

Drogues et addictions, *données essentielles*



Drogues et addictions, *données essentielles*



Contributions

Drogues et addictions, données essentielles est un ouvrage collectif de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Sous la direction de Julien Morel d'Arleux

Responsable du projet : Julie-Émilie Adès

Comité éditorial : Julie-Émilie Adès, Éric Janssen, Julien Morel d'Arleux, Carine Mutatayi, Thomas Néfau, Ivana Obradovic, Christophe Palle

Auteurs : Anne-Claire Brisacier, Alex Brissot, Agnès Cadet-Taïrou, Sandra Chyderiotis, Cristina Díaz Gómez, Michel Gandilhon, Clément Gérôme, Éric Janssen, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Magali Martinez, Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux, Carine Mutatayi, Thomas Néfau, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Antoine Philippon, Caroline Protais, Jalpa Shah, Stanislas Spilka

Bibliographie : Isabelle Michot

Textes législatifs et chronologie : Anne de l'Éprevier

Conception graphique : Frédérique Million

Remerciements aux membres du collège scientifique de l'OFDT pour leurs conseils et leur relecture :

Bruno Falissard (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations - Institut national de la santé et de la recherche médicale), Nicolas Authier (CHU et faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Commission nationale des stupéfiants, ANSM), Christian Ben Lakhdar (Université de Lille), Valérie Carrasco (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des Solidarités et de la Santé), Karine Gallopel-Morvan (École des hautes études en santé publique), Virginie Gautron (Université de Nantes, Laboratoire droit et changement social), Isabelle Giraudon (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), Emmanuelle Godeau (École des hautes études en santé publique), Marie Jauffret-Roustide (INSERM-CERMES 3), Catherine Lamoureux (Laboratoire d'Île-de-France du Service commun des laboratoires, Direction générale des douanes et droits indirects, Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes), Michel Mallaret (Centre régional de pharmacovigilance, Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-

addictovigilance, Grenoble), Aurélie Mayet (Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Marseille), Ombeline Mahuzier (Direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice), Viêt Nguyen-Thanh (Santé publique France), Mathieu Noël (division des études, de l'analyse stratégique et des relations internationales à l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, ministère de l'Intérieur), Olivier Roussel (Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale), Isabelle Varescon (Université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité), David Weinberger (Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice), Frank Zobel (Addiction Suisse)

Ainsi qu'à :

Adeline Bertsch-Merveilleux (Direction générale de l'offre des soins), Marie-Caroline Clément (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), Catherine Hill (Institut Gustave-Roussy), Guillaume Pavic (Liberté Couleurs, TREND SINTES Rennes), Nina Tissot (Oppelia, Ruptures, TREND SINTES Lyon) et l'ensemble des coordinateurs des sites TREND.

L'OFDT remercie également le bureau des dispositifs statistiques, des études et de la diffusion du ministère de la Justice ainsi que le service statistique ministériel de la sécurité intérieure du ministère de l'Intérieur.

Guide de lecture

Les données fournies dans *Drogues et addictions, données essentielles* sont toujours les plus récentes, mais il peut arriver que les chiffres disponibles remontent à plusieurs années.

Les pourcentages mentionnés dans l'ouvrage ont été arrondis pour tous les chiffres supérieurs à 10 %. Compte tenu de ces arrondis, la somme des pourcentages peut parfois être légèrement différente de 100 %.

Les chapitres peuvent être lus indépendamment les uns des autres. Un système de renvois signale au lecteur les compléments d'information qu'il peut trouver dans d'autres sections de l'ouvrage et les références bibliographiques. Ces sources bibliographiques, la liste des sigles utilisés et une courte chronologie des événements récents sont rassemblées à la fin du rapport, dans une annexe. Les repères législatifs sont, le cas échéant, signalés en fin de chapitre. Par ailleurs, le lecteur pourra retrouver en ligne une chronologie plus complète des cinq dernières années et des repères méthodologiques.

Avant-propos

Les conduites addictives interrogent des notions aussi diverses que la dangerosité des comportements et le risque acceptable par chacun, la liberté individuelle et les impacts causés par les usages de tiers, leur coût pour la société et la responsabilité des pouvoirs publics. Les opinions, représentations et questionnements sont ainsi nombreux et variés. Ils sont aussi soumis à l'influence d'intérêts économiques qui ne ménagent pas leurs efforts pour vendre plus de tabac, d'alcool ou de cannabis (comme on l'observe dans les États qui ont légalisé l'usage récréatif ou médical de ce produit).

Chaque histoire est singulière, chaque trajectoire est particulière et doit faire l'objet d'une attention individualisée de la part des professionnels pour réduire les comportements à risque et les problèmes qu'ils engendrent. Pour les pouvoirs publics, l'approche est nécessairement populationnelle et seules l'objectivité scientifique et l'observation rigoureuse des phénomènes, de leurs déterminants ou de leurs conséquences permettent de nourrir utilement les débats et de proposer des avancées sur ces sujets de société, à distance des excès des représentations ou des opinions : dans ce domaine, il s'agit de mieux connaître pour mieux agir.

Les données, solides et indépendantes, permettent aussi de suivre et de réorienter l'action publique lors des processus d'évaluation : retenir et diffuser ce qui fonctionne et abandonner ce qui ne marche pas.

Le Plan national de mobilisation contre les addictions, rendu public en janvier 2019, a été élaboré en s'appuyant sur les connaissances les plus récentes, tant pour la définition des objectifs que pour la proposition des stratégies d'action. L'approche de ce plan quinquennal (2018-2022) est résolument interministérielle, à l'image du processus d'élaboration de ce document stratégique, en lien avec les administrations concernées et les partenaires des champs médico-social, hospitalier, éducatif, etc.

