 73 000 décès par an, soit plus d'un décès sur sept. Cette mortalité touche principalement les hommes (81 %), mais décroît pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement, sur la même période, pour les femmes, suivant en cela, avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations.

L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies telles que la cirrhose du foie et le syndrome d'alcoolisation fœtale. Il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polynévrite, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 49 000 pour l'année 2009, ce qui correspond à 13 % de la mortalité annuelle totale. Ces décès interviennent chez des hommes dans 75 % des cas.

Le nombre de décès attribuables à l'alcool et au tabac a été calculé en utilisant les dernières connaissances sur les risques relatifs de décès chez les consommateurs de tabac et d'alcool, ce qui conduit pour les deux substances à des chiffres plus élevés que ceux précédemment publiés. Ces augmentations sont la conséquence de changements méthodologiques et non pas de l'augmentation de la mortalité liée au tabac et à l'alcool. Pour suivre l'évolution de ces indicateurs, il est préférable de se limiter à une cause de mortalité pour laquelle chaque produit est le principal facteur de risque. Dans le cas du tabac, c'est la mortalité par cancer du poumon qui peut être utilisé et, pour l'alcool, la mortalité par cirrhose du foie. Les taux de mortalité pour les cancers du poumon ont continué à baisser au cours des années 2000 chez les hommes et ont augmenté chez les femmes. Les taux de mortalité par cirrhose ont poursuivi leur baisse chez les hommes comme chez les femmes. Ces évolutions sont cependant pour une part importante la conséquence de baisses des consommations remontant à plusieurs années, ce décalage étant variable suivant les maladies.

Les nombres de décès attribuables au tabac et à l'alcool ne sont pas additionnables. Une partie de ces décès (notamment ceux par cancers des voies aérodigestives supérieures) sont provoqués par l'usage conjoint d'alcool et de tabac et seraient donc comptés deux fois en cas de sommation.

### ■ Les dommages sanitaires liés aux drogues illicites

Les données sur les dommages liés aux drogues illicites sont beaucoup plus rares que pour les substances licites. Les effets à long terme liés à une consommation



chronique sont notamment peu connus, en raison à la fois d'un développement de ces consommations relativement récent, du caractère par définition plus caché et clandestin des usages de ces substances, et du nombre qui reste limité de consommateurs, en tout cas incomparablement plus réduit que pour les produits licites. La comparaison des données de mortalité doit en particulier tenir compte de ce problème.

Contrairement à d'autres substances illicites, le cannabis n'est pas à l'origine de surdose mortelle. Les consommateurs de cette substance peuvent néanmoins rencontrer un certain nombre de problèmes. L'intoxication aiguë au cannabis se traduit de façon plus ou moins importante selon la dose absorbée et la tolérance développée par le sujet par une augmentation des temps de réaction et des troubles de la coordination motrice, avec dans certains cas des attaques de panique et des hallucinations. La consommation de cette substance est à l'origine de 175 à 190 décès annuels par accidents de la route. La consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies. Il existe également des présomptions sur l'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires. Ces différentes manifestations sont relatées dans plusieurs études publiées mais il n'existe pas de données en France permettant d'en mesurer l'ampleur et d'en suivre les évolutions.

Les personnes, en général polyconsommatrices, qui utilisent de façon régulière des opiacés et d'autres substances, comme la cocaïne, s'exposent à des risques de surdoses. Après une forte réduction au cours des années 1990, le nombre de décès par surdose a de nouveau augmenté à partir de 2004 pour atteindre un nombre de 392 en 2010. Plusieurs produits sont souvent impliqués dans ces décès mais les plus représentés sont les opiacés. Les maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB), principalement transmises à la suite de partages de matériel d'injection, constituent une autre grande catégorie de risques pour les usagers de drogues injectables. La prévalence déclarée du VIH parmi les usagers de drogues fréquentant les structures de réduction des risques et ayant déjà utilisé la voie intraveineuse a continué de chuter au cours des années 2000, passant ainsi de 11 % en 2004 à 7 % en 2010. En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, sa prévalence déclarée continuait à augmenter jusqu'au début des années 2000 mais les données plus récentes recueillies auprès d'usagers injecteurs font apparaître une tendance à la baisse dans la seconde moitié des années 2000. Ainsi, chez les usagers injecteurs de moins de 25 ans, la prévalence déclarée du VHC est passée de 23 % en 2006 à 8 % en 2010.

### ■ Les dommages sociaux et les problèmes judiciaires liés à l'alcool et aux drogues illicites

Les dommages sociaux liés aux consommations d'alcool ou de drogues illicites sont encore mal documentés. Néanmoins, certains constats existent. Les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites en traitement se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de l'ensemble de la population française. On peut également établir un lien entre consommation problématique

d'alcool et de drogues illicites et exclusion sociale, la nature de ce lien restant complexe à décrire. De même, consommations d'alcool ou de drogues illicites sont souvent associées à la commission d'actes violents à l'égard de tiers ou de soi-même (tentatives de suicides) et plus généralement aux différentes formes de délinquance. Ces liens sont difficiles à mesurer et les chiffres sont très rares et partiels dans ce domaine pour la France. Des données récentes montrent cependant que 46 % des hommes et 34 % des femmes âgés de 18 à 64 ans ayant subi des violences physiques par une personne ne faisant pas partie du ménage considèrent que leur agresseur était sous l'emprise de l'alcool ou d'une drogue.

Sur le plan de la délinquance, l'implication des substances psychoactives est mesurée à partir des infractions exclusivement liées à ces substances telles que celles relatives à l'usage et au trafic de stupéfiants et, d'autre part, aux délits routiers liés à l'alcool. En 2010, on comptabilise près de 157 300 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, dont 86 % concernent des délits d'usage, principalement de cannabis. En 2010, les tribunaux ont prononcé 28 000 condamnations pour infraction d'usage et 21 800 pour infraction liée au commerce de stupéfiants (détention-acquisition, transport, import-export ou offre-cession). La sanction dans les condamnations pour usage simple est une peine d'amende dans un peu plus de la moitié des cas, une peine d'emprisonnement ferme (avec sursis total ou partiel) dans un tiers des cas. L'emprisonnement ferme sanctionne dans près de 90 % des cas les condamnations pour infractions liées au commerce de stupéfiants. Des mesures alternatives aux poursuites sont prononcées pour une grande partie des personnes interpellées pour usage simple ne faisant pas l'objet d'une condamnation. La part de ces mesures dans les réponses aux affaires d'usage de stupéfiants a augmenté entre 2001 et 2007 (de 55 % à 75 %), pour régresser légèrement ensuite (70 % en 2010).

Près de 290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011, dont 171 600 délits routiers et 118 600 infractions passibles d'amende. Le nombre de ces infractions a fortement augmenté entre 2001 et 2007 et s'est stabilisé ensuite. Avec près de 152 600 condamnations en 2011, les infractions de sécurité routière aggravées par l'alcool représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions en matière de circulation routière et presque un quart de l'ensemble des condamnations en France. Ces condamnations sont assorties d'une peine d'amende dans la moitié des cas, d'une peine d'emprisonnement ferme dans près de 40 % des cas et de peines de substitution (ou d'autres peines) dans un peu plus de 10 % des cas. Le délit de conduite après avoir fait usage de stupéfiants a été créé en 2003. En 2011, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 25 400 délits de ce type, et les tribunaux ont prononcé 16 260 condamnations. La répartition suivant le type de peine pour les stupéfiants est à peu près la même que celle décrite ci-dessus pour l'alcool.

## Jeux de hasard et d'argent et joueurs problématiques

Près d'un Français sur deux déclare avoir joué de l'argent au cours de l'année écoulée. Un joueur sur cinq a joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros. Il s'agit six fois sur dix d'hommes. Les jeux de tirage et de grattage, c'est-à-dire ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage, sont les plus pratiqués.

