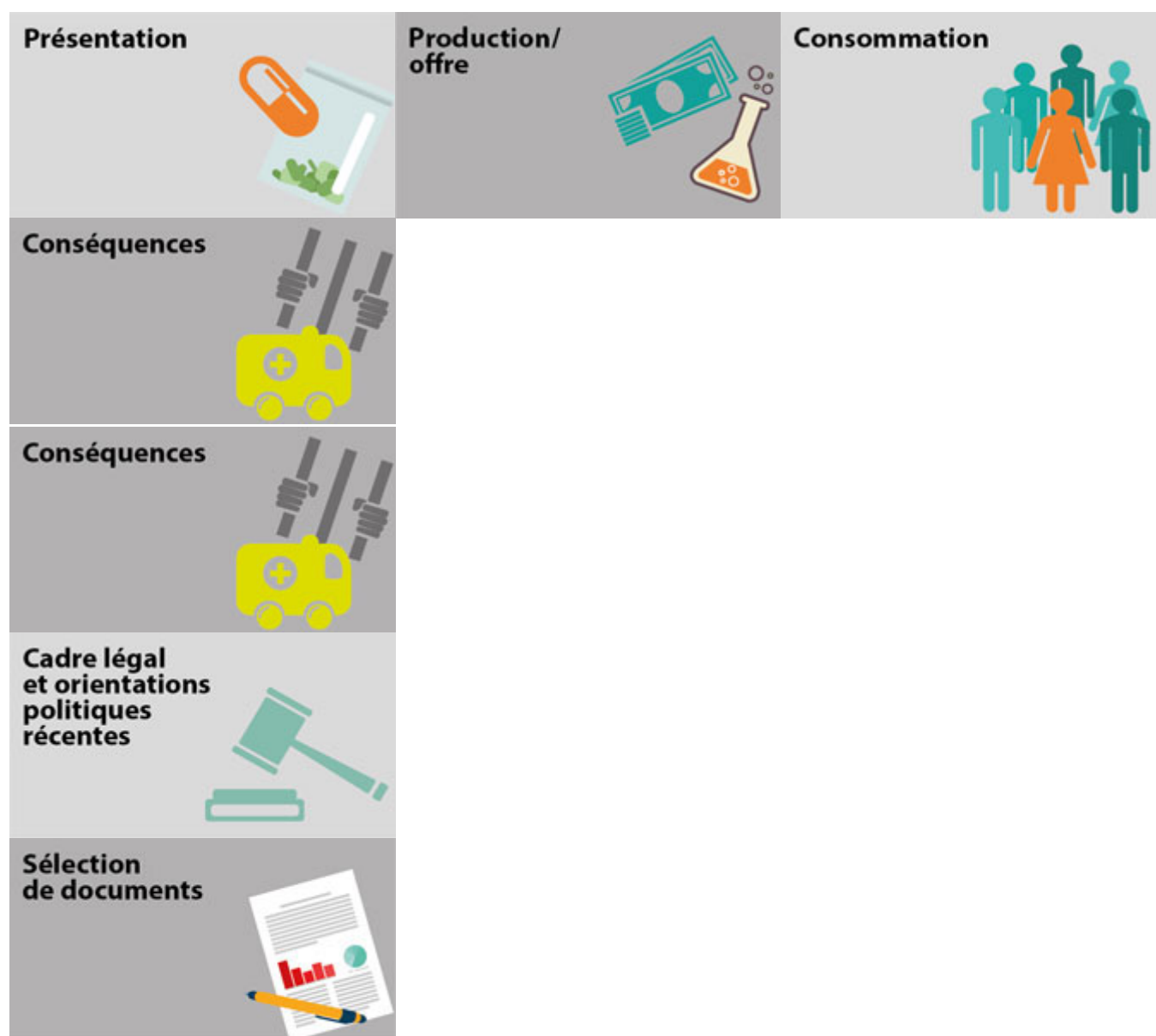




- [L'OFDT](#)
- [Actualités et presse](#)
- [Produits et addictions](#)
- [Populations et contextes](#)
- [Régions et territoires](#)
- [Europe et international](#)

Synthèse thématique : héroïne et autres opioïdes





Présentation

[!\[\]\(339a16584d5da0f0a3ca4e9ec17bf6a1_img.jpg\) *haut du document*](#)

Les opioïdes constituent une famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot. Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone et la buprénorphine haut dosage sont, entre autres, des opioïdes. Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

L'héroïne se présente sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique) et peut être injectée en intraveineuse, sniffée ou fumée en « chassant le dragon ». Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

La pratique de l'injection peut être à l'origine d'infections locales (abcès). La mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose en outre à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida ou de l'hépatite C.