Le premier objectif du plan est de dire la vérité et de susciter un élan devant les constats qu'il propose. Nous avons ainsi fait l'effort de rassembler, dans un discours public cohérent, les résultats de plusieurs disciplines : clinique, neurosciences, épidémiologie, santé publique, sociologie... Pour préparer les décisions de demain, le plan répertorie les besoins de nouvelles connaissances, la convergence renforcée entre chercheurs et décideurs et l'intégration de résultats des recherches en sciences de l'éducation ou du comportement et de l'économie.

Dans cette perspective de construction d'une politique intégrée des addictions arrimée à l'état des savoirs, *Drogues et addictions, données essentielles 2019*, vient opportunément détailler les connaissances disponibles et permet de partager les données essentielles à la conduite de l'action publique, comme à l'actualisation des pratiques professionnelles de tous ceux qui sont aujourd'hui mobilisés. Il met aussi en regard les politiques publiques proposées. Dans ce sens, *Drogues et addictions, données essentielles* constitue un outil de soutien à la réflexion sur les politiques efficaces, dans la continuité du rôle majeur joué par l'OFDT depuis 1993, en toute indépendance et en lien avec son collègue scientifique.

Pour cette 7^e édition, l'OFDT s'est attaché à produire un ouvrage de référence dans un format plus accessible, afin de faciliter son appropriation par tous : décideurs, professionnels et citoyens. Il met l'accent sur les évolutions les plus récentes de ce paysage complexe, incessamment en mouvement. Il intervient dans un contexte international et économique en pleine mutation, marqué par de nouvelles régulations concernant l'offre de cannabis et l'appétit des investisseurs pour ce nouvel « or vert », la crise des opioïdes du continent nord-américain, la disponibilité grandissante de la cocaïne, l'offre de nouveaux produits et l'essor de la vente sur le Net. Il apporte aussi un éclairage sur la question des consommations d'alcool, afin que la demande sociétale pour une meilleure prise en compte des dommages liés à sa consommation puisse s'exprimer.

Les conduites addictives constituent un défi majeur et permanent pour notre société, qu'il nous faut aborder sans dramatisation, sans stigmatisation pour les consommateurs, mais sans banalisation. Une meilleure appréhension de ce phénomène, fondée sur les données probantes, est essentielle. J'invite tous ceux qui veulent jouer un rôle pour mieux répondre à ce défi à lire *Drogues et addictions, données essentielles* pour enrichir leur réflexion et améliorer la qualité de leur action.

Nicolas Prisse

Président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Préface

La consommation de substances psychoactives addictogènes est une donnée quasi universelle chez les humains. Regardez autour de vous un matin : qui n'a pas pris sa tasse de café ou de thé ? La caféine est une substance psychoactive, c'est une évidence. Peut-elle entraîner une authentique addiction ? C'est en tout cas ce que laisse penser la classification américaine des troubles mentaux, le DSM, qui inclut depuis peu un « syndrome de sevrage à la caféine ». Le « trouble lié à l'usage de caféine » a même fait une timide apparition.

Rassurez-vous, le café n'a pas vraiment d'effet délétère sur la santé. C'est d'ailleurs une exception : la plupart des substances addictogènes sont malheureusement toxiques. Mais, alors, pourquoi en consomme-t-on ? L'initiation serait une coutume inepte et l'usage chronique une simple conséquence de la dépendance pharmacologique ? Pas si simple...

Les déterminants des conduites addictives sont à étudier sous une multitude de facettes.

■ À l'échelle du neurone, il est impressionnant de voir comment l'équilibre subtil de notre chimie cérébrale peut être perturbé de façon massive et parfois irréversible par la présence de substances étrangères.

■ À l'échelle du sujet, bien sûr. Le vide qui habite chaque être humain appelle parfois à la rescousse un palliatif pharmacologique. Comme le chantait le poète Jacques Higelin, l'alcool « *soigne et guérit, la folie qui m'accompagne, et jamais ne m'a trahi* ». L'alcool peut effectivement adoucir une détresse intolérable. Il y a malheureusement un prix à payer : à terme, l'alcool peut rendre authentiquement fou. Sans parler, bien sûr, de l'effet sur de multiples organes avec les dizaines de milliers de morts que cela entraîne chaque année en France. Plus généralement, nous sommes souvent fascinés par cette question de la dépendance car elle met au défi notre capacité à être libre. Nous avons tous vu et même peut-être expérimenté l'impossibilité de refuser une cigarette. Nous confronter à une substance addictive, c'est aussi voir jusqu'où nous pouvons dire « oui » ou « non ». Cela n'est pas une mince affaire.

■ À l'échelle de la société également, aucune n'échappant à la question de l'encadrement de l'usage des « drogues ». Dans quelle mesure devons-nous collectivement décider de nous priver de certaines libertés parce qu'elles peuvent finalement nous causer trop de tort ? Cet énoncé de philosophie politique n'a cessé d'interpeller durant les siècles, en particulier

dans les démocraties libérales. Doit-on adopter une posture apparemment rationnelle, en autorisant les substances les moins dangereuses et en excluant les autres ? Ou doit-on plutôt tenir compte de l'histoire et de la culture d'un pays pour trancher ? La question de la dépénalisation ou de la légalisation du cannabis relève certainement de cette problématique.

