

Communication

Épidémiologie de l'héroïnomanie

MOTS-CLÉS : OPIUM. HÉROÏNE. SURDOSE. LÉGISLATION SUR LES PRODUITS CHIMIQUES OU PHARMACEUTIQUES

Epidemiology of heroin addiction

KEY-WORDS : OPIUM. HEROIN. PRESCRIPTION DRUG MISUSE. LEGISLATION, DRUG

Jean-Pierre GOULLÉ^{*,**}, Michel GUERBET^{**}

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

RÉSUMÉ

La plupart du trafic d'héroïne vers l'Europe provient d'Afghanistan, pays qui cultive à grande échelle le pavot à opium. L'héroïne sous forme de diacétylmorphine base (héroïne brune) est obtenue par acétylation de la morphine contenue dans l'opium. L'héroïne blanche (sous forme de sel) est moins courante, elle vient historiquement de l'Asie du sud-est. L'Afghanistan produit environ 85% de l'héroïne mondiale. Le trafic d'héroïne vers l'Europe en provenance de ce pays par voie terrestre, emprunte principalement la route des Balkans. La drogue est vendue en France environ 35 euros le gramme. On dénombre 1,3 million d'usagers problématiques d'opiacés en Europe, dont 250.000 français. Le coût social annuel individuel estimé des drogues illicites est de 29.000 euros. En Europe, chaque année 6.200 décès par surdose de drogue sont recensés. Ils représentent 3,4% des décès chez les 15-39 ans, parmi lesquels les opioïdes sont responsables de 66% des surdoses mortelles. En France en 2013, les décès par surdose d'héroïne, de buprénorphine et de méthadone ont été respectivement de 57, 45 et 112. Les saisies d'héroïne réalisées dans le pays ainsi que la législation sur les drogues illicites sont également développées dans cet article.

SUMMARY

Most of the heroin trafficked to Europe originates in Afghanistan, where significant cultivation of opium poppies takes place. Heroin as diamorphine base (brown heroin) is obtained by acetylating morphine contained in opium. Less common is white heroin (a salt form), which historically came from South East Asia. Afghanistan produces about 85% of the world's heroin. Most of the heroin trafficked to Europe from Afghanistan came overland via what has become known as the Balkan route. The drug of abuse is sold in France around 35 Euros per gram. Among 1.3 million problem opioid users in Europe 250,000 are French. The estimated individual annual social cost of illicit drugs is 29,000 Euros. In Europe 6,200 deaths are reported every year by drug overdose, 3.4% of all deaths among 15–39 years old are drug overdoses. Opioids are responsible for 66 % of fatal overdoses. Fatal overdoses due to heroin, to buprenorphine and methadone were respectively 57, 45 and 112 in France during year 2013. Heroin seizures in France as well as legislation on illicit drugs are also being developed in this paper.

* Membre de l'Académie nationale de médecine. E-mail : jean-pierre.goulle@univ-rouen.fr

** Normandie Univ, UNIROUEN, UR ABTE EA 4651, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 22 boulevard Gambetta, 76183 Rouen CEDEX.

Tirés à part : Professeur Jean-Pierre GOULLÉ, même adresse

Article reçu le 13 avril 2016, accepté le 30 mai 2016

INTRODUCTION

Les opiacés constituent une grande famille de substances exerçant une activité pharmacologique comparable à celle de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle extrait du pavot. On distingue d'une part les opiacés naturels : l'opium, la morphine, la codéine ; d'autre part les opiacés d'origine semi-synthétique, car dérivés chimiquement de la morphine : l'héroïne, la codéthyline, la pholcodine. Enfin, il existe des opioïdes dont la structure chimique ne présente pas le noyau morphinane, mais qui exercent leurs actions pharmacologiques en stimulant les récepteurs opioïdes : ils sont soit semi-synthétiques car dérivés de la morphine de l'opium telles la buprénorphine et la naloxone ; soit synthétiques car non dérivés de la morphine comme la méthadone. La morphine et la codéine sont donc des substances provenant de l'opium recueilli au cours de la culture du pavot. La plante, *Papaver somniferum* est connue depuis au moins 9.000 ans et cultivée depuis environ 4.000 ans [1]. Elle appartient à la famille des papavéracées, comme le coquelicot de nos champs. C'est une plante annuelle herbacée à grande tige dressée de 0,5 à 1,5 m. Ses fleurs, magnifiques, sont le plus souvent pourpres avec un centre violet foncé typique (Figure 1). Le fruit obtenu est une capsule ronde et grosse qui contient de très nombreuses graines [1]. Lorsque la plante est à maturité, l'incision de la capsule laisse s'écouler un latex de couleur blanche : l'opium. Ce dernier s'oxyde rapidement en séchant à l'air pour donner un produit de couleur brune contenant plus de 40 alcaloïdes. Parmi ceux-ci, la morphine, la codéine et la thébaine sont d'un grand intérêt pharmaceutique. En fonction des variétés géographiques et des conditions de culture, les teneurs moyennes en morphine et en codéine de l'opium sont respectivement de l'ordre de 9-14% et de 0,5-2,5% [2].