Production / offre

[!\[\]\(6a9b39b98eb945faa14c645ec99e4eaa_img.jpg\) *haut du document*](#)

Saisies

En 2017, les saisies d'héroïne sont en forte diminution par rapport à 2016, marquée il est vrai par une saisie exceptionnelle de 260 kg en provenance de Turquie : elles passent de plus d'une tonne à 658 kg [1].

L'héroïne consommée en France provient majoritairement d'Afghanistan (héroïne brune) et transite via la route des Balkans (Turquie, Grèce, Albanie).

Le nombre de saisies inférieures à 5 grammes, indicateur de la vigueur du trafic de proximité, atteint un niveau très élevé au regard des vingt dernières années (3 147 en 2016 contre 1 605 en 2003), surtout si l'on considère que ces données, de nouveau disponibles, n'intègrent pas, contrairement à celles précédant 2008, les saisies réalisées par la gendarmerie [2].

Prix et pureté

D'après l'OCRTIS, en 2016, le prix médian du gramme d'héroïne brune tourne autour de 35 €. En 2017, les données du dispositif TREND de l'OFDT font état d'un prix moyen autour de 40 €.

En 2017, les échantillons saisis par la police dans la rue (< 10 g) présentent un taux de pureté moyen de 14 % d'après l'Institut national de police scientifique (INPS) et ceux collectés dans le cadre du dispositif SINTES de l'OFDT (n=49) de 16 %.

Observations locales

Héroïne

La vigueur du marché de l'héroïne en France est fortement déterminée par la proximité des Pays-Bas et de la Belgique, qui sont en Europe occidentale deux grands pays de stockage de l'héroïne en provenance de la route des Balkans. Il est de ce fait fortement régionalisé avec une large disponibilité du produit dans le nord-nord-est de la France et une moindre présence dans le sud. Les mutations les plus spectaculaires en termes d'offre d'héroïne proviennent de la région lyonnaise avec l'émergence depuis trois à quatre ans de nouveaux acteurs, les filières albanophones. Ainsi, selon le site de Lyon, près de 90 % de l'héroïne distribuée dans la région serait distribuée par ces réseaux présents dans la revente de rue dans un grand nombre de villes telles que Annemasse, Annecy, Villeurbanne, etc. L'héroïne est vendue une centaine d'euros par dose de 5 grammes [2].

Opiïdes médicamenteux

Depuis l'introduction des traitements de substitution en France il y a plus de 20 ans, des usages non thérapeutiques de buprénorphine haut dosage (BHD), de méthadone mais également de sulfates de morphine se sont développés. Ce processus a été accentué par la pénurie d'héroïne observée au début des années 2010, notamment dans le sud de la France où sa raréfaction a correspondu à une hausse des détournements de médicaments opioïdes [3].

On observe en parallèle un recul du détournement de Skenan® (sulfate de morphine) consécutif aux pressions de l'Assurance-maladie sur les prescripteurs dans un contexte où le Subutex® tend également à être moins présent sur le marché parallèle. Ces deux produits concernent surtout des publics précaires.

Le prix moyen du comprimé de 8 mg de BHD, dans sa forme commercialisée sous l'appellation Subutex®, la seule ou presque disponible sur le marché parallèle des grands centres urbains, est de 4 € selon les sites TREND en 2016, prix stable depuis 2013. Celui du comprimé de sulfate de morphine s'établit depuis 2014 à 10 € [2].



Consommation

 [haut du document](#)

Un usage rare en population adolescente et générale

En 2017, 0,7 % des jeunes âgés de 17 ans a expérimenté l'héroïne (0,6 % chez les filles et à 0,7 % chez les garçons) [4]. Après une période d'évolution stable entre 2000 et 2005, le niveau d'usage de l'héroïne a augmenté jusqu'en 2008 et se trouve actuellement dans une phase de lente décrue, notamment chez les garçons (1,0% en 2014).

Le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) de l'héroïne en population générale en France est faible, à 1,5 % (légère hausse par rapport à 2010 : 1,3%) parmi les 18-64 ans (2,5 % parmi les hommes vs 0,6 % parmi les femmes) et l'usage actuel apparaît très rare (0,2 % des personnes interrogées). Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 11-75 ans est estimé à 600 000 personnes [5].