La prévalence du jeu excessif en France a pu être estimée pour la première fois en 2010 : elle s'établit à 0,4 % de la population des 18-75 ans, soit environ 200 000 personnes. Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9 % (soit approximativement 400 000 personnes), pour un total de 1,3 % de joueurs problématiques. Ces joueurs sont en moyenne plus jeunes, plus précaires et moins diplômés que la moyenne.

# Drogues, chiffres clés – juin 2013



www.ofdt.fr

Drogues, Chiffres clés 5<sup>e</sup> édition



## Drogues, chiffres clés

L'objectif de la publication *Drogues, Chiffres clés* est de rassembler périodiquement les indicateurs chiffrés les plus récents et les plus pertinents pour mesurer le phénomène des drogues, qu'il s'agisse des substances illicites ou du tabac, de l'alcool et des médicaments psychotropes. Ces données constituent un socle commun de connaissances sur lesquelles peut s'appuyer l'action des pouvoirs publics coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), placée sous l'autorité du Premier ministre.

Ce document, préparé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), repose sur ses propres travaux et sur ceux produits par d'autres institutions. Il présente d'abord de façon synthétique les niveaux de consommations dans l'ensemble de la population pour les principales substances. Des informations détaillées sur les usages, les prises en charge, les conséquences sanitaires et sociales et les trafics sont ensuite développées par produit en donnant, à chaque fois que c'est possible, une tendance d'évolution.

### Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans [1, 2, 3]

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs*	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M	16 M
dont usagers dans l'année*	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M	11 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 du rectorat de Toulouse).

// = non disponible

Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions.

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

\* Pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans.

### Évolution de l'expérimentation de cannabis, cocaïne, tabac et de l'ivresse alcoolique entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
<b>Cannabis</b>	45,6	50,2	50,3	49,4	42,2	41,5	↘
<b>Cocaïne</b>	0,9	1,6	1,6	2,5	3,3	3,0	↘
<b>Ivresse</b>	56,4	56,1	55,0	56,6	59,8	58,5	↘
<b>Tabac</b>	77,6	77,2	77,0	72,2	70,7	68,4	↘

### Évolution de l'usage régulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%) [1]

	2000	2002	2003	2005	2008	2011	Tendance 2008-2011
<b>Cannabis</b>	10,0	12,3	10,6	10,8	7,3	6,5	↘
<b>Alcool</b>	10,9	12,6	14,5	12,0	8,9	10,5	↘
<b>Tabac</b>	41,1	39,5	37,6	33,0	28,9	31,5	↘

Pour ces deux tableaux, les flèches orientées vers le haut ou vers le bas indiquent des évolutions significatives au seuil 0,05 (test du Chi-2). L'évolution du niveau d'expérimentation du cannabis n'est pas statistiquement significative.

Jun 2013

# Cannabis

↘ **41,5 %** des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et **6,5 %** sont des fumeurs réguliers

↘ **32,8 %** des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis et **2,1 %** sont des fumeurs réguliers

↘ **54 %** des 15-75 ans jugent le cannabis dangereux dès son expérimentation

→ Au moins **38 000** personnes prises en charge en raison de leur consommation de cannabis dans les structures spécialisées en addictologie

Conduire sous l'influence du cannabis multiplie par **1,8** le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route

**80 000** usagers de cannabis ont recours exclusivement à l'autoculture

**122 439** interpellations pour usage de cannabis

## Consommations (2010, 2011)

Après une période de baisse entamée en 2002, l'expérimentation du cannabis à 17 ans se stabilise sur la période 2008-2011 [1]. En revanche, l'usage régulier fléchit et concerne **6,5 %** des jeunes de 17 ans contre 7,3 % en 2008, les garçons plus souvent que les filles (9,5 % contre 3,4 %). On estime que 5 % des jeunes de 17 ans présentent un risque d'usage problématique ou de dépendance. En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans consomment plus souvent du cannabis que les autres Européens du même âge (1<sup>re</sup> position sur 36 pays pour l'usage au cours du mois) [2]. En 2010, l'expérimentation du cannabis concerne environ un tiers (33 %) des adultes de 18 à 64 ans. La consommation régulière, nettement moins fréquente, s'élève à 2,1 % (3,4 % chez les hommes et 0,9 % chez les femmes), cette proportion s'avérant stable entre 2005 et 2010 [3].

## Opinions (2013)

La proportion des 15-75 ans considérant la substance dangereuse dès l'expérimentation est de **54 %** en 2013. Ce niveau, similaire à celui de 1999, avait dépassé 62 % en 2008 [4].

## Soins (2010)

Ce nombre comprend des personnes (à 80 % des hommes) faisant un usage intensif de cannabis et des usagers occasionnels. Les plus jeunes sont généralement accueillis dans les « consultations jeunes consommateurs », qui dépendent le plus souvent d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [5, 6]. La grande majorité des jeunes vus dans ce cadre ne nécessite pas une prise en charge addictologique. Le nombre total de personnes vues par un professionnel du soin pour un problème de cannabis est supérieur à 38 000, des consommateurs pouvant également être pris en charge dans certains hôpitaux sans centres spécialisés mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou d'équipes de liaison en addictologie et en médecine de ville.

Plus de la moitié des personnes vues pour un problème de consommation de cannabis dans les CSAPA est adressée par la justice à la suite d'une interpellation pour usage. Le nombre d'usagers pris en charge dans les CSAPA a augmenté très fortement dans la première moitié des années 2000. La progression s'est poursuivie dans la seconde moitié, à un rythme plus faible.

Les statistiques hospitalières portant sur les services de médecine, chirurgie et obstétrique comptaient 1 082 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis en 2011 (871 en 2010, 641 en 2006) [7].

## Mortalité (2002, 2003, 2009)

Ce risque est multiplié par près de **15** en cas de consommation conjointe d'alcool et de cannabis. Le nombre annuel de décès à la suite d'un accident de la route imputable au cannabis est estimé, à la fin des années 2000, entre 175 et 190 décès. Cette estimation tient compte d'une baisse générale du nombre d'accidents mortels liés à la réduction de la vitesse sur route dans l'année [8].

En ce qui concerne la mortalité globale liée à la consommation de cannabis, quelques études font apparaître une surmortalité des usagers relativement aux non-usagers. Ces résultats, trop parcellaires, font l'objet de débats. Il n'a à ce jour pas été possible d'établir le rôle causal du cannabis, dont l'usage est par ailleurs lié à d'autres prises de risques (sexuels, autres consommations...). La responsabilité de cette substance dans certaines pathologies est cependant avérée, en particulier dans le cancer du poumon, dont l'usage du cannabis multiplierait le risque par 3 [9].

## Autoculture (2005, 2010)

En 2010, **2 %** des personnes âgées de 18 à 64 ans (80 000 personnes) ayant consommé du cannabis dans l'année déclarent se le procurer en ayant recours uniquement à l'autoculture [3]. Les données de 2005 ne sont pas directement comparables : 5 % des personnes interrogées (soit 200 000) avaient alors déclaré se procurer occasionnellement du cannabis de cette façon. Au minimum, 32 tonnes d'herbe auraient été produites en France en 2005, soit entre 950 000 et 1,3 million de plants. Cette production domestique représenterait 11,5 % des volumes de cannabis consommés en France [10]. La pratique de ce phénomène clandestin (culture en plein air ou dite « en placard ») paraît en nette augmentation depuis une dizaine d'années [9] et, récemment, des coopératives de petits cultivateurs, « cannabis social clubs » (CSC), se sont développées. Depuis 2011, on constate également l'émergence d'une cannabiculture à grande échelle avec des plantations de plusieurs centaines de plants contrôlées notamment par des structures relevant du crime organisé [11].