Figure 1

La production d'opium

L'Afghanistan, à lui seul, produit environ 85% de l'héroïne mondiale. Depuis les années 1930, jamais la production mondiale d'opium n'a été aussi élevée [3]. L'enquête 2015 sur la production d'opium en Afghanistan, montre, pour la première fois depuis 2009, une diminution de la superficie totale estimée des cultures illicites de pavot à opium qui, en 2015, s'élevait à 183.000 ha, en baisse de 19% par rapport au niveau record de 2014 estimé à 224.000 ha [3]. Depuis le début des estimations remontant à 1994, cette superficie était encore en 2015 la quatrième la plus importante relevée après 2007, 2013 et 2014. Récemment, la production potentielle estimée d'opium a diminué de 48%, passant de 6.400 tonnes en 2014 à 3.300 tonnes en 2015, celle-ci étant principalement liée à une chute de 36% du rendement moyen de 28,7 kg par hectare en 2014 à 18,3 kg par hectare en 2015 (Tableau I). Cette baisse est attribuée à la sécheresse qui a sévi dans certaines régions [3]. Le reste du monde produit chaque année environ 1.100 tonnes d'opium.

Tableau I : Production d'opium en Afghanistan au cours des dernières années [3]

Production	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opium (tonnes)	3.600	5.800	3.700	5.500	6.400	3.300
Rendement (kg par ha)					28,7	18,3

La synthèse de l'héroïne, la nature de l'héroïne en circulation

Après avoir recueilli l'opium et laissé sécher le latex à l'air, la concrétion brune obtenue est additionnée d'eau, de chaux, puis de chlorure d'ammonium. Le précipité de morphine base qui se forme par chauffage après filtration et séchage est de couleur brun clair à foncé en raison de la présence de nombreuses impuretés. La morphine base est ensuite acétylée à 85°C par de l'anhydride acétique qui conduit à la formation de diacétylmorphine ou héroïne impure contenant également de la noscapine, de la papavérine, ainsi que d'autres alcaloïdes, mais aussi de la codéine acétylée qui s'est formée lors de cette dernière opération chimique [2]. Après adjonction de carbonate de sodium, il se forme un précipité d'héroïne base de couleur brune. A ce stade la drogue est essentiellement destinée à être fumée car elle est insoluble dans l'eau et ne peut être injectée. Pour obtenir un sel hydrosoluble injectable, elle nécessite l'adjonction d'un acide (acétique, ascorbique ou citrique). Son traitement par de l'acide chlorhydrique permet de transformer l'héroïne base en chlorhydrate d'héroïne hydrosoluble facilement injectable. En Afghanistan, la purification sommaire de la solution réalisée par du charbon actif n'élimine qu'une partie des impuretés responsables de sa couleur brune [2]. L'héroïne présente sur le marché européen qui provient essentiellement de ce pays, est donc le plus souvent de couleur beige à brun foncé. C'est sous cette forme d'héroïne base qu'elle est commercialisée à grande échelle, représentant plus de 90% de la drogue disponible à la vente. Pour purifier cette drogue, l'emploi de solvants est nécessaire au cours de plusieurs étapes successives faisant appel à l'acétone ou à l'alcool éthylique et à l'éther, en présence d'acide chlorhydrique, conduisant à une héroïne qui est une forme très pure de chlorhydrate d'héroïne hydrosoluble et dont la couleur est blanche [2]. Cette drogue est essentiellement produite en Asie du sud-est, et surtout destinée au marché américain. Une procédure mise en œuvre grâce au concours du Counter-Narcotics Police of Afghanistan montre qu'il est facile d'obtenir à partir de la morphine du chlorhydrate d'héroïne hydrosoluble, de couleur blanche à blanc cassé [4]. Son analyse révèle les teneurs suivantes : 74% de diacétylmorphine, 5,3% de monoacétylmorphine, 0,3% de morphine et 4,4% d'acétylcodéine. Un kilogramme de morphine permet de produire 700 grammes d'héroïne [2].