Comment y voir clair dans ce dédale de déterminismes aussi complexes ? Comment se faire sa propre idée ? En commençant par prendre connaissance des données factuelles aujourd'hui disponibles. Une fois n'est pas coutume, grâce à l'OFDT nous disposons d'études qui permettent de comparer les usages problématiques (ou non) de substances selon les sexes, âges, pays, années et produits. Les addictions comportementales (jeux d'argent en particulier) sont également abordées. Vous allez voir, les surprises sont au rendez-vous.

Bonne lecture !

Bruno Falissard

Président du collège scientifique de l'OFDT

Introduction | **10**

Définitions et concepts | **12**

Synthèse et perspectives | **15**

I. Usages de drogues, conséquences et offre | **27**

Consommations des jeunes et des adultes : les grandes évolutions	28
Profils d'usage et d'usagers de drogues	34
Modes d'usage, évolutions récentes	38
Spécificités territoriales des usages à l'adolescence	42
Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises	45
Morbidité et mortalité liées aux drogues	49
Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins	60
Évolution des marchés et saisies	67
Internet et le commerce de substances psychoactives illicites	71

2. Les réponses publiques | **77**

Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues	78
Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs	82
Opinions et perceptions sur les drogues en 2018	87
Prévention, les évolutions récentes	91
Interventions en réduction des risques et des dommages	95
Le dispositif de traitement des addictions	99
Interventions auprès de publics spécifiques	103
Réponses pénales et conséquences judiciaires	105

3. Produits et conduites addictives | 109

Alcool	110
Cannabis et cannabinoïdes de synthèse	117
Cocaïne, crack, free base	124
Écrans interactifs	129
GHB/GBL, poppers et protoxyde d'azote	132
Héroïne et autres opioïdes	136
Jeux d'argent et de hasard	141
LSD, champignons, autres hallucinogènes et hallucinogènes de synthèse	144
Médicaments psychotropes non opioïdes	147
Nouveaux produits de synthèse	151
Stimulants de synthèse : MDMA/ecstasy, amphétamines et cathinones	155
Tabac, chicha et cigarette électronique	160

Annexes | 165

Références bibliographiques	166
Chronologie 2013-2018	192
Liste des sigles	196
L'OFDT	200

Introduction

Julien Morel d'Arleux, Ivana Obradovic

L'édition 2019 de l'ouvrage *Drogues et addictions, données essentielles* constitue le septième exercice d'un état des lieux du phénomène des drogues et des addictions que l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalise régulièrement depuis sa création en 1993. Cet ouvrage répond à la mission principale de l'Observatoire : éclairer les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public sur le phénomène des drogues (licites et illicites) et des addictions en France.

Comme les précédentes, cette édition a été établie à partir de données objectives, issues d'enquêtes et de travaux scientifiquement validés. Afin d'être directement utile à la réflexion sur les évolutions et les politiques publiques, *Drogues et addictions, données essentielles 2019* est centré sur la situation française. En fonction de la disponibilité des données et de leur comparabilité, la situation en France a été mise en parallèle avec celle des autres pays européens ; s'agissant des comparaisons européennes en matière de drogues illicites, le lecteur pourra également se référer aux publications de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), agence de l'Union européenne dont l'OFDT est le point focal en France (EMCDDA, 2018a).

Cette édition est structurée en trois parties, précédées d'une présentation des définitions et concepts mobilisés dans l'analyse, et accompagnée d'une synthèse générale. La première partie s'attache à décrire le phénomène des drogues et des addictions en France : consommations de drogues, profils d'utilisateurs, modalités et contextes d'usage, dommages sanitaires et sociaux associés, caractéristiques des marchés et évolutions de l'offre de drogues licites et illicites.

La deuxième partie s'intéresse aux réponses publiques développées au cours des cinq dernières années, en matière de prévention, de réduction des risques, de prise en charge sanitaire et sociale et d'application de la loi.

Enfin, l'ouvrage fait le point, dans une troisième partie, sur l'état des connaissances pour chaque produit (ou famille de produits) et chaque objet d'addiction reconnu (pour la plupart) par les nomenclatures et classifications internationales.

L'entrée par produit permet de livrer une information ciblée directement utile aux professionnels, notamment du champ de la prévention, mais aussi au grand public. Ces fiches s'attachent à présenter la thématique, quantifier

les usages en population générale (adultes et jeunes), décrire les populations consommatrices, évoquer les comparaisons avec les niveaux européens, avant d'évaluer les conséquences sanitaires et sociales de ces usages, de se pencher sur les prises en charge et d'aborder les questions relatives à l'offre et au marché.

Pour cette édition, l'OFDT a souhaité privilégier une approche synthétique, avec des chapitres courts ; en parallèle, la synthèse des connaissances insiste sur les évolutions observées au cours des cinq dernières années (depuis la dernière édition de *Drogues et addictions, données essentielles* parue en 2013), et un renvoi vers les références législatives et réglementaires récentes.

Des annexes (bibliographie, chronologie, liste des sigles, etc.) et des renvois au site de l'OFDT (www.ofdt.fr) viennent, enfin, enrichir l'ouvrage. Ces outils permettent au lecteur de retrouver les références mobilisées et d'approfondir les analyses développées dans cet état des lieux.

Cette 7^e édition de *Drogues et addictions, données essentielles* a été rédigée par l'équipe pluridisciplinaire de l'OFDT, ce qui permet de croiser les regards sur un champ complexe et en constante évolution. L'ensemble des textes a bénéficié de relectures et des avis des membres du collège scientifique de l'Observatoire.