## Interpellations (2010)

Les interpellations pour usage de cannabis, en léger recul par rapport à 2009 (-2 %), représentent toujours 90 % des interpellations pour usage de stupéfiants. Leur nombre a été multiplié par cinq depuis le début des années 1990.

En dehors des affaires d'usage, les services de police et de gendarmerie ont effectué 15 302 interpellations pour usage-revente et trafic de cannabis [12].

\* Les flèches indiquent une tendance à moyen terme



**54,4 tonnes** de cannabis saisiés



**6 euros** pour un gramme de résine



**8 euros** pour un gramme d'herbe



#### Saisies (2012)

Les saisies de cannabis [12], de résine (**51,1 tonnes**) ou d'herbe (**3,2 tonnes**) sont en diminution. Pour près de 94 %, ces saisies sont composées de résine provenant du Maroc.

Les quantités annuelles de résine saisies qui fluctuaient autour de 60 tonnes depuis le milieu des années 1990 ont augmenté jusqu'à atteindre près de 110 tonnes en 2004, en raison surtout de saisies exceptionnelles. Ces grosses prises ont conduit les trafiquants à rechercher de nouvelles voies d'approvisionnement et de transport, ce qui expliquerait notamment la baisse des quantités saisies depuis cinq ans. L'autre facteur tiendrait aux résultats positifs du Maroc dans sa politique d'éradication de la résine. Cependant, l'émergence de l'Afghanistan comme premier producteur mondial pourrait venir contrarier cette tendance au recul de l'offre de résine. S'agissant de l'herbe, 2012, avec une nette diminution des saisies (-40 %), marque une inflexion après six années de progression. Compte-tenu du dynamisme de l'offre en France et en Europe, il est peu probable que celle-ci soit durable [13].

#### Prix et pureté (2012)

Entre 1996 et 2008 la résine a perdu un quart de sa valeur et le prix du gramme d'herbe a été pratiquement divisé par 2 [14]. Ces prix ont tendance depuis 2010 à se stabiliser, voire à augmenter aussi bien pour l'herbe que la résine.

Le taux moyen de THC (principe actif) est également en augmentation, avec 12 % pour la résine et 11 % pour l'herbe [15,16] du fait de l'augmentation importante de la proportion de variétés à forte teneur en THC (> 15 %).

## Cocaïne, héroïne-opiacés



**3,0 %** des jeunes de 17 ans ont expérimenté la cocaïne, contre **3,8 %** des adultes



À 17 ans, **0,9 %** des jeunes ont expérimenté l'héroïne, contre **1,2 %** des adultes



**281 000** « usagers problématiques de drogues »

**60 000** personnes vues dans les structures de réduction des risques pour usagers de drogues



Pour **85 %** des 15-75 ans, la cocaïne est dangereuse dès son expérimentation  
Pour **90 %** des 15-75 ans, l'héroïne est dangereuse dès son expérimentation



#### Consommations (2010, 2011)

Après une hausse entre 2000 et 2008, l'expérimentation de cocaïne parmi les jeunes de 17 ans apparaît en légère baisse sur la période 2008-2011, passant de 3,3 % à 3,0 %. Elle concerne plus souvent les garçons que les filles (3,3 % contre 2,7 %) [1].

Parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 3,8 % ont expérimenté la cocaïne en 2010. La consommation au cours de l'année est en hausse entre 2005 et 2010 : elle est passée de 0,6 % à 0,9 % [3].

La proportion d'expérimentateurs d'héroïne, après une hausse entre 2005 et 2008, est en diminution chez les 17 ans. Elle concerne 0,9 % d'entre eux en 2011 (1,0 % des garçons et 0,8 % des filles) [1]. En 2010, 1,2 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne et 0,2 % (soit 90 000 personnes) en ont consommé dans l'année [3]. Cet indicateur a augmenté de façon significative chez les hommes entre 2005 et 2010.

#### « Usagers problématiques de drogues » (2010, 2011, 2012)

Les « usagers problématiques de drogues » sont définis par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans [17]. L'estimation réalisée en France en 2011 conduit à un nombre d'usagers problématiques plus élevé que précédemment. Compte tenu des très larges intervalles de confiance associés à ces estimations, cette augmentation n'est pas statistiquement significative.

La file active des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) intégrant les usagers suivis en accueils fixes, unités mobiles et interventions extérieures est estimée à environ **60 000** personnes en 2010 [18]. Le profil de ces personnes est souvent marqué par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un usage de multiples substances. Parmi les usagers des CAARUD, 27 % ne disposent d'aucun revenu, vivant de mendicité, de prostitution ou de petit deal et 57 % d'un revenu social uniquement.

En 2012, les substances les plus consommées un mois donné par ces usagers sont les opiacés (héroïne 31 %, mais aussi traitements de substitution, dans un cadre thérapeutique ou non), la cocaïne (44 % que 6 sur 10 consomment aussi ou uniquement sous forme de crack) et les somnifères et les anxiolytiques détournés ou non de leur usage (30 %). Un tiers d'entre eux consomme de l'alcool en quantité très importante (plus de 10 verres par occasion) [19].

#### Opinions (2013)

Entre 2008 et 2013, la part des personnes jugeant la cocaïne dangereuse dès la première consommation est en léger recul : elle est passée de 89 % à **85 %**.

La perception de la dangerosité de l'expérimentation d'héroïne est également en léger repli, de 91 % à **90 %** chez les 15-75 ans [4].



**62 000** personnes prises en charge en raison de leur consommation d'opiacés, de cocaïne ou d'autres stimulants et de médicaments détournés de leur usage au cours de l'année dans les CSAPA



**170 000** personnes bénéficiant de prescriptions de traitement de substitution aux opiacés en ville et en CSAPA

Parmi les usagers de drogues injecteurs (au moins une fois dans la vie), prévalence du VIH :

**6,2 %** à **7,4 %**,  
du VHC :  
**33,3 %** à **46,0 %**



**392** décès par surdoses



**75** décès par sida d'usagers injecteurs



**7 255** interpellations pour usage d'héroïne



**4 679** interpellations pour usage de cocaïne ou de crack



**701 kg** d'héroïne saisis



**5 600 kg** de cocaïne saisis



**65 euros** le gramme de cocaïne



**35 euros** le gramme d'héroïne brune

#### Soins (2009, 2011)

La plupart des personnes prises en charge dans les CSAPA sont dépendantes aux opiacés mais consomment aussi d'autres substances [5]. Les prises en charge concernant uniquement ou principalement la cocaïne, d'autres stimulants ou des médicaments détournés de leur usage sont assez peu fréquentes. Des usagers sont également pris en charge à l'hôpital et en médecine de ville. En 2011, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré 3 790 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue autre que l'alcool [7] et près de 6 400 séjours de personnes prises en charge pour leur usage de drogues illicites (hors cannabis) ou de médicaments détournés. La statistique hospitalière ne permet cependant pas de connaître le nombre d'usagers suivis en ambulatoire dans le cadre de consultations en addictologie. Les médecins de ville voient de nombreux usagers, notamment ceux qui suivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO). En 2009, la moitié des médecins généralistes déclaraient avoir vu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois, en moyenne 3,6 par mois [20].

Environ 170 000 personnes ont eu une prescription de TSO en 2010 [21] : 150 000 ont été remboursées de médicaments de substitution délivrés en ville et 20 000 ont reçu une dispensation de méthadone dans un CSAPA. La buprénorphine haut dosage (Subutex® et/ou génériques) reste largement majoritaire : 65 % de bénéficiaires. Un rééquilibrage au profit de la méthadone (35 %) s'est effectué ces dernières années. Si la plupart des patients utilisent la BHD dans un but thérapeutique, une minorité la détourne pour la consommer ou la revendre comme une drogue.