Les voies de circulation de l'héroïne, le marché, les prix

La France, en raison de sa situation au cœur de l'Europe occidentale, est une importante zone de transit pour les principales substances illicites dont l'héroïne afghane. Elle est aussi, comme beaucoup de pays développés où la population dispose d'un pouvoir d'achat élevé, une aire de consommation importante, qui en fait un marché stratégique pour les narcotrafiquants. L'héroïne consommée en France provient majoritairement d'Afghanistan. Elle transite essentiellement *via* la route historique des Balkans, route de l'ouest qui épouse le tracé mythique de la route de la soie. Elle traverse l'Iran, poursuit sa route au travers des Balkans par la Turquie, véritable plaque tournante du trafic, puis par la Grèce et l'Albanie [5,6]. Par les voies terrestres, maritimes ou aériennes, la Belgique et les Pays-Bas sont des centres de distribution à destination des autres pays de l'Europe de l'Ouest et de la Scandinavie [6]. Il existe aussi des importations d'héroïne blanche en provenance du « triangle d'or » : la Thaïlande, la Birmanie et le Laos, mais celles-ci sont marginales. Depuis quelques années, les circuits se sont diversifiés et une partie de l'héroïne afghane transite par

l'Afrique via une seconde route, celle du sud où le Nigéria par voie maritime joue le rôle de plaque tournante [6]. Elle passe entre autres par les ports de Lagos au Nigéria, mais aussi de Dakar au Sénégal, d'Abidjan en Côte d'Ivoire, pour rejoindre les côtes ouest de l'Europe (Espagne, France, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni) [6]. Elle traverse également l'Afrique par l'intérieur via le Niger, le Mali, le Tchad pour remonter vers le nord [5, 6]. Par ces deux routes, les Pays-Bas, devant la Belgique, constituent la plate-forme principale où les trafiquants français s'approvisionnent à des prix bas. Une troisième route, celle du nord en provenance d'Afghanistan, traverse l'Asie centrale, remonte vers la Russie et l'Ukraine et par ce circuit, une petite proportion d'héroïne pénètre l'Europe par l'est [6]. Le marché de l'héroïne est essentiellement contrôlé en France par des narcotrafiquants appartenant à des organisations criminelles turques et albanaises. Comme pour la cocaïne, le rôle des micro-réseaux d'usagers-revendeurs s'approvisionnant aux Pays-Bas et en Belgique, est important pour expliquer la disponibilité du produit dans notre pays [5]. En 2014, au prix de gros, le tarif médian du kilogramme d'héroïne s'élevait à environ 15.000 euros, soit 15 euros le gramme. En 2013-2014, s'agissant du marché de détail de l'héroïne, les données ethnographiques collectées par le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) font état de l'évolution des pratiques des dealers, qui tentent de pallier les problèmes posés par la paupérisation d'un ensemble sans cesse croissant d'usagers appartenant aux classes moyennes [5]. Elle se traduit par la présence sur le marché parallèle, de doses de plus en plus fractionnées, qu'il s'agisse d'héroïne ou d'autres drogues, pour être vendues à des prix plus accessibles, dans un contexte où le prix des principales substances illicites dont l'héroïne tend à augmenter, après des années de baisse [5]. L'importante production afghane des dernières années explique des prix bas sur le marché de détail ; celui-ci est d'environ 35 euros le gramme d'héroïne qui permet de réaliser 3 à 4 doses [5]. Un trafic intense en provenance des Pays-Bas et de Belgique, mais aussi d'Espagne, très actif dans les régions frontalières, fait état de prix au demi-gros extrêmement bas, de 7 à 15 euros le gramme d'héroïne contre 35 euros en moyenne sur le territoire français [7]. Deux dispositifs permettent de recueillir les prix de vente des produits illicites à l'unité :

- une enquête périodique de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS), à partir des données collectées dans 69 sites répartis sur le territoire de la France métropolitaine, qui relève les prix médians de demi-gros et de détail de l'héroïne ;
- le réseau TREND, sur la base de questionnaires qualitatifs remplis par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et les intervenants dans l'espace festif techno de chaque site du dispositif.