Dans un champ comme celui des drogues et des addictions, certaines informations peuvent nécessiter d'être actualisées (par exemple les données de consommation ou des statistiques diverses). Le site Internet de l'OFDT et celui de l'EMCDDA permettent de retrouver de manière régulière, et au minimum annuelle, les nouvelles données probantes disponibles. Pour le suivi de l'action des pouvoirs publics, les lecteurs peuvent consulter le site de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Définitions et concepts

Le terme de « drogue » employé dans *Drogues et addictions, données essentielles* recouvre l'ensemble des substances ou produits psychoactifs dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience. Les drogues ont en commun d'agir directement sur le circuit de récompense du cerveau impliqué dans le renforcement des comportements et sur d'autres circuits dont dépend la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages (Reynaud, 2016). Elles provoquent souvent, à l'origine, des sensations de plaisir qui engendrent le désir de renouveler l'expérience et conduisent certains à ne plus pouvoir contrôler leur consommation. D'autres comportements, tels que la pratique des jeux d'argent, ont une action similaire sur le cerveau.

Les drogues sont en général classées en produits licites et illicites. Une première distinction concerne la possibilité de se procurer légalement ces substances comme c'est le cas pour le tabac, l'alcool et les médicaments ayant des effets psychoactifs (par exemple tranquillisants, médicaments contenant des opioïdes). L'usage de ces substances peut cependant devenir illicite dans certaines circonstances (conduite automobile au-delà d'un seuil pour l'alcool, consommation dans certains lieux publics pour le tabac, usage hors prescription pour les médicaments). Les substances comme l'héroïne ou la cocaïne, qui ne peuvent être achetées légalement en France, sont illicites, de même que le cannabis (hormis lorsqu'il est présent dans certains médicaments). Le terme de « stupéfiants » désigne l'ensemble de produits (selon une liste publiée au *Journal officiel*) dont l'usage est interdit ou réglementé. Certains médicaments opioïdes peuvent être achetés légalement avec une prescription médicale tout en étant classés parmi les stupéfiants. Des sanctions sont prévues par la loi pour leur utilisation hors prescription.

Cet ouvrage aborde aussi deux conduites hors usage de substances : l'utilisation des écrans (alors que les troubles liés aux jeux vidéo sont désormais reconnus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une maladie) et la pratique des jeux d'argent et de hasard.

Sources

Enquêtes quantitatives en population générale, statistiques administratives, enquêtes spécifiques auprès des usagers et dispositifs d'observation et de veille constituent les principales sources d'information de ce rapport. Elles sont décrites dans une annexe méthodologique disponible en ligne.

Le cloisonnement des systèmes d'information (par exemple entre drogues licites et illicites ou dans les nomenclatures utilisées), l'ambivalence de certains indicateurs (reflétant un phénomène et/ou l'activité d'une institution) et le manque de données dans différents domaines sont les principales limites à souligner. Par ailleurs, la focalisation sur les populations d'usagers de drogues ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes plus ou moins restreints de la population française.

Définition des mesures

Les consommations de substances psychoactives peuvent varier selon leur fréquence. Dans cet ouvrage, il sera question des notions suivantes :

- l'expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie. Cette notion illustre davantage la diffusion du produit dans une société que de réels niveaux d'usage ;
- l'usage actuel ou usage dans l'année correspond à une consommation au moins une fois dans l'année ;
- l'usage dans le mois ou usage récent correspond à au moins un usage au cours des 30 jours précédant l'enquête ;
- l'usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour.

Ces catégories sont inclusives les unes des autres : les consommateurs quotidiens sont inclus dans la catégorie des consommateurs réguliers, eux-mêmes inclus dans celle des consommateurs dans l'année qui forment une partie des expérimentateurs.

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) correspondent au fait d'avoir bu au moins 5 ou 6 verres en une occasion selon l'âge (jeunes/adultes). On distingue les API dans le mois (au moins 1 fois au cours des 30 jours précédant l'enquête), répétée (au moins 3 fois dans le mois précédant l'enquête) ou régulière (au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête).

Concernant les jeux d'argent et de hasard, les notions principales sont celles de joueur dans l'année et de joueur dans la semaine. En se basant sur l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE), on distingue parmi les joueurs, ceux sans risque, à risque faible, à risque modéré et à risque excessif de jeu problématique.

Conséquences des comportements

Les termes utilisés pour décrire les usages pathologiques des drogues ou d'autres comportements assimilables comme les jeux d'argent ont évolué par rapport à la dernière édition de *Drogues et addictions, données essentielles* en 2013. La publication de la 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual, DSM5*) a introduit une approche un peu différente de ces sujets.

Les catégories clés d'abus et de dépendance disparaissent au profit de la notion de « troubles de l'usage de substances », définis de la façon suivante : « mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative », caractérisée par la présence d'au moins deux manifestations parmi un ensemble de onze (on se reportera au *DSM5* pour en consulter la liste). Les troubles de l'usage sont considérés comme légers, modérés ou sévères selon le nombre de manifestations réunies. La nouvelle édition du manuel traduit le passage

d'une « approche catégorielle » (usage, abus, dépendance) à une « approche dimensionnelle » (Reynaud, 2016) qui s'intéresse au processus conduisant de la consommation récréative à la dépendance¹.

La classification internationale des maladies (CIM10) encore en vigueur jusqu'en 2022² se réfère aux notions d'usage nocif et de dépendance. L'usage nocif (d'une substance ou d'un comportement) s'accompagne de dommages pour la santé physique ou mentale du consommateur ou de tiers. La dépendance se caractérise par l'impossibilité de contrôle de l'usage, la priorité croissante donnée à l'usage sur les autres activités et la poursuite de l'usage malgré les conséquences négatives qui l'accompagnent.