#### Morbidité (2010, 2011)

Ces données sur les prévalences déclarées du VIH et du VHC parmi les usagers injecteurs sont issues d'une enquête nationale menée auprès des usagers vus dans les CSAPA (valeurs hautes des fourchettes) et d'une enquête nationale auprès des usagers vus dans les CAARUD (valeurs basses) [22, 19]. Ces données déclaratives sont susceptibles de sous-estimer ces prévalences, notamment celle du VHC. Néanmoins, celle-ci est en baisse continue depuis plusieurs années. En 2004, la séro-prévalence du VIH était estimée à 11,3 % et celle du VHC à 73,8 % parmi les usagers de drogues ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie [23]. Les antécédents psychiatriques se rencontrent souvent chez les personnes prises en charge pour leur usage d'héroïne ou de cocaïne : 37 % d'entre elles ont déjà été hospitalisées pour un problème psychiatrique. Ces personnes se trouvent dans une situation socio-économique encore plus défavorable que les autres [22].

#### Mortalité (2010)

Ces décès par usage de substances illicites ou de médicaments opiacés sont le plus souvent liés à l'association de plusieurs produits. Après avoir fortement chuté à la fin des années 1990, les décès par surdose ont, depuis 2003, de nouveau tendance à augmenter [24]. Leur nombre est aujourd'hui encore très probablement sous-estimé, certains pouvant être classés en « cause inconnue ». À l'inverse, des décès par surdose d'opiacés, notamment chez les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs, accidentel ou par suicide sont peut-être à tort assimilés à des décès d'usagers de drogues. Pour s'affranchir de ce biais, on peut se focaliser sur le nombre de décès par surdose des 15-49 ans : il est de 300 en 2010, stable depuis 2008.

Avec 75 décès au stade sida en 2010 parmi les usagers par voie injectable (données corrigées pour les délais et la sous-déclaration), la baisse initiée au milieu des années 1990 se poursuit lentement [25]. Les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque global de décès 5 fois plus élevé que leurs homologues. Pour les femmes, ce risque est multiplié par 9 [26]. Les surdoses, une mortalité liée au sida et aux hépatites B et C, une exposition accrue aux accidents de la route, aux suicides et aux pathologies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif expliquent cette surmortalité.

#### Interpellations (2010)

Le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne a été divisé par quatre entre 1995 et 2003, pour augmenter ensuite. En 2010, leur nombre progresse de 2 % par rapport à l'année précédente. Les services répressifs ont également interpellé 3 382 usagers-revendeurs et trafiquants d'héroïne, chiffre en hausse de 14 % par rapport à 2009. En hausse de 6 % par rapport à 2009, les interpellations pour usage de cocaïne et de crack ont quadruplé depuis 1995. Les interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack atteignent 2 786 en 2010 [12].

#### Saisies (2012)

Les saisies d'héroïne et de cocaïne sont tendanciellement en augmentation depuis le début des années 2000. Tout en restant à des niveaux historiquement élevés, elles diminuent nettement en 2012. Ainsi, les saisies d'héroïne (données non définitives) sont les plus faibles depuis 2004. Les saisies de cocaïne sont, elles aussi, en très nette recul. Du fait de saisies d'une ampleur exceptionnelle, 2011 avait marqué un record en France (11 tonnes) [12].

#### Prix et pureté (2012)

Le prix médian du gramme de cocaïne augmente après cinq ans de stabilité. Il a néanmoins été divisé par 2 par rapport au début des années 1990 [12, 14, 15]. Le prix moyen de l'héroïne brune, après une chute de 70 à 40 euros le gramme en dix ans puis une brève période de stabilité, semblerait à nouveau en diminution. Les taux de pureté des échantillons de cocaïne saisis dans la rue se situent entre 10 et 20 %, contre 40 et 50 % en 2010. Les échantillons d'héroïne brune saisis par la police présentent un taux de pureté moyen de 7 %, soit une nette diminution par rapport à l'année précédente [16]. Ce phénomène s'expliquerait par une pénurie du produit, observée dans d'autres pays européens.

# Drogues de synthèse



**1,9 %** des jeunes de 17 ans ont expérimenté l'ecstasy et **2,7 %** des adultes



**203** interpellations pour usage d'ecstasy



**157 000** comprimés d'ecstasy saisis



**60** nouveaux produits de synthèse répertoriés entre 2008 et 2012



**6 euros** le comprimé d'ecstasy



## Consommations (2010, 2011)

L'expérimentation d'ecstasy poursuit la baisse amorcée en 2002 et concerne 1,9 % des jeunes de 17 ans (2,2 % des garçons et 1,6 % des filles) [1]. En 2010, 2,7 % des 18-64 ans l'ont expérimentée et 0,3 %, soit 130 000 personnes [3], en ont consommé dans l'année.

## Interpellations (2010)

Les interpellations relatives à l'usage d'ecstasy diminuent depuis 2005. En 2010, 203 usagers et 63 usagers-revendeurs ou trafiquants d'ecstasy/MDMA ont été interpellés [12].

## Saisies (2012)

Les saisies d'ecstasy (données 2012 non définitives) s'effondrent et sont divisées par 10 par rapport à l'année précédente, soit le plus bas niveau historique. Compte tenu de leur caractère erratique, il est difficile de tirer de ces données un enseignement sur l'état du marché.

La France étant aussi un pays de transit, une part importante des quantités saisies est destinée aux voisins européens (Royaume-Uni et Espagne notamment) [12].

## Disponibilité des NPS (2011-2012)

Les nouveaux produits de synthèse (NPS) désignent un éventail de substances qui imitent différents produits illicites (ecstasy, cocaïne ou cannabis). Souvent disponibles à la vente sur Internet, la plupart ne sont pas inscrits sur la liste des stupéfiants lors de leur apparition [27].

Entre 2008 et 2012, 60 nouvelles substances ayant circulé au moins une fois en France ont été recensées. Plus de 200 substances ont été répertoriées en Europe depuis 1997, dont une nouvelle identifiée par semaine en 2011 et 2012. La grande majorité de ces NPS appartient à la famille des cathinones de synthèse ou des cannabinoïdes de synthèse. Une étude sur l'offre sur Internet a recensé 32 sites francophones de vente en ligne fin 2011. L'intérêt pour ces NPS commence à se diffuser au sein de groupes d'usagers de drogues plutôt expérimentés. Les stratégies marketing des vendeurs visent également un public plus jeune et novice. Plusieurs cas d'intoxications sont signalés.

## Prix (2012)

Le prix du comprimé d'ecstasy (passé de 15 euros en 2000 à 6 euros en 2006) se stabilise autour de 6 euros. La MDMA se vend maintenant aussi sous forme de poudre pour environ 60 euros le gramme. Les variations de part et d'autre de ces moyennes sont très importantes. La majorité des NPS sont proposés à des prix entre 8 et 20 euros le gramme [27]. Le classement d'un produit n'entraîne pas forcément sa disparition, mais peut avoir des répercussions à la hausse sur son prix.

# Tous produits illicites confondus



**50 092** condamnations pour une infraction à la législation sur les stupéfiants



**4 500** usagers (tous produits illicites confondus) concernés chaque année par les stages de sensibilisation

Recettes du fonds de concours (tous produits illicites confondus) :  
**10,02 millions** d'euros



## Condamnations (2011)

Les statistiques judiciaires ne détaillent pas les condamnations par produit. Néanmoins, le cannabis étant en cause dans plus de 90 % des interpellations [12], les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées par les juridictions comprennent vraisemblablement une part significative de procédures qui lui sont liées. Les condamnations pour ILS, au nombre de 50 092 représentent 9 % de celles prononcées pour un délit. Ces délits se répartissent ainsi : usage illicite (29 202, soit 58 %), détention, acquisition (10 173, soit 20 %), commerce-transport (7 045, soit 14 %), import-export (1 449, soit 3 %), offre et cession (2 107, soit 4 %), aide à l'usage par autrui qui peut comprendre la provocation à l'usage et la facilitation de l'usage [27] et autres (89). Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent près de 30 % des condamnations pour usage illicite [28].