Le prix de détail moyen du gramme d'héroïne brune, la plus disponible en France, a fortement chuté au cours des années 2000. De 60 euros au début de la décennie, il est passé à 45 euros en 2007-2008 [8]. Selon l'OCRTIS, en 2014 comme en 2013, le prix médian du gramme d'héroïne brune est voisin de 35 euros et continue de baisser, moins 10% par rapport à 2010 (Tableau II) [5]. Quant à la pureté, l'étude SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) a montré une teneur moyenne en héroïne des échantillons divisée par deux, passant de 12% en novembre 2010 à 6% en décembre 2011 [9]. De plus, la pureté diminue régulièrement lorsque l'on s'éloigne des zones frontalières belges et hollandaises, la drogue étant coupée lors des transactions successives [8]. Les derniers échantillons d'héroïne brune saisis présentent une pureté de 15%, ce qui confirme l'augmentation constatée depuis 2012 [5]. Ce phénomène s'expliquerait par une plus grande disponibilité de la drogue.

Tableau II : Prix de détail d'un gramme d'héroïne (en euros) [5]

Année	TREND*			OCTRIS**		
	2000	2012	2013	2012	2013	2014
Prix (1 g)	59	43	47	35	35	35

* Baromètre semestriel des prix de l'héroïne (dispositif TREND, OFDT)

** Baromètre des prix relevés par l'OCRTIS

Dans les zones rurales françaises, deux sortes de réseaux coexistent, ceux d'« amateurs » et ceux de professionnels fonctionnant sur une logique d'enrichissement. Les premiers, s'approvisionnent auprès de semi-grossistes dans des pays de redistribution secondaire de l'héroïne en Europe : Pays-Bas, Belgique, Espagne. Là ils se fournissent à un prix beaucoup moins élevé (7 à 15 euros le gramme) que celui pratiqué au détail en France par les professionnels (35 euros le gramme). Ces derniers, grâce au bénéfice tiré de ce trafic, peuvent à la fois financer leur consommation personnelle et s'assurer un revenu important [7]. Ainsi, l'héroïne est de plus en plus disponible dans notre pays, comme dans d'autres, depuis la seconde partie de la décennie 2000, après avoir connu, pendant près de 10 ans, un effondrement relatif de son marché qui s'explique par la diffusion des traitements de substitution. Cette forte disponibilité repose notamment sur le développement des micro-réseaux d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent aux Pays-Bas, en Belgique, en Espagne, pays où la drogue est bien moins chère qu'en France [8]. Ce phénomène joue un rôle majeur dans la diffusion actuelle de l'héroïne sur tout le territoire, aussi bien dans les petites villes de province que dans les zones rurales [10]. En raison du nombre restreint de consommateurs, ce marché est relativement réduit. Cependant, il reste alimenté notamment par un trafic transfrontalier dynamique de « fourmis » [5]. Dans les périodes où la pureté de la drogue est faible, cela pousse des toxicomanes à se reporter vers des médicaments, Subutex® ou/et morphine [11].

5 Les voies d'administration

L'héroïne peut être : injectée par voie intraveineuse; sniffée/reniflée au moyen d'une paille; ou fumée, soit en inhalant la fumée d'une poudre qui se consume dans une feuille de papier d'aluminium, pratique désignée « chasser le dragon », soit en la fumant sous forme de « joint ». Parmi les usagers des CAARUD ayant consommé de l'héroïne dans le dernier mois, l'enquête 2012 a montré que 52% l'ont sniffée, 51% se la sont injectée et 32% l'ont inhalée [12]. Cette enquête a également révélé que si 46% consommaient la buprénorphine haut dosage (BHD) par voie orale, ils étaient 54% à l'injecter, 26% à la sniffer, mais seulement 5% à l'inhaler [12].

6 L'épidémiologie de la consommation d'héroïne et de sa prise en charge médicale vs les dépenses de santé

En 2014, le niveau d'expérimentation de l'héroïne, c'est à dire l'usage au moins une fois dans la vie, en population générale en France, pour l'ensemble des 18-64 ans, est faible (1,5% - 2,5% chez les hommes versus 0,6% chez les femmes), en légère hausse par rapport à 2010 (1,3%) [13]. Avec 0,2% des personnes interrogées, l'usage « actuel » apparaît très rare. Les jeunes adultes de 15-34 ans sont plus souvent consommateurs avec 0,3% d'usagers au cours de l'année. Le nombre estimé d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 11-75 ans serait passé de 500.000 en 2010 à 600.000 en 2014 [13, 14]. En 2014, 1,0% des jeunes de 17 ans a expérimenté l'héroïne, autant de filles que de garçons [14]. Chez ces jeunes, après une période d'évolution stable entre 2000 et 2005, le niveau d'usage de la drogue a augmenté jusqu'en 2008 et se trouve actuellement dans une phase de stabilité, notamment chez les garçons (1,0% en 2011) [14]. En France, en 2013, chez les 15-64 ans, l'estimation des usagers problématiques de drogues était comprise entre 201.000 et 400.000 individus, soit une prévalence voisine de 6,9% [15]. Cette évaluation est cohérente avec les données de la police