Élaborées dans une perspective clinique, les définitions de la CIM10 et du DSM5 sont difficiles à transposer dans les enquêtes de consommation pour mesurer la prévalence des troubles de l'usage, de l'usage nocif ou de la dépendance. Il est en revanche possible d'intégrer dans ces enquêtes de courtes séquences de questions permettant de dépister les personnes ayant un usage problématique, c'est-à-dire « un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ». Cette notion d'usage problématique englobe celles d'abus et de dépendance. De tels tests existent par exemple à propos des consommations de cannabis (Cannabis Abuse Screening Test - CAST) ou des pratiques de jeu (ICJE).

Le terme d'addiction est aujourd'hui entré dans le langage courant en France. Il peut être défini comme « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter un malaise interne » et « la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (Reynaud, 2016), définition qui rappelle celle de la dépendance. Mais l'addiction peut aussi être comprise de façon plus extensive, comme l'ensemble des troubles de l'usage de drogues et des troubles comportementaux « addictifs », adoptés par le DSM5. C'est dans cette acception qu'il est le plus souvent utilisé dans cet ouvrage, même s'il peut arriver que, selon le contexte, il se rapproche du concept de dépendance et parfois de celui, plus large, de pratiques addictives.

1. Il faut noter que le DSM5 indique n'avoir pas intégré le diagnostic « Addiction » dans sa classification en raison d'une définition incertaine et d'une connotation potentiellement négative.

2. À cette date, une nouvelle version, la CIM11, rendue publique en juin 2018 devra être utilisée. Bien que se référant également à la notion de « troubles de l'usage de substances » et de « troubles des comportements addictifs », la CIM11, continuera de se référer aux notions d'usage nocif et de dépendance. La CIM11 intégrera les troubles du jeu vidéo parmi les comportements addictifs.

Synthèse et perspectives

Ivana Obradovic, Julien Morel d'Arleux

Les drogues et les conduites addictives représentent des enjeux de santé et de sécurité publiques majeurs, qu'il s'agisse de prévenir les dommages sanitaires et sociaux ou de lutter contre les trafics. La 7^e édition de *Drogues et addictions, données essentielles* fait le point sur la situation des addictions en France, en offrant un état des lieux des données scientifiquement validées et un aperçu des évolutions les plus récentes, cinq ans après l'édition précédente (OFDT, 2013).

Ce travail de synthèse des données s'inscrit dans un contexte d'élargissement continu du périmètre des addictions : au-delà des drogues licites (alcool, tabac) ou illicites (héroïne, cocaïne, cannabis, etc.), la notion d'« addiction » a été étendue au cours des deux dernières décennies à d'autres comportements de consommation, désignés comme des « addictions sans produit » (écrans interactifs et jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, etc.) susceptibles de générer des troubles liés à l'abus ou à la dépendance.

Combien de personnes consomment des drogues en France et combien sont en difficulté avec leur(s) consommation(s) ? Quelle est aujourd'hui l'ampleur des comportements d'addictions sans substance ? Quelles sont les principales évolutions de l'offre de substances psychoactives ? Comment se structurent les réponses publiques mises en œuvre ?

Cette synthèse, établie à partir des connaissances présentées dans cette édition, propose également des pistes de réflexion concernant les évolutions récentes du champ.

Drogues et addictions : état des lieux

Niveaux de consommation de drogues dans l'ensemble de la population

En 2017, d'après les enquêtes en population générale fondées sur des données déclaratives, les substances licites (tabac et alcool) restent les produits les plus consommés en France, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage régulier. Si le tabac est bien moins expérimenté que l'alcool, il est plus souvent associé à un usage quotidien : les adultes qui fument tous les jours (27 %) sont presque trois fois plus nombreux que les buveurs quotidiens (10 %). En revanche, l'usage d'alcool (au moins une fois dans l'année) reste une pratique sociale majoritaire, parmi les adultes (87 % entre 18 et 75 ans) et les plus jeunes (78 % à 17 ans).

Parmi les drogues illicites, le cannabis demeure la première substance consommée (45 % d'expérimentateurs parmi les adultes, 11 % d'usagers dans l'année et 6 % dans le dernier mois), loin devant la cocaïne, dont l'usage concerne sept fois moins de personnes, avec environ 1,6 % d'usagers dans l'année. L'initiation à d'autres produits illicites reste rare : hormis les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy (expérimentés par 5 % des adultes), elle concerne moins de 3 % de la population jeune et adulte.

Environ un Français sur dix déclare avoir eu recours à des anxiolytiques dans l'année, alors qu'un jeune de 17 ans sur cinq déclare avoir déjà utilisé un médicament psychotrope (sur prescription ou non). Contrairement à tous les autres produits psychoactifs, plus souvent consommés par les hommes, les usages de médicaments psychotropes sont près de deux fois plus fréquents chez les femmes.