## Stages de sensibilisation (2011)

Depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et la circulaire d'application du 9 mai 2008, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner un « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », obligatoire et payant.

Quelque 1 800 à 1 900 stages de sensibilisation ont été mis en place entre 2007 et 2011 [29], par une centaine de structures prestataires. Ces stages ont concerné 18 000 à 19 000 usagers depuis 2008 (à 94 % de cannabis), soit environ 4 500 stagiaires par an, chiffre en croissance constante.

## Recettes du Fonds de concours « stupéfiants » (2012)

Le produit des cessions de biens confisqués dans le cadre des procédures pénales d'affaires de stupéfiants a atteint un montant total de 79,61 millions d'euros depuis la création du Fonds de concours « stupéfiants » en 1995. La gestion de cette somme est assurée par la MILDT : 90 % sont redistribués aux ministères en charge de la lutte contre les trafics pour financer l'acquisition d'équipements destinés à la lutte antidrogue. Les 10 % restants financent des actions de prévention dans le domaine de drogues illicites. En forte augmentation entre 2008 et 2011 [30], cette recette s'est élevée à 10,02 millions d'euros en 2012, contre 22,76 millions d'euros en 2011.



# Tabac

- ↘ **62 133 tonnes** de tabac vendues dans le réseau buraliste
- ↗ **14 milliards d'euros** de taxes perçus par l'État
- ↗ **31,5 %** des adolescents de 17 ans et **30,0 %** des adultes de 18 à 75 ans sont des fumeurs quotidiens
- **41 %** des 15-75 ans jugent le tabac dangereux dès son expérimentation
- ↗ **2,4 millions** de fumeurs ont recours à des traitements d'aide à l'arrêt du tabac

**73 000** décès annuels attribuables au tabac



## Marché du tabac (2012)

L'essentiel des 62 133 tonnes de tabac vendues au sein du réseau des buralistes en 2012 est constitué de cigarettes, (51 456 tonnes ou millions d'unités). La nette baisse par rapport à 2011 (-3,4 %) est la plus forte depuis 2005 [31]. Néanmoins, une cigarette sur cinq consommée en France n'a pas été achetée dans un bureau de tabac français. Les achats transfrontaliers représenteraient les trois quarts de cette consommation, le volume restant proviendrait des achats en *duty-free*, sur Internet et en contrebande [32]. En 2012, les services douaniers ont saisi 371 tonnes de tabac, soit 20 % de moins qu'en 2011, année record [33]. Le chiffre d'affaires (CA) généré par la vente de tabac est de 17,9 milliards d'euros en 2012, soit + 2,3 % par rapport à 2011. Près de 9 % de ce CA revient aux buralistes, 13 % aux fabricants et distributeurs et près de 78,5 % à l'État, qui a ainsi perçu 14 milliards d'euros de taxes (TVA comprise) en 2012, soit 1,8 % de plus que l'année précédente [34].

## Consommations quotidiennes et dans le mois (2007, 2010, 2011)

Après une baisse du tabagisme quotidien observée entre 2000 et 2008 à 17 ans, on observe une hausse de 10 % entre 2008 et 2011. Cet usage quotidien concerne 32,7 % des garçons et 30,2 % des filles [1]. En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 6<sup>e</sup> rang européen pour l'usage de tabac dans le mois [2]. La consommation quotidienne de tabac chez les 18-75 ans est en hausse entre 2005 et 2010, passant de 28 % à 30 %. Cette augmentation est plus importante chez les femmes que chez les hommes [3].

## Opinions (2013)

En 2013, 41 % des 15-75 ans considèrent le tabac dangereux dès son expérimentation. Ce niveau est stable par rapport à 2008 (43 %), mais presque le double de celui de 1999 (21 %) [4].

## Soins (2009, 2012)

En 2012, les substituts nicotiniques représentent plus de 95 % des ventes en pharmacie de traitements d'aide à l'arrêt du tabac (forme orale, 49,6 %, et timbres transdermiques, 45,4 %) ; la part du Champix® (varénicline) est inférieure à 4 % [35]. Les consultations de tabacologie ont accueilli en moyenne 15,2 nouveaux patients par mois en 2012, dont 53 % adressés par un professionnel de santé [36]. En 2009, au cours d'une semaine donnée, environ 90 000 personnes ont été vues par un médecin généraliste dans le cadre d'un sevrage tabagique [20].

## Mortalité (2004, 2006)

Une estimation du nombre annuel de décès attribués au tabac prenant en compte les principaux cancers liés au tabac (poumon, VADS, etc.), les maladies respiratoires (dont les bronchites chroniques obstructives) et les maladies cardio-vasculaires a été conduite pour 2004. [37]. Environ 73 000 décès seraient imputables au tabac, dont 59 000 chez les hommes. En 2006, le nombre de décès par cancer attribuables au tabac est estimé à 36 990, dont 22 645 par cancer du poumon [38]. Même si la situation masculine s'améliore alors que celle des femmes se détériore, les hommes touchés sont quatre fois plus nombreux que les femmes [39].

# Alcool

- ↘ **12 litres** d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus
- ↗ **5,97 milliards d'euros** de recettes fiscales sur les boissons alcoolisées
- 16,7 milliards d'euros** de dépenses en boissons alcoolisées
- 11,4 milliards d'euros** de boissons alcoolisées exportées

## Ventes d'alcool (2011)

Cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu plus de 2,5 verres d'alcool par jour et par habitant de plus de 15 ans [40]. Elle est en nette diminution depuis le début des années 1960, en raison surtout de la baisse de la consommation de vin. Les ventes sont depuis 2005 toujours orientées à la baisse, bien qu'à un rythme assez lent. Leur niveau est stable entre 2010 et 2011. La France reste cependant un des pays les plus consommateurs au monde. Elle se classait en 2008 dans une position moyenne relativement aux pays de l'Union européenne [41].

## Droits indirects sur l'alcool (2011)

Les recettes sur les boissons alcoolisées sont proportionnelles aux volumes mis en vente sur le marché intérieur. Leur montant perçu en 2011, **3,24 milliards d'euros**, provient à 82 % de la taxation des spiritueux, à 11 % de la bière et à 4 % du vin. En incluant la TVA sur les boissons alcoolisées (**2,73 milliards**), le total des recettes fiscales sur l'alcool avoisine les 6 milliards en 2011 [42].

## Achats d'alcool et exportations (2011)

Les Français ont dépensé 16,7 milliards d'euros en 2011 pour leurs achats de boissons alcoolisées, dont 56 % en vins, 32 % en spiritueux et 10 % en bières. Les exportations représentent 11,4 milliards d'euros en 2011 : 63 % de vins, 35 % de spiritueux et 2 % de bières. Le montant des importations est de 2,4 milliards d'euros (50 % spiritueux, 25 % vins, 19 % bières, 6 % autres alcools) [43].