pour la même année (222.000 individus interpellés) et celles des données de traitement (299.000 patients traités). Ces usagers problématiques étaient en grande majorité des usagers d’opiacés, estimés entre 185.000 et 320.000, parmi lesquels se trouveraient de 80.000 à 124.000 consommateurs d’héroïne [15]. Ce chiffre est manifestement très inférieur à la réalité car selon l’assurance maladie, en 2014, 147.000 patients ont reçu un traitement de substitution aux opiacés (TSO) contre respectivement 160.000, 152.000 et 150.000 en 2013, 2012 et 2011 [16]. Il convient d’ajouter à ce nombre 20.000 patients qui ont eu une dispensation de méthadone en Centre de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2010, ce qui porterait en 2014 à 167.000 le nombre de sujets ayant reçu un TSO. Ces chiffres ne prennent pas en compte les détournements du fait de prescriptions et délivrances multiples. En 2014, 99.000 patients ont eu des prescriptions de BHD (Subutex® ou génériques), 49.000 de méthadone et 6.500 des prescriptions de BHD en association avec la naloxone (Suboxone®).. L’usage concomitant d’héroïne et d’un TSO au cours du mois est, selon les données, une pratique fréquente qui concerne deux tiers des patients [15]. Au plan national, il existe deux dispositifs permettant de prendre en charge les usagers de drogues illicites, d’une part le dispositif spécialisé de traitement des addictions au sein d’établissements médico-sociaux, les CSAPA et les CAARUD ; d’autre part le « dispositif généraliste » constitué par les établissements hospitaliers et les médecins généralistes. En 2010, on dénombrait 554 centres répartis entre 419 CSAPA et 135 CAARUD [17]. Environ 104.000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA ambulatoires en 2010 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage [16]. En matière de tendance, il convient de mentionner que parmi les personnes prises en charge pour la première fois de leur vie dans ce dispositif spécialisé de traitement des addictions, la part des usagers de cannabis tend à augmenter alors que celle des usagers d’opiacés est à la baisse. Cette population, dont l’âge moyen est voisin de 26 ans depuis 2007, comprend en 2014 près de 70% d’usagers de cannabis et un peu plus de 10% d’usagers d’opiacés [16].

En France, le coût social de l’usage des drogues a fait l’objet d’une réévaluation récente [18]. Il s’élève pour l’alcool, le tabac et l’ensemble des drogues illicites respectivement à 120,4 - 120,1 et 8,7 milliards d’euros. Pour chaque « consommateur à problème » il est respectivement de 32.000, 9.000 et 29.000 euros pour l’alcool, le tabac et les drogues illicites (Tableau III). L’estimation de ce coût a été multipliée par trois entre 2000 et 2010, en raison d’une part de l’amélioration de nos connaissances épidémiologiques concernant toutes les drogues et d’autre part des modifications des paramètres pris en compte pour les calculs. Le poids des drogues pour les finances publiques est élevé puisqu’il représente 1,1% du PIB. Contrairement à une idée reçue, les recettes issues de la taxation (3 milliards d’euros pour l’alcool et 10,3 milliards d’euros pour le tabac) sont largement inférieures au « coût des soins remboursés » qui sont près de trois fois plus élevés (8,5 milliards d’euros pour l’alcool et 25,9 milliards d’euros pour le tabac). Ainsi, la taxation sur les alcools ne représente que 37% du coût des soins des maladies engendrées par l’alcool tandis que les taxes sur le tabac sont également insuffisantes pour couvrir le coût des soins liés à ce dernier puisqu’elles ne représentent que 40% de ceux-ci. Finalement, chaque année, l’Etat doit payer pour l’alcool 4,9 milliards, soit 0,25% du PIB ; pour le tabac 14,8 milliards, soit 0,74% du PIB; pour l’ensemble des drogues illicites 2,3 milliards d’euros, soit 0,12% du PIB [18].