Focus sur les jeunes

L'adolescence est la principale période d'initiation aux produits psychoactifs : les premiers usages interviennent dès le collège et tendent à s'installer et à se diversifier au fil des années, avec des risques accrus liés notamment au développement cérébral (maturation jusqu'à 25 ans) (Beck, 2016a). À l'image de ce que l'on observe dans la population adulte, les trois principaux produits psychoactifs consommés à l'adolescence sont l'alcool, le tabac et le cannabis : à 17 ans, sur dix jeunes, neuf ont déjà bu de l'alcool, six ont essayé la cigarette et quatre ont expérimenté le cannabis. À cet âge, seule une minorité de jeunes n'a pris aucune de ces trois substances (12 %), ce qui traduit la forte accessibilité des substances psychoactives (licites ou illicites). Le champ de ces initiations de jeunesse s'est récemment étendu à de nouveaux comportements comme la chicha et la cigarette électronique, toutes deux expérimentées par la moitié des jeunes de 17 ans (voir chapitre « Consommations des jeunes et des adultes : les grandes évolutions », p. 28).

Si la majorité des expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis restent limitées (dans le temps et dans les quantités consommées), une proportion non négligeable d'adolescents peuvent développer des usages susceptibles d'affecter leur scolarité, leur développement ou, à plus long terme, leur santé et leurs capacités cognitives. À 17 ans, un quart des jeunes fument quotidiennement des cigarettes (25 %) et près d'un sur dix déclare avoir consommé de l'alcool et/ou du cannabis au moins 10 fois dans le dernier mois (respectivement 8 % et 7 %). Enfin, 7,4 % des jeunes de cet âge présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis.

Addictions sans substance

Les addictions dites « sans substance » (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, voire Internet, addiction au travail ou au sport, etc.) sont, pour la plupart, encore peu quantifiées. Elles toucheraient moins de 5 % de la population, les plus fréquentes étant les jeux d'argent et de hasard parmi les adultes et les jeux vidéo parmi les jeunes. En 2014, plus de un Français sur deux (56 % des 15-75

ans) déclarait avoir joué à un jeu d'argent et de hasard au cours de l'année, principalement à des jeux de loterie. La prévalence du jeu excessif reste stable (2010-2014) et limitée, puisqu'elle concerne moins de 1% des joueurs dans l'année entre 15 et 75 ans, en se basant sur l'Indice canadien de jeu excessif (Ferris *et al.*, 2001).

L'omniprésence des écrans dans la vie quotidienne conduit à s'interroger sur leur impact sur le développement cognitif et social des plus jeunes mais aussi de l'ensemble de la population. Parmi les usages d'écrans considérés comme problématiques dans les classifications internationales, seul le jeu vidéo (gaming) est aujourd'hui reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Principales évolutions récentes

Une baisse de la consommation chez les jeunes

Les tendances d'évolution des consommations de drogues varient selon les produits et les classes d'âge. Dans l'ensemble de la population (jeune et adulte), la baisse se confirme pour les deux produits les plus répandus : l'alcool, dont l'usage diminue de façon régulière depuis les années 1950 et, plus récemment, le tabac. La dernière décennie a également vu l'apparition de la cigarette électronique, notamment utilisée comme outil d'aide au sevrage tabagique, même si, à la différence d'autres pays européens, cet usage s'est peu développé en France. En 2017, 2,7 % des adultes vapotent tous les jours, proportion en légère baisse (3 % en 2014), une évolution qui sera à suivre dans un contexte où les outils d'aide au sevrage sont désormais mieux remboursés.

En revanche, la proportion d'usagers de cannabis progresse parmi les adultes, traduisant à la fois le vieillissement des générations ayant expérimenté ce produit dans sa période de forte diffusion (à partir des années 1990) et le ralentissement des initiations au cannabis chez les plus jeunes.

Parmi les jeunes (avant 25 ans), bien que les niveaux d'usage de produits psychoactifs soient non négligeables, les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis se situent bien en deçà des niveaux observés au début de la décennie 2000. C'est particulièrement vrai pour le tabagisme, dont la décline s'est accélérée depuis 2014. On constate également des évolutions dans les rapports des jeunes à l'alcool : si la majorité des jeunes de 17 ans ont essayé l'alcool, la part de ceux qui n'ont jamais bu a quasiment triplé en quinze ans (14 % en 2017). Quant au cannabis, son niveau de diffusion est aujourd'hui orienté à la baisse, mais la proportion d'usagers problématiques augmente (un quart des usagers dans l'année à 17 ans). À l'inverse, l'expérimentation des stimulants (MDMA/ecstasy, cocaïne) a nettement progressé parmi les mineurs, même si elle reste circonscrite à certains segments de la population adolescente (amateurs du milieu dit festif). Cette poussée des stimulants se retrouve en population adulte, en particulier s'agissant de la cocaïne, qui atteint aujourd'hui un pic (plus de 1,6 % d'usagers dans l'année). Elle s'explique notamment par une disponibilité accrue de ces produits et l'image positive dont ils bénéficient.

Par ailleurs, au cours des années 2010, de nouveaux produits de synthèse (NPS) imitant les effets des drogues illicites traditionnelles ont fait l'objet de signalements aux niveaux français et européen. À ce jour, la diffusion des NPS reste limitée : l'expérimentation de cannabinoïdes de synthèse, qui constitue les NPS le plus souvent identifiés avec les cathinones, concerne 1,3 % des adultes et 4 % des jeunes de 17 ans. Il s'agit d'usagers plutôt jeunes, masculins, diplômés et urbains.

D'une façon générale, l'éventail des drogues consommées aujourd'hui – en Europe comme en France – est de plus en plus diversifié et les pratiques des usagers restent marquées par la polyconsommation.