**10,5 %** de consommateurs réguliers chez les jeunes de 17 ans et **19,9 %** parmi les adultes

Ivresses répétées pour **27,8 %** des jeunes de 17 ans

Plus de un jeune de 17 ans sur deux (**53,2%**) déclare une API au cours du mois écoulé  
**8,0 %** des adultes de 18 à 75 ans déclarent des ivresses répétées

**3,8 millions** de consommateurs à risque parmi les adultes

Pour **11 %** des 15-75 ans, l'alcool est dangereux dès son expérimentation

**133 000** consommateurs vus dans les centres spécialisés

**49 000** décès par an attribuables à l'alcool

**150 556** condamnations pour conduite en état alcoolique

#### Consommation régulière (2010, 2011)

La proportion d'adolescents de 17 ans (10,5 %) déclarant une consommation régulière d'alcool (10 fois dans le mois) en 2011 est en hausse par rapport à 2008 (8,9 %), après une période de baisse discontinuée entamée en 2003. La consommation reste plus importante parmi les garçons (15,2 % vs 5,6 % parmi les filles) [1]. En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 3<sup>e</sup> rang européen du point de vue de leur usage d'alcool dans le mois [2]. En 2010, l'usage régulier de boissons alcoolisées concerne 19,9 % des adultes de 18 à 75 ans (29,5 % des hommes et 10,6 % des femmes) [3].

#### Ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes (API) (2010, 2011)

Le pourcentage de jeunes de 17 ans ayant été ivres au moins trois fois dans l'année (ivresse répétée), stable entre 2005 et 2008, a nettement augmenté (de 25,6 % à 27,8 %) depuis 2008. La tendance est identique pour les ivresses régulières (10 fois ou plus dans l'année), dont la proportion croît de 8,6 % à 10,5 % [1]. En 2011, comparativement aux autres Européens, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situent dans la moyenne du point de vue de l'ivresse au cours des 12 derniers mois (15<sup>e</sup> position sur 35 pays) [2].

Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une même occasion), 53,2 % des jeunes de 17 ans déclarent ce comportement au cours du mois écoulé en 2011, contre 48,7 % en 2008 [1]. Les jeunes Français de 15-16 ans se situent au 12<sup>e</sup> rang européen (sur 33 pays) pour l'API au cours du mois écoulé en 2011 [2].

À l'âge adulte, les épisodes d'ivresse sont nettement moins fréquents. En 2010, les ivresses répétées (3 ivresses ou plus dans l'année) concernaient 8,0 % des 18-75 ans, les hommes étant quatre fois plus nombreux que les femmes (12,9 % vs 3,3 %) [3]. Chez les 18-75 ans, en 2010, 36,7 % ont déclaré avoir bu au moins 6 verres en une seule occasion au cours du mois écoulé [3].

#### Consommations à risque (2010)

En 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risque (dépendants ou non) de 18 à 75 ans au sens du test Audit-C (version courte du « Alcohol Use Disorder Identification Test ») [3]. Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge et concerne principalement les hommes (3,2 millions vs 0,6 million de femmes).

#### Opinions (2013)

Entre 1999 et 2013, la proportion des 15-75 ans considérant sa consommation nocive dès l'expérimentation est passée de 6 % à 11 % [4].

#### Soins (2009, 2011)

Ces 133 000 personnes ayant un problème avec l'alcool viennent consulter en ambulatoire dans les CSAPA [44], mais des usagers en difficulté sont également vus dans les hôpitaux ou en médecine de ville. Les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool en 2011 (139 200 en 2010) [44]. Les deux tiers sont liés à des intoxications aiguës (ivresses) et sont de très courte durée. Il faut également ajouter pour 2011 environ 48 800 séjours pour sevrage à l'alcool (44 300 en 2010) [7]. En incluant les séjours liés à l'alcool en diagnostic associé, 470 000 hospitalisations mentionnant un problème d'alcool ont été recensées en 2011, dont 280 000 pour des troubles liés à la dépendance [45]. Ces dernières ont concerné 180 000 patients.

Ces statistiques hospitalières ne permettent pas, en revanche, d'enregistrer les personnes suivies en ambulatoire à l'hôpital. Les médecins de ville voient quant à eux environ 50 000 patients en une semaine pour un sevrage (2009) [20].

#### Mortalité (2009)

Ce nombre a été actualisé à partir des dernières données disponibles en 2009 sur la mortalité et sur l'augmentation des risques d'être touché par certaines pathologies (cancers, cirrhoses) suivant les quantités d'alcool consommées [46]. L'augmentation relativement aux données antérieures correspond à la réévaluation du rôle de l'alcool dans certaines pathologies et non à une évolution de la mortalité liée à l'alcool, qui tend à baisser.

Le nombre de décès suite à un accident de la route lié à l'alcool a été évalué à 1400 pour les années 2007-2008 [8]. Pour un conducteur avec une alcoolémie non nulle, le risque d'être responsable d'un accident mortel de la circulation est multiplié par 8,5 [8].

#### Condamnations (2011)

Il s'agit de l'ensemble des peines et compositions pénales prononcées pour conduite en état alcoolique ; parmi elles, 2 348 ont été accompagnées d'atteintes involontaires à la personne (1 828 blessures involontaires par un conducteur en état alcoolique et 183 pour homicide involontaire) [47].

Ce contentieux dans les condamnations représente 24 % des condamnations pour délit, reflétant la réponse donnée par l'institution judiciaire à l'action de dépistage réalisée par la police et la gendarmerie. En 2011, près de 11,2 millions de contrôles de l'imprégnation alcoolique ont été effectués (à titre préventif dans plus de 80 % des cas) : 3,5 % de ces contrôles d'alcoolémie se sont révélés positifs [48].

# Médicaments psychotropes



**2,7 boîtes remboursées par habitant âgé de 20 ans ou plus**



**18,3 % des 18-75 ans ont consommé des médicaments psychotropes dans l'année**



**30,5 % des usagers des CAARUD ont pris un anxiolytique ou un somnifère dans le mois**



## Ventes de médicaments psychotropes (2011)

Les ventes d'anxiolytiques, somnifères et antidépresseurs sont stables depuis 10 ans, avec 2,7 boîtes remboursées en moyenne par habitant âgé de 20 ans ou plus [49].

## Consommations (2010, 2011, 2012).

Un Français sur dix (10,4 %) a pris des anxiolytiques dans l'année, 6,3 % des somnifères et 6,2 % des antidépresseurs. La proportion d'usagers au cours de l'année a augmenté de 15,1 % à 18,3 % entre 2005 et 2010. Cette hausse s'explique principalement par l'évolution des usages chez les femmes de 55 à 75 ans [3].

En 2011, 15 % des jeunes de 17 ans ont pris des anxiolytiques au cours de leur vie : 11 % des hypnotiques et 5,6 % des antidépresseurs. À 17 ans, 18 % des filles et 10 % des garçons en ont consommé dans l'année. Ces niveaux sont en baisse entre 2008 et 2011 [1].

Les usagers de drogues consomment fréquemment des benzodiazépines (principe actif de la majorité des anxiolytiques et des somnifères). Près de 3 usagers des CAARUD sur 10 en ont pris au cours du mois, souvent dans le cadre d'un traitement. Ces substances donnent d'autant lieu à un mésusage que l'usager est jeune, de sexe masculin, que son degré d'abus/addiction est élevé, qu'il souffre de pathologie(s) psychiatrique(s) et qu'il est en situation de précarité sociale [19].

[1] ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 : Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT / Direction centrale du service national – DSCN)

[2] ESPAD 2003, 2007, 2011 : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Swedish council for information on alcohol and other drugs - CAN / Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM-U472 / OFDT / ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative)

[3] Baromètres santé 2005 et 2010 (Institut national de la prévention et d'éducation à la santé – INPES), exploitation OFDT

[4] EROPP 2013 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (OFDT)

[5] Rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Direction générale de la santé - DGS / OFDT)

[6] Enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs, repues au cours d'un mois donné puis suivies pendant 14 semaines, éditions 2005 et 2007 (OFDT)

[7] PMSI 2011 : Programme de médicalisation du système d'information (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH), base de données MCO, diagnostic principaux

[8] Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis (OFDT / Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux - IPSTAR), sous la responsabilité scientifique de Bernard Laumon, 2011

[9] Extraits de « Cannabis, données essentielles », OFDT, 2007

[10] La Culture du cannabis en France : volume et qualité estimés. Note de travail OFDT, 2008

[11] Weinberger D., Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? *Drogues, Enjeux internationaux* n°1, OFDT, 2011

[12] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), ministère de l'Intérieur

[13] Rapport européen sur les drogues : tendances et évolutions 2013, OEDT

[14] TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)

[15] SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)

[16] Fichier STUPS de l'INPS (Institut national de la police scientifique)

[17] OFDT, Le Nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2011, à paraître

[18] Asa-CAARUD 2010 : Analyse nationale des rapports standardisés d'activité (Direction générale de la santé - DGS / OFDT)

[19] Ena-CAARUD 2012 : Enquête quantitative réalisée auprès des usagers des CAARUD (OFDT), à paraître.