Tableau III : Coût social annuel des drogues en France [18].

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès en 2010	49051	78966	1605

Coût finances publiques	4,9 M€	14,8 M€	2,3 M€
Coût externe	114,5 M€	102,3 M€	5,9 M€
Coût bien être	5,9 M€	17,8 M€	2,8 M€
Coût social	120,4 M€	120,1 M€	8,7 M€
Coût social individuel	31700 €	9000 €	29000 €
M€ = milliards d'euros			

Les décès par surdose

En Europe, on dénombre chaque année 6.200 décès par surdose de drogue. Ils représentent 3,4% des décès chez les 15-39 ans, parmi lesquels les opioïdes sont responsables de 66% des surdoses mortelles [19]. En France, le dispositif DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), qui n'a pas vocation à être totalement exhaustif, renseigne de manière détaillée sur les substances impliquées dans les décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives [20] (Tableau IV). En 2013, parmi les opioïdes, seuls ou en association, la méthadone est mise en cause dans 39% des décès, l'héroïne avec 57 décès, soit un par semaine, dans 19% des cas et la buprénorphine dans 16% des issues fatales. Le cannabis est impliqué dans une part plus grande de décès que la cocaïne (11% versus 9%) (ANSM, 2015). Le signalement des décès par cannabis est de plus en plus important du fait d'une sensibilisation des experts à la toxicité cardiovasculaire du cannabis (infarctus, accident vasculaire cérébral) [20].

Tableau IV : Répartition des décès par surdose, directement provoqué selon l'opioïde impliqué, seul ou en association entre 2010 et 2013 [20].

	2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Héroïne	82	33	54	19	47	15	57	20
Buprénorphine	44	18	40	14	47	15	45	16
Méthadone	88	36	121	43	140	45	112	39

Les saisies, la législation, les interpellations et condamnations

La principale source d'information est constituée par les données des services répressifs de police, de gendarmerie et des douanes, centralisées annuellement par l'OCRTIS [5]. L'Office indique en particulier les quantités de drogues illicites saisies sur le territoire, ainsi que des éléments de connaissance sur la structuration des réseaux de trafics. En outre, le dispositif TREND apporte des renseignements qualitatifs sur les modes d'accès aux produits et sur le micro-traffic [5]. Les saisies d'héroïne qui diminuaient régulièrement depuis 2010 retrouvent en 2014 des valeurs élevées (+73,7% par rapport à 2013) (Tableau V). En effet, la période de relative pénurie que l'Europe occidentale a connu, en 2011 et 2012 du fait du démantèlement d'importantes structures de trafic, semble révolue [5].

Tableau V : Quantités d'héroïne saisies entre 2010 et 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013/2014
Héroïne saisie en kg	1087	883	701	570	990	+73,7%