Évolution des modalités et des profils d'usage de drogues illicites

Loin de la représentation figée de l'usager de drogues en héroïnomanie injecteur, les consommateurs de drogues illicites présentent des profils, des pratiques et des modes d'usage de substances très diversifiés. Ainsi, l'héroïne est aujourd'hui majoritairement sniffée, alors que la consommation de cocaïne sous une forme « basée », c'est-à-dire transformée par les usagers eux-mêmes pour être inhalée (free base), est en augmentation. Globalement, au sein de la population des usagers de drogues, la proportion d'injecteurs, qui avait reculé depuis le début des années 2000, semble se stabiliser. Dans ce contexte, l'injection apparaît de façon plus nette comme un marqueur de précarité (voir chapitre « Modes d'usages, évolutions récentes », p. 38).

À l'image de la différenciation croissante des modes de consommation de drogues, le profil des usagers donne à voir une plus grande variété, des usagers socialement insérés (fréquentant ou non des espaces festifs) aux usagers précarisés (incluant désormais une part non négligeable de jeunes en errance et de migrants). Enfin, ces dernières années ont été marquées par un accès élargi aux produits illicites (par voie postale ou par des livraisons à domicile, via les réseaux sociaux...).

Des dommages sanitaires et sociaux qui restent conséquents

Le tabagisme et la consommation nocive d'alcool constituent les deux premières causes de mortalité évitable en France, à l'origine de un décès sur cinq (73 000 décès par an attribuables au tabac et 41 000 à l'alcool). Cette estimation de la mortalité liée à l'alcool (41 000 décès par an en 2015) est en baisse par rapport à la précédente (49 000 décès en 2009), moins du fait du recul de la consommation quotidienne moyenne que d'une meilleure prise en charge des maladies liées à l'usage excessif d'alcool.

Les décès liés au tabac sont provoqués principalement par des cancers broncho-pulmonaires et des voies aéro-digestives supérieures, des maladies respiratoires et cardio-vasculaires. Dans le cas de l'alcool, les maladies responsables sont les cancers (voies aéro-digestives supérieures – conjointement avec le tabac, œsophage, foie, colorectal, sein), celles touchant l'appareil digestif (foie essentiellement), des maladies cardio-vasculaires (acci-

dents vasculaires cérébraux) et du système nerveux. L'alcool est également en cause dans les décès causés par des traumatismes (accidents de la route notamment). La mortalité liée au tabac, comme celle liée à l'alcool, touche davantage les hommes que les femmes en raison de leurs consommations plus importantes. Alors que la mortalité liée au tabac et à l'alcool régresse, les décès féminins liés au tabac ne reculent pas (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49).

La mortalité liée aux drogues illicites est principalement liée aux intoxications aiguës, où les opioïdes jouent un rôle majeur. Néanmoins, dans la période récente, quelques cas d'intoxication aiguë au cannabis ont été rapportés : ainsi, depuis 2013, une trentaine de décès par an impliquant le cannabis (souvent en association avec d'autres produits) sont recensés par le registre des Décès en relation avec l'abus de médicaments (DRAMES). Ces chiffres traduisent une sensibilisation accrue des experts toxicologues à ce sujet, qui sont désormais invités à faire remonter les informations sur les décès par complications vasculaires (infarctus ou AVC) survenant après la prise de cannabis (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117).

Bien que la mortalité imputable aux drogues illicites représente un ordre de grandeur très inférieur à celle liée au tabac et à l'alcool, les consommations de ces substances occasionnent des dommages sanitaires et sociaux importants, en particulier chez les jeunes consommateurs de stupéfiants qui ont un taux de mortalité sept fois supérieur à âge égal.

Enfin, certains modes d'usage restent à l'origine de transmission de l'hépatite C (VHC) comme le partage des seringues et du matériel de préparation ou de snif et d'inhalation. L'évolution des traitements de cette infection permettent néanmoins d'envisager l'élimination du VHC dans les dix années à venir, conformément aux engagements de l'Organisation mondiale de la santé.

Évolutions de l'offre

Au cours des deux dernières décennies, le marché des drogues illicites et des produits psychoactifs n'a cessé de se transformer au niveau mondial, en termes de demande mais surtout d'offre. Alors que le chiffre d'affaires de l'industrie de l'alcool est estimé à 25 milliards d'euros en France, contre 19 milliards d'euros pour le tabac, celui du marché du cannabis est évalué à 1,1 milliard d'euros, au sein d'un marché national des drogues illicites évalué à 2,3 milliards d'euros, selon les dernières estimations nationales (Ben Lakhdar *et al.*, 2015). Celui-ci reste donc dominé par le cannabis, malgré une progression importante de la cocaïne et de l'héroïne (voir chapitre « Évolutions des marchés et saisies », p. 67). Les quantités de drogue saisies constituent un des indicateurs d'expansion de l'offre. L'année 2017 a ainsi été marquée par un volume record de saisies d'herbe de cannabis (20 tonnes en 2017, contre moins de 5 tonnes en 2013), même s'il reste en deçà des volumes de résine ou de cocaïne (17,5 tonnes en 2017, contre 5,6 tonnes en 2013) (UNODC, 2018). Aujourd'hui, les saisies de résine de cannabis et d'héroïne en France comptent parmi les plus importantes d'Europe de l'Ouest, en

volume comme en nombre de saisies. La France constitue une zone de transit privilégiée pour les substances illicites, structurée en trois axes principaux : un axe de trafic pour la résine de cannabis marocaine importée d'Espagne, qui traverse la France à destination des Pays-Bas et de la Belgique, et les deux routes en provenance de ces deux pays, plaques tournantes de distribution de cocaïne, de MDMA/ecstasy et d'héroïne vers l'Espagne et l'Italie.