Une diversification des consommations chez les usagers de drogues

Les opioïdes occupent une place importante dans les consommations des usagers actifs de drogues : en 2015, 74 % de ceux accueillis dans les CAARUD ont consommé au moins un opioïde au cours du mois. Cependant, contrairement à la situation des années 1980, ce type de substances et notamment l'héroïne ne constituent plus l'essentiel des produits consommés, mais s'intègrent à la palette de ceux alimentant le polyusage. Ainsi, parmi les 30 % d'usagers des CAARUD qui consomment de l'héroïne au cours d'un mois donné, seul un sur cinq en prend quotidiennement.

L'usage de méthadone (thérapeutique ou non) continue de progresser au sein de cette population, au détriment de la buprénorphine haut dosage (BHD). Ceci s'explique en partie par le fait que cette molécule est davantage prescrite dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) [6]. La BHD reste l'opioïde le plus consommé durant le mois précédant l'enquête (32 %) mais la prévalence d'usage récent est en baisse par rapport à 2008 (40 %) et la méthadone concerne quasiment autant d'usagers (31 %). Son utilisation est quotidienne dans quatre cas sur cinq (80,5 %). Les consommations de sulfate de morphine augmentent également entre 2008 et 2015, passant de 15 % à 17 % [7].

Des alternatives à l'injection chez les nouveaux usagers

Le mode d'administration majoritaire de l'héroïne pour les usagers vus dans les structures de réduction des risques reste l'injection. En 2015, l'injection d'héroïne concerne autant d'usagers qu'en 2012, alors qu'elle régressait depuis 2008 au profit de la voie sniffée et de l'inhalation à chaud (« chasse au dragon »). Ces deux modes d'administration sont moins utilisés en 2015 (respectivement 45 % et 28 % des usagers récents d'héroïne, contre 52 % et 32 % en 2012). L'héroïne est davantage consommée par les moins de 35 ans, qui sont aussi plus nombreux à le faire par inhalation (33 %). Cette particularité résulte probablement à la fois d'une mauvaise image de l'injection (associée au « junkie » chez les jeunes générations), du passage par l'espace festif alternatif (où ce mode de consommation est fréquent) d'une part de ces jeunes usagers, mais aussi des stratégies de réduction des risques prônées par les associations depuis plusieurs années de recourir à cette voie d'administration plutôt qu'à l'injection. Celles-ci trouveraient un certain écho, singulièrement auprès des plus jeunes [8].



Conséquences

[↑ haut du document](#)

Approche clinique : les effets de la consommation d'héroïne ou d'autres opioïdes

La consommation d'héroïne se traduit dans un délai très court par des sensations d'apaisement, d'euphorie et d'extase. Elle provoque ensuite une sensation de somnolence, parfois des nausées, des vertiges et un ralentissement cardiaque.

Avec la répétition des consommations, la tolérance au produit s'installe : le plaisir apporté par une dose devient de moins en moins important, l'absence de consommation provoque un état de manque de plus en plus intense. Le consommateur cherche alors à augmenter la fréquence et les doses pour combler cet état de manque et retrouver les sensations ressenties lors des premières prises.

L'absorption d'une dose trop importante d'héroïne ou d'autres opioïdes (surdose) provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. Le risque est encore accru lorsque la consommation de cette substance est associée à la prise d'alcool ou de benzodiazépines.

La consommation par voie injectable expose à des abcès et à des risques de contamination par le VIH, VHC et VHB.

Les opioïdes très souvent en cause dans les prises en charge...

En 2014, environ 65 000 personnes ont été prises en charge dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en raison de leur consommation d'opiacés. Ce chiffre comprend les personnes vues dans les CSAPA qui suivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO) ou qui citent un opiacé comme produit consommé le plus dommageable. Une part importante de ces personnes sont polyconsommatrices. On note par ailleurs un accroissement des cas de dépendance survenus à la suite de traitements antalgiques (par exemple codéinés ou tramadol).

Les personnes consommant des opiacés peuvent également être prises en charge à l'hôpital et/ou en médecine de ville. En 2016, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré un peu plus de 7 500 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue autre que l'alcool (principalement des opiacés) et près de 2 200 séjours de personnes prises en charge en raison de leur usage d'opiacés [9].

Les médecins de ville voient également un grand nombre d'usagers de ces substances illicites, notamment ceux, au nombre de 160 000, à qui ils prescrivent un traitement de substitution aux opiacés. Environ 180 000 personnes ont reçu un TSO en 2015. Parmi elles, 172 000 ont été

remboursées de médicaments de substitution délivrés en ville [6].