Le cadre de la politique française de lutte contre les drogues illicites est fixé par la loi du 31 décembre 1970 (loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses) [5]. L'usage ou la possession de produits classés comme stupéfiants constitue un délit. Tout usage personnel est passible d'une peine d'emprisonnement d'un an maximum et d'une amende maximale de 3.750 euros (Code de la santé publique L.3421-1), même si la poursuite peut être levée ou la procédure simplifiée sous forme d'une amende pouvant aller jusqu'à 1.875 euros pour les cas mineurs. La loi aggrave les sanctions pénales applicables aux salariés dépositaires de l'autorité publique (ou chargés d'une mission de service public ou encore relevant de la défense nationale) pris en infraction d'usage de stupéfiants. Ils encourent une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende d'un montant de 75.000 euros. Les personnels des entreprises de transport public pris en infraction d'usage dans l'exercice de leurs fonctions encourent ces mêmes peines, auxquelles s'ajoutent des peines complémentaires d'interdiction professionnelle et l'obligation d'accomplir, le cas échéant à leurs frais, un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants [5]. L'usage ou la détention de drogue illicite est passible d'une peine d'emprisonnement maximale de 10 ans (offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration), assortie d'une amende pouvant atteindre 150.000 euros en présence d'une circonstance aggravante (offre ou cession à des mineurs de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci) (Code pénal, art. 227-18). La production ou la fabrication illicite de stupéfiants ainsi que leur importation ou leur exportation en bande organisée ne sont plus considérés comme des délits mais comme des crimes passibles de 20 ans de réclusion criminelle et de 7,5 millions d'euros d'amende (Code pénal, art.222-35 et 222-36). En cas de circonstance aggravante (direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants), la peine peut aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et atteindre 7,5 millions d'euros d'amende (Code pénal, art.222-34). La loi du 9 Mars 2004 (loi n°2004-204 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité) instaure une possible exemption de peine pour les « repentis » du trafic de drogue illicite. En effet, pour tout délit allant de l'offre à toutes les formes de trafic, une réduction des peines encourues est possible si, « ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, l'auteur a permis de faire cesser l'infraction et éventuellement d'identifier les autres coupables » [21]. La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007 (loi n°2007-297 relative à la prévention de la délinquance) diversifie les mesures pouvant être prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants. En cas d'usage simple, elle introduit une nouvelle sanction, l'avertissement, accompagné d'un stage de sensibilisation aux dangers de la consommation de produits stupéfiants, obligatoire et payant d'un montant maximum de 450 euros. Il est destiné à faire prendre conscience à l'utilisateur des dommages induits par la consommation de produits stupéfiants ainsi que des incidences sociales d'un tel comportement. Ce dispositif est également applicable aux mineurs de plus de 13 ans [21]. Les usagers dépendants sont quant à eux soumis à une mesure d'injonction thérapeutique les orientant vers un traitement. La loi du 15 août 2014 (loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales) apporte de nouvelles dispositions comme le recours à l'aménagement des peines, selon les circonstances de l'infraction, la personnalité l'auteur, sa situation matérielle, familiale et sociale [21]. Un décret d'application de cette loi, publié en octobre 2015, a instauré la transaction pénale pour les petits délits passibles d'un an d'emprisonnement maximum, parmi lesquels figure l'usage simple de stupéfiants. Après accord préalable du procureur, elle consiste au règlement immédiat d'une amende qui éteint l'action publique. En matière de sécurité routière, la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la

présence de stupéfiants (loi n°2003-87 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants). Les conducteurs encourent une peine de 2 ans d'emprisonnement et de 4.500 euros d'amende (Code de la route, art. L235-1, L 235-2, L 235-3). Ces sanctions peuvent être portées à 3 ans de prison et 9.000 euros d'amende, assorties d'une annulation du permis de conduire pour 3 ans, en cas de consommation simultanée d'alcool et de stupéfiants. La conduite après usage de stupéfiants constitue une circonstance aggravante en présence d'un accident mortel ou corporel. En cas d'homicide involontaire les peines peuvent être portées à 7 ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende, voire 10 ans d'emprisonnement et 150.000 euros d'amende avec deux circonstances aggravantes (Code pénal, art. 221-6-1). Ces sanctions sont majorées pour les personnels de transport public de voyageurs.

Durant les années 2000, le nombre de procédures pour usage simple de stupéfiants a été multiplié par deux entre 2000 et 2014, passant de 76.700 à 176.700 personnes mises en cause [21]. Depuis 2010, les statistiques nationales ne détaillent plus les interpellations par drogue. Sur les 140.000 enregistrées en 2010 pour usage de stupéfiants, 90% concernaient l'usage simple de cannabis, 5% celui d'héroïne et 3% celui de cocaïne. L'usage illicite était en cause dans 80% des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) [5]. En 2014, le nombre de personnes mises en cause pour usage est de 176.700, en légère progression (+3,7%) par rapport à 2013. En dehors de ces infractions pour usage (83% du total), les services de la police et de la gendarmerie ont poursuivi 32.500 personnes (27%) pour usage-revente et trafic-revente sans usage [5]. En 2013, 56.700 condamnations ont été prononcées pour ILS ; elles représentent 9% de l'ensemble des condamnations inscrites au casier judiciaire [22]. Elles concernent majoritairement l'usage illicite (59%), mais aussi, la détention et l'acquisition (23%), le commerce et le transport (12%), l'import-export (2%), l'offre et cession (4%). Des peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel ont été prononcées dans 27% des condamnations pour ILS [22]. En dehors des peines prononcées par les tribunaux, le casier judiciaire mentionne désormais une nouvelle procédure allégée, la composition pénale. Il s'agit d'un processus qui permet au procureur de la République de proposer, dans certaines conditions, à une personne qui reconnaît être l'auteur d'un délit, une mesure alternative à l'emprisonnement. Elle comporte soit une amende, soit une peine de substitution comme la suspension du permis de conduire ou un travail non rémunéré. En 2013, 10% des infractions en matière d'usage de stupéfiants ont été traitées par les procureurs dans le cadre de cette procédure. Près de 8.800 compositions pénales pour ILS ont été prononcées en 2013, dont la presque totalité (98%) pour usage illicite de stupéfiants. Parmi elles, 57% ont fait l'objet de peines de substitution et 43% d'amendes [21]. En matière de sécurité routière, il convient de mentionner que depuis 2003, la conduite après avoir fait usage de stupéfiants constitue un délit. Si ce délit ne représente que 3% de ceux inscrits au casier judiciaire et 8% des délits de la sécurité routière, il est en très forte augmentation puisqu'il a été multiplié par quatre entre 2007 et 2013 (5.200 en 2007, 11.200 en 2009 et 21.800 en 2013) [22]. A titre de comparaison, le contentieux relatif à l'alcool au volant représente 48% des délits de la sécurité routière et 21% de l'ensemble des délits. Au total, 137.400 délits pour conduite en état alcoolique ont été constatés en 2013 [5].