[20] Guignard R., Beck F. et Obradovic I., Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, in Gautier A. (dir), Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES, 2011, p. 177-201

[21] Données CNAM-TS et données rapport d'activité des CSAPA 2010, exploitation OFDT

[22] RECAP 2011 : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (OFDT)

[23] Coquelicot 2004, Institut de veille sanitaire (InVS)

[24] Registre national des causes de décès (INSERM-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépi-DC), estimation OFDT

[25] Système de surveillance du sida (InVS)

[26] Lopez D., Martineau H. et Palle C., Mortalité liée aux drogues illicites : étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants dans les années 1990, OFDT, 2004

[27] Lahaie E., Martineau M. et Cadet-Tairou A., Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances* n° 84, OFDT, 2013

[28] Casier judiciaire national (ministère de la Justice / Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation - SDSE)

[29] Obradovic I., Évaluation des stades de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants menée par l'OFDT pour le compte du ministère de la Justice et des libertés

[30] Tableau récapitulatif des ouvertures de crédits de fonds de concours, ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, *Journal Officiel de la République française*

[31] Ventes de tabac (Altadis, estimation OFDT)

[32] Lermenier A., Martineau H., Lalam N. et Weinberger D., L'Observation du marché illicite de tabac en France, OFDT-INPES, 2012

[33] Bilan d'activité de la douane (Direction générale des douanes et droits indirects - DGDDI)

[34] DGDDI

[35] Ventes de substituts nicotiniques (Groupeur pour l'élaboration et la réalisation de statistiques - GERS, estimation OFDT français de prévention du tabagisme - OFT / OFDT)

[36] Données CDTN et d'information sur les patients en consultation de tabacologie (Laboratoire de santé publique et informatique médicale - Faculté de médecine Paris-V)

[37] Registre national des causes de décès (INSERM-Cépi-DC, exploitation OMS - WHO global report: mortality attributable to tobacco)

[38] Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006 (INSERM - Institut Gustave-Roussy et InVS)

[39] Hill C., Jouglé E. et Beck F., Le point sur l'épidémie de cancer du poulmon dû au tabagisme, *BEH*, n° 19-20, InVS, 25 mai 2010

[40] Ventes d'alcool (Institut national de la statistique et des études économiques - INSEE)

[41] OMS, Global Information System on Alcohol and Health. Levels of Consumption, Recorded adult per capita consumption (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1035?lang=en&showonly=GISAH>) [accès le 05/06/13]

[42] Drogues et addictions, données essentielles, chapitre 7.1 : Le poids économique de l'alcool, OFDT, 2013

[43] Direction générale des douanes et des droits indirects, statistiques du commerce extérieur 2011, données non publiées

[44] Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie (DGS / OFDT)

[45] Reynaud M. et Palle F., Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français, PMSI et alcool, à paraître

[46] Guérin S., Laplanche A., Durant A. et Hill C., Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, Online first, March 4, 2013

[47] Exploitation statistique du casier judiciaire (SDSE, ministère de la Justice et des Libertés) publiée dans la contribution du ministère de la Justice au bilan annuel de l'Observatoire de la sécurité routière

[48] ONISR (Observatoire national interministériel de sécurité routière). La Sécurité routière en France. Bilan de l'année 2010, La Documentation française, 2011

[49] MedicAM, CNAMTS

Sous la direction de  
Maud Poussez

Coordination  
et secrétariat de rédaction :  
Julie-Émilie Adès

Ont participé à la rédaction :  
Tanja Bastianic,  
Anne-Claire Brisacier,  
Agnès Cadet-Tairou,  
Sayon Dambélé,  
Cristina Diaz Gómez,  
Michel Gandilhon,  
Éric Janssen,  
Emmanuel Lahaie,  
Aurélié Lermenier,  
Olivier Le Nézet,  
Magali Martineau,  
Carine Mutatavi,  
Ivana Obradovic,  
Christophe Palle,  
Stéphane Said,  
Marie-Line Tovar

Documentation :  
Anne de l'Épervier,  
Isabelle Michot

Conception graphique :  
Frédérique Million

ISSN 2256-8611

OFDT  
3, avenue du Stade-de-France  
93218 Saint-Denis-La-Plaine cedex  
Tél : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
e-mail : ofdt@ofdt.fr



---

## **Bibliographie**

### **Rapports et études remis à la MILDT pour l'élaboration du futur plan gouvernemental de lutte contre les drogues, et les conduites addictives 2013-2017**

*Les substances psychoactives, les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo et Internet. Usages, pratiques et addictions chez les adolescents*, Expertise collective Inserm, à paraître, octobre 2013.

*Propositions pour l'enseignement et la recherche clinique en addictologie*, SFRA, Structure fédérative d'enseignement et de recherche en addictologie, coordonné par le professeur Michel Lejoyeux, septembre 2013.

*Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, coordonné par le professeur Michel Reynaud, juin 2013.

*Les jeunes et les pratiques à risques : tabac, alcool, cannabis*, Étude TNS Sofres commandée par le Service d'information du gouvernement, février 2013.

*Alcool, dépendance et traitements : état des lieux et perspectives. Séminaire de réflexion*, Inserm, coordonné par Bertrand Nalpas (Inserm) et Benoît Fleury (ANPAA), 12 octobre 2011.

*Propositions de la Société des neurosciences à la MILDT pour la mise en place du nouveau plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie*, Société des Neurosciences, septembre 2011.

### **Bibliographie**

*Lutte contre le dopage : avoir une longueur d'avance, Tome 1 – Rapport*, Commission d'enquête sur la lutte contre le dopage, Lozach (J. J.), Sénat n° 782, 17 juillet 2013, 238 p.

*Lutte contre le dopage : avoir une longueur d'avance, Tome 2 – Annexes*, Commission d'enquête sur la lutte contre le dopage, Lozach (J. J.), Sénat n° 782, 17 juillet 2013, 782 p.

*Pour une réforme radicale de la politique de la ville, Rapport au ministre délégué à la Ville*, Bacqué (M. H.), Mechmache (M.), Ministère de la Ville, juillet 2013, 98 p.

*Stratégie nationale de prévention de la délinquance 2013-2017*, Comité interministériel de prévention de la délinquance, juillet 2013, 70 p.

*L'hébergement des sans domicile en 2012 – Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*, INSEE, juillet 2013, 4 p.

*Plan cancer 2009-2013. Rapport final au Président de la République*, Coll., juin 2012, 160 p.

*Plan d'action de l'UE (2013-2016)*, adopté par le Conseil des Ministres de la Justice et des Affaires intérieures de l'UE en juin 2013.

*Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel*, Facy (F.), Redonnet (B.), in *Alcoologie Addictologie*, juin 2013.

*Renforcer la lutte contre la contrebande de cigarettes et les autres formes de commerce illicite de produits du tabac, une stratégie globale de l'UE*, Commission européenne, Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, juin 2013, 24 p.