... et très majoritaires dans les décès liés à l'usage de drogues

Entre 2010 à 2016, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO : méthadone et BHD) sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses (46 % en 2016) devant l'héroïne (26 %). Les nombres de décès liés à ces deux substances varient de façon opposée. Ainsi, lorsque l'implication de l'héroïne diminue, celle des MSO augmente. La hausse de la part des décès liés à l'héroïne entre 2012 à 2015 (respectivement 15 % et 30 % des décès) est à considérer en parallèle avec l'augmentation de la teneur moyenne mesurée dans les échantillons d'héroïne saisis [10].



Perceptions/opinions

 [haut du document](#)

Perception en population générale

Fin 2012, 9 Français sur 10 âgés de 15 à 75 ans considèrent que l'héroïne est une drogue dangereuse, et ce dès son expérimentation, juste devant la cocaïne mais bien au dessus du cannabis, du tabac et de l'alcool. La proportion de personnes partageant cette opinion n'a pas sensiblement varié depuis 1999 [11]. À l'instar des autres produits (notamment licites), les opinions concernant l'héroïne et ses usagers se sont durcies ces dernières années. Ainsi, 87 % des Français estiment que les usagers d'héroïne sont dangereux pour leur entourage, et seuls 19 % pensent qu'ils souffrent d'une maladie, refusant de les exonérer de leur part de responsabilité [11].

Concernant la réduction des risques, encore très associée aux consommations d'héroïne, plus de 8 Français sur 10 (83 %) sont favorables à l'information des usagers sur la façon la moins dangereuse de consommer les produits psychoactifs. Ce niveau, plus élevé qu'en 2008 (72 %), est identique à celui de 2002 (81 %). Dans le même temps, une majorité de Français se montre favorable à l'idée de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (aussi nommées « salles de shoot ») en France. En effet, ils ont été 58 % à répondre positivement à la question : « Certains proposent de mettre des locaux et du matériel propre à disposition des consommateurs d'héroïne pour qu'ils puissent s'injecter hors de l'espace public, pour prévenir les risques d'overdose et limiter la propagation du sida. Êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord avec cette proposition ? ». Cette interrogation était antérieure à l'annonce par le gouvernement au début du mois de février 2013 de l'accord pour l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Paris.

Perception par les usagers

Héroïne

La perception de l'héroïne par les usagers de drogues semble de plus en plus positive à mesure que l'on s'éloigne de la figure archétypale du toxicomane injecteur des années 1980. Depuis le début des années 2000, à côté de la population « traditionnelle » usagère d'opioïdes (anciens héroïnomanes, jeunes en errance, hommes migrants des pays d'Europe de l'Est), des consommateurs récréatifs

d'héroïne émergent.

Cette « conquête » de nouveaux usagers est largement favorisée par l'amélioration et la dédramatisation de l'image de l'héroïne parmi ces derniers. La diffusion de modes d'administration alternatifs (sniff et inhalation) amoindrisse la crainte des risques et des dangers majeurs marquant l'image de l'héroïne dans les années 1980 (surdoses, sida, dépendance). Ces nouveaux usagers ont une meilleure perception du produit et associent, à tort, le risque de surdose exclusivement à l'injection. La disponibilité des traitements de substitution fait en outre figure, pour certains, de filet de sécurité [12].

Buprénorphine haut-dosage (Subutex® et génériques)

Compte tenu de la dépendance qu'elle engendre et des conséquences de son injection, l'image de la BHD est mauvaise parmi les usagers de drogues rencontrés par le dispositif TREND. Celle-ci a perdu au fil du temps son statut de médicament pour acquérir celui de drogue de rue.

Parmi les patients sous TSO aussi, la perception oscille entre médicament et drogue, bien plus que pour la méthadone, dont le mode de dispensation est plus contrôlé, qui est rarement injectée et qui jouit d'une image thérapeutique plus affirmée [13].



Cadre légal et orientations publiques récentes

[↑ haut du document](#)

L'héroïne est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit. En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en produire, en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi, passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelle que soit la quantité de produit incriminée.

La loi du 31 décembre 1970, qui réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, a été fortement inspirée par la situation sanitaire des héroïnomanes : elle prévoit des alternatives sanitaires aux poursuites pénales, notamment l'injonction thérapeutique, que le juge peut ordonner à un usager reconnu dépendant plutôt que d'engager des poursuites à son encontre.