CONCLUSION

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 comprend un axe relatif à l'intensification de la lutte contre le trafic, avec les objectifs suivants [5] :

- Agir en amont des trafics, notamment en renforçant la coopération internationale et les capacités de contrôle, et en mutualisant les renseignements ;

- Adapter la réponse publique à l'échelle des trafics de stupéfiants impliquant des mineurs, des trafics au niveau local dans les « zones de sécurité prioritaires » et dans le milieu carcéral, des trafics à l'échelle internationale ;
 - Renforcer la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites et l'approche patrimoniale des enquêtes judiciaires ;
 - Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre.
- En avril 2016, pratiquement au terme de ce plan, dont il serait très intéressant de dresser le bilan, il semble que ces objectifs soient loin d'avoir été atteints.

RÉFÉRENCES

- [1] Pelt JM. Drogues et plantes magiques. Arthème Fayard Ed. 1983.
- [2] www.erowid.org/archive/rhodium/chemistry/heroinmfg.html (site consulté le 17 mars 2016).
- [3] Organe international de contrôle des stupéfiants. Rapport 2015. 2016, 140 pp.
- [4] Zerell U, Ahrens B, Gerz P. Documentation of a heroin manufacturing process in Afghanistan. Bulletin on Narcotics. 2005; LVII : 11-31.
- [5] Marché, criminalité. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies). 2015; 20 pp.
- [6] Perspectives on drugs. Opioid trafficking routes from Asia to Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2015; 7 pp.
- [7] Gandilhon M, Cadet-Taïrou A. Les usages de drogues en espace rural. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tendances N°104. 2015; 4 pp.
- [8] Héroïne et autres opiacés. Synthèse des connaissances. Observatoire français des drogues et toxicomanies. 2015; 11 pp.
- [9] Lahaie E. Héroïne : compositions, prix, connaissance des usagers, à partir des résultats de l'enquête nationale SINTES (système d'identification national de toxiques et stupéfiants). Observatoire français des drogues et toxicomanies. 2014; 55 pp.
- [10] Cadet-Taïrou A, Dambélé S. Héroïne et autres opiacés. *In* : drogues et addictions, données essentielles. Observatoire français des drogues et toxicomanies. 2013; p. 242-250.
- [11] Cadet-Taïrou, A, Gandilhon, M. L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013). Observatoire français des drogues et toxicomanies à destination de l'Agence nationale de sécurité du médicament. 2014; 17 pp.
- [12] Cadet-Taïrou A, Saïd S, Martinez M. Profil et pratiques des usagers de CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) en 2012. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tendances N°98. 2015; 8 pp.
- [13] Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tendances N°99. 2015; 8 pp.
- [14] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) 2014. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Tendances N°100. 2015; 8 pp.

- [15] Usage des substances. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies). 2015; 32 pp.
- [16] Prise en charge et offre de soins. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies). 2015; 30 pp.
- [17] Hesse C, Duhamel G. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. 2014; 86 pp.
- [18] Kopp P. Le coût social des drogues en France. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. 2015; 10 pp.
- [19] Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. 2015; 86 pp.
- [20] Conséquences sanitaires. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies). 2015; 26 pp.
- [21] Cadre légal. Rapport national 2015 à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies par le point focal français du réseau REITOX (réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies). 2015; 12 pp.
- [22] Timbart O, Busch F. Les condamnations. Année 2013. Ministère de la Justice, Paris. 2014; 258 pp.