*Interactions entre santé et travail*, IGAS, Inspection générale des affaires sociales, Bensadon (A. C.), Barbezieux (Ph.), juin 2013, 130 p.

*L'expérimentation pour renouveler les politiques publiques?*, Bérard (J.), Valdenaire (M.), *La Vie des Idées*, juin 2013, 10 p.

*World Drug Report 2013*, ONUDC, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, mai 2013, 149 p.

*Rapport européen sur les drogues 2013*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 28 mai 2013, 80 p.

*Rapport d'activités 2012*, ARJEL, Autorité de régulation des jeux en ligne, mai 2013, 95 p.

*Rapport et avis d'experts sur la e-cigarette* – Commandé à l'OFT par le ministère de la Santé, mai 2013, 212 p.

*Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale*, Guéhenno (J. M.), Président de la commission du Livre blanc, DILA, 29 avril 2013, 160 p.

*Coopérer pour une égalité éducative territoriale*, Avis du Conseil national des villes, 28 mars 2013, 25 p.

*Enquête sur la sociologie des joueurs en ligne 2012*, ARJEL, Autorité de régulation des jeux en ligne, 20 mars 2013, 15 p.

*La santé des femmes en France*, Études et résultats n° 834, DRESS, ministère de la Santé, 8 mars 2013, 6 p.

*Dix ans de programme national de rénovation urbaine : bilan et perspectives, vol.1 – Rapport d'évaluation*, Rapport au ministre délégué à la Ville, Conseil d'orientation de l'ONZUS, mars 2013, 142 p.

*Rapport d'information du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme*, Jacquat (D.), Touraine (J. L.), Assemblée nationale, n° 764, mars 2013, 516 p.

*EU Serious and Organised Crime Threat Assessment*, EUROPOL, mars 2013, 46 p.

*Priorité jeunesse*, Comité interministériel de la jeunesse, 21 février 2013, 80 p.

*Évaluation de la politique de soutien à la parentalité, Tome 1 – Rapport*, Jacquy-Vazquez (B.), Raymond (M.), Sitruk (P.), IGAS, Inspection générale des affaires sociales, 19 février 2013, 98 p.2013, 142 p.

*Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, 21 janvier 2013.

*L'enfant et les écrans*, Bach Jean-François, Houdé (O.), léna (P.), Tisseron (S.), Avis de l'Académie des sciences, 17 janvier 2013, 124 p.

*Nouveaux produits de synthèse et Internet*, Tendances n° 84, OFDT, Observatoire des drogues et des toxicomanies, janvier 2013, 8 p.

*Femmes et addictions – Revue de littérature*, IAC, Institut d'anthropologie clinique, Fédération addiction, Escots (S.), Suderie (G.), janvier 2013, 50 p.

*Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2013, 398 p.

*Lutter contre le jeu excessif ou pathologique, Recommandations trois ans après l'adoption de la loi d'ouverture du marché des jeux en ligne*, ARJEL, Autorité de régulation des jeux en ligne, 2013, 52 p.

*Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions*, OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013, 74 p.

*Pratiques addictives en milieu de travail, principes de prévention*, INRS, 2013, 32 p.

*Prévenir l'implication des jeunes dans le trafic des drogues. L'intérêt des espaces inter-qualifiants*, Roche (P.), Bref du Céreq, n° 306, 2013, 4 p.

*Évaluer un dispositif de lutte contre la rupture scolaire*, Pascale (R.), Bref du Céreq, n° 307, 2013, 4 p.

*Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2012*, Délégation aux victimes, ministère de l'Intérieur, 2013, 32 p.

*Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020)*, Conseil de l'Union européenne, Journal officiel de l'Union européenne, décembre 2012, 10 p.

*L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012*, ONDRP, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, décembre 2012, 27 p.

*Étude exploratoire portant sur le trafic des stupéfiants à partir des plateformes aériennes non surveillées ou de circonstance*, Lalam (N.), Weinberger (D.), INHESJ, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, décembre 2012, 119 p.

*Retranscription du séminaire des équipes mobiles « Parentalité et addictions », Maternité de Port Royal, 18 et 19 octobre 2012.*

*Médicaments psychotropes – consommations et pharmacodépendances*, Expertise collective, Inserm, octobre 2012.

*Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale*, CAS, Centre d'analyse stratégique, Rapport & documents n° 50, septembre 2012, 258 p.

*L'observation du marché illicite de tabac en France*, Lalam (N.), Weinberger (D.), Lermenier (A.), Martineau (H.), INHESJ, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, juin 2012, 49 p.

*International Standards on Drug Use Prévention*, UNODC, 12 juin 2012.

*Médecins généralistes, médecins du travail : regards croisés*, Enquête sous la direction de Ménard (C.), Demortière (D.), Durand (E.), Verger (P.), Beck (F.) INPES, coll. Études Santé janvier 2012.

*Rapport annuel 2012 : État du phénomène de la drogue en Europe*, OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2012, 111 p.

*EU Drug Markets Report : A Strategic Analysis*, OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et EUROPOL, 2012, 154 p.

*Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues, compléments aux recommandations*, extraits de séminaires coordonnés par Caldéron (C.), Lagomanzini (P.), Maguet (O.) et Menneret (F.), 2012.

*Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants*, Obradovic (I.), OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2012, 118 p.

*Rapport d'information sur les toxicomanies, Tome 1 – Rapport*, Mission d'information sur les toxicomanies, Assemblée nationale N° 3612, Blisko (S.), Sénat n° 699, Pillet (F.), juillet 2011, 200 p.

*Rapport d'information sur les toxicomanies, Tome 2 – Comptes rendus des auditions*, Mission d'information sur les toxicomanies, Assemblée nationale n° 3612, Blisko (S.), Sénat n° 699, Pillet (F.), juillet 2011, 553 p.

*European drug prevention quality standards : a manual for prevention professionals*, OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2011, 292 p.

*La prévention précoce : entre acquis et controverses, quelles pistes pour l'action publique?*, CAS, Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse n° 205, décembre 2010, 12 p.

*Jeux vidéo : quelle régulation des contenus et des pratiques?*, CAS, Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse n° 201, novembre 2010, 12 p.

*Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Expertise collective, Inserm, octobre 2010, 573 p.

*Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France*, note de Redonnet (B.), OFDT, 14 juin 2010, 13 p.

*L'organisation des soirées étudiantes et la prévention des risques routiers, Le comportement des organisateurs de soirées étudiantes*, CRÉDOC, Olm (C.), Jauneau (P.), Johann (P.), juin 2010, 172 p.

*Les CAARUD en 2008 – Analyse nationale des rapports d'activités ASA-CAARUD*, Chalumeau (M.), OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2010, 21 p.

*Liens entre usages et substances psychoactives en milieu professionnel*, Baromètre santé 2010, INPES, 2010.

*La prise en charge sanitaire, psychologique, et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Assemblée nationale n° 1811, Blanc (E.), Warsmann (J-L.), 8 juillet 2009, 149 p.

### **Les précédents plans gouvernementaux**

*Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, 2008, 111 p.

*Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites le tabac et l'alcool 2004-2008*, MILDT, La Documentation française, 2004, 125 p.

*Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001*, MILDT, La Documentation française, 1999, 226 p.

*Programme gouvernemental du 14 septembre 1995*, DGLDT, (Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie), La lettre de la DGLDT, n° 9 septembre-octobre 1995, 7 p.

*Plan gouvernemental de lutte contre la drogue du 21 septembre 1993*, DGLDT, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, 13 p.

*Plan de 42 mesures du 9 mai 1990*, DGLDT, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

*Programme « 31 mesures de lutte contre la toxicomanie »*, MILT, Mission de lutte contre la toxicomanie, 17 septembre 1985, 94 p.

*Programme de 25 actions*, MILT, Mission permanente de lutte contre la toxicomanie, 1983.