À l'instar des autres drogues illicites, le trafic d'héroïne fait l'objet d'une pénalisation sévère qui s'est durcie depuis la fin des années 80 : les peines encourues peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros pour les formes les plus constituées de trafic organisé.

Les traitements de substitution : une des options thérapeutiques et de soutien offerte aux personnes dépendantes aux opioïdes

Les grandes orientations stratégiques de la politique publique poursuivie concernant les usages et trafics d'héroïne et autres opioïdes figurent dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 [14].

Ce plan prône un approche exhaustive et globale envers l'ensemble des addictions, c'est-à-dire les

usages liés aux substances psychoactives, licites ou illicites (stupéfiants, alcool, tabac, médicaments et nouveaux produits de synthèse) et aux autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, dopage). Il repose sur trois grandes priorités :

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

Orientations publiques récentes

S'agissant des options thérapeutiques et de soutien proposées aux personnes dépendantes des opioïdes, le plan gouvernemental 2013-2017 prévoit d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et de développer leur accessibilité notamment en généralisant l'application de la recommandation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) relative à la dispensation quotidienne des médicaments de substitution aux opiacés en pharmacie pour les patients suivis en ville.

Concernant la mise en place d'un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses d'opioïdes) en France, une spécialité de naloxone par voie nasale, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché depuis juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018. Les usagers prioritaires sont les personnes détenues à leur sortie de prison ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opiacés.

Parmi les objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 26 janvier 2016 deux dispositions majeures dans le champ des addictions sont à signaler : l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour une durée maximale de six ans et l'extension de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) aux personnels de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée.



Sélection de documents

 [haut du document](#)

[1] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), données non publiées

[2] Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T., Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017)

[Tendances, n° 121, 2017, 8 p.](#)

[3] Rapport national à l'EMCDDA 2017 - [Workbook 2 : Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques](#)

[4] Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017

[Tendances, n° 123, 2018, 8 p.](#)

[5] Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en

France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014

[Tendances, n° 99, 2015, 8 p.](#)

[6] Brisacier A.C., Tableau de bord TSO 2017

[Saint-Denis, OFDT, 2017](#)

[7] Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S., Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015

[Tendances n° 120, 2017, 6 p.](#)

[8] Cadet-Taïrou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S., Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015 - Résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2015, à paraître.

[9] Drogues, chiffres clés - édition 2017

[Saint-Denis, OFDT, 2017, 8 p.](#)

[10] CEIP-A de Grenoble, Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS), principaux résultats enquête DRAMES 2016,

[Saint-Denis, ANSM, 2017](#)

[11] Tovar M.L., Le Nézet O. et Bastianic T., Perceptions et opinions des Français sur les drogues

[Tendances, n°88, 2013, 6 p.](#)

[12] Cadet-Taïrou A. et Dambélé S., « Héroïne et autres opiacés » dans OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*

[Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 242-250.](#)

[13] Langlois E., *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ?*

[Saint-Denis, OFDT, 2011, 150 p.](#)

[14] MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

[Paris, La documentation française, 2014, 121 p. \(Rapports officiels\)](#)



Repères législatifs et réglementaires

[haut du document](#)

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

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

- Loi n°87-1157 du **31 décembre 1987** relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JORF du 5 janvier 1988 ; NOR JUSX8700015L

- Circulaire DGS/DH n°96-239 du **3 avril 1996** relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996, BO Affaires Sociales n°96/16 du 25 mai 1996 ; NOR

TASP9630145C

- Circulaire DACG-DAP-DPJJ du **17 juin 1999** relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, BO Justice n°74 du 1er avril au 30 juin 1999 ; NOR JUSA9900148C

- Loi n°99-505 du **18 juin 1999** portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, JORF du 19 juin 1999 ; NOR EQUX9800010L

- Arrêté du **13 avril 2001** modifiant l'arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie, JORF du 10 mai 2001 ; NOR MESP0121432A

- Décret n°2001-751 du **27 août 2001** relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du code de la route et modifiant le code de la route, JORF du 28 août 2001 ; NOR EQUS0100214D

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

- Loi n°2003-87 du **3 février 2003** relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, JORF du 4 février 2003 ; NOR JUSX0205970L

- Circulaire CRIM 05/1/G4 du **8 avril 2005** relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances ; NOR JUSD0530061C

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n° 22 du 27 janvier 2016 ; NOR AFSX1418355L

Dernière mise à jour : octobre 2018