Au cours de la période récente, le cannabis, qui représentait déjà la majeure partie du marché de détail des drogues illicites, semble avoir vu sa part augmenter sous l'effet conjugué d'une production domestique en hausse (autoculture), d'un trafic dynamique en provenance d'autres régions du monde et d'une démultiplication des vecteurs d'offre. Les volumes d'herbe (23 % des saisies de cannabis en 2017, contre 10 % en 2013) et de plants de cannabis (près de 140 000) interceptés par les forces de l'ordre (douanes, gendarmerie, police) témoignent de la place grandissante de l'herbe sur le marché français du cannabis. Même si celui-ci reste dominé par la résine, l'herbe semble désormais répondre à une demande des consommateurs, en particulier parmi les plus jeunes.

En parallèle, avec l'accès généralisé à l'Internet, les marchés en ligne ont gagné en importance. En 2017, l'EMCDDA recensait plus de 670 nouveaux produits de synthèse en Europe (68 substances de cette catégorie ont été identifiées au moins une fois en France entre 2008 et 2017). Les NPS font désormais l'objet de mesures de contrôle et d'alerte standardisées aux plans européen et national.

L'offre de drogues connaît donc une dynamique de renouvellement continue, qui repose notamment sur l'essor de produits plus dosés, reflétant probablement la recherche d'effets plus rapides et plus intenses. On observe en effet une évolution des produits mis en circulation avec, pour le cannabis, le développement de l'autoproduction et la professionnalisation des filières de production et de trafic, qui pratiquent la sélection des graines afin d'optimiser la teneur en principe actif (le taux de tétrahydrocannabinol – THC – a presque quadruplé en quinze ans s'agissant de la résine). De même, les données disponibles montrent une augmentation importante de la pureté de la cocaïne et des teneurs en MDMA dans les comprimés d'ecstasy.

Réponses publiques

Face à ces mutations rapides du marché, la palette des réponses publiques au phénomène s'est élargie, au plan national mais surtout international.

Pour faire face aux conséquences des addictions, par nature multifactorielles, les politiques publiques mises en œuvre tentent de s'appuyer sur des connaissances scientifiques validées, ainsi que sur des stratégies et des interventions dont l'efficacité a été validée (*evidence-based policy*). En France, les plans gouvernementaux successifs de lutte contre les addictions, en particulier le Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022), déclinent des réponses publiques structurées autour de trois axes principaux :

- la prévention et l'intervention précoce ;

- la prise en charge sanitaire de la dépendance aux drogues et la réduction des risques ;
- la réponse à l'usage et au trafic de drogues par les moyens de la justice pénale.

Prévention : un versant de politique publique rarement prioritaire

S'il existe un consensus international sur la nécessité d'une politique fondée sur l'information, l'éducation et la prévention, visant à dissuader les usages problématiques ou l'addiction, on ne peut que relever la faiblesse de dotation des politiques de prévention développées en France comme dans le monde. En France, l'action publique en matière de prévention repose principalement sur les campagnes de communication, organisées par Santé publique France (SpF) depuis la fin des années 1970, d'abord sur le tabac et sur l'alcool, puis les drogues illicites à partir du milieu des années 1980. Plus récemment, les campagnes se sont orientées vers une mise en cause de plus en plus directe des produits et une explicitation croissante de leurs dangers, tout en tentant de cibler une plus grande variété de profils d'usagers (au-delà des seuls usagers dépendants). Alors que, à la fin des années 1990, les campagnes visaient également les pairs et les adultes « référents » (en particulier les parents d'adolescents), les dernières campagnes s'adressent prioritairement au grand public en mobilisant les codes du marketing social.

Prise en charge et réduction des risques : une file active en hausse

En France, la politique de réduction des risques, développée depuis la fin des années 1980 en réponse à l'épidémie de sida (Beck *et al.*, 2016b), a été officialisée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Elle instaure en effet un socle légal aux actions de réduction des risques et des dommages (RdRD – distribution de matériel, tests rapides d'orientation diagnostique, analyses de produits...) qui vient conforter les pratiques des professionnels, mais également celles des associations d'autosupport, pour prévenir des conséquences négatives des usages de drogues illicites et renforcer le lien entre prévention et prise en charge sanitaire. Cette consolidation juridique de la RdRD a également ouvert la voie à l'expérimentation, pour une période de six ans, de salles de consommation à moindre risque dans deux villes (à Paris puis Strasbourg) à partir d'octobre 2016.

En termes de prise en charge et de soins aux usagers de drogues, la France s'appuie sur un dispositif refondé depuis la fin des années 1990 sur le concept d'addiction. La référence à cette notion a conduit à élargir le champ du traitement aux addictions sans produit et, plus particulièrement, au jeu pathologique, intégré depuis 2008 dans le plan d'action de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT, puis Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – MILDECA). Le dispositif de prise en charge sanitaire, réparti entre trois secteurs (médecine de ville, hôpital et dispositif médico-social), décline une offre combinant prévention, soins et réduction des risques. Le dispositif médico-social s'appuie sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des

risques chez les usagers de drogues (CAARUD). Il offre un premier recours, spécialisé en matière d'addictions, mettant au centre l'accompagnement des personnes en difficulté avec leur consommation. En 2017, 293 000 personnes ont été accueillies en CSAPA (environ 450 en France), ce qui représente une file active en augmentation (+ 17 % par rapport à 2010). Si les motifs de recours principaux restent centrés sur l'alcool (50 %), le cannabis (20 %) et les opioïdes (15 %), les demandes de prise en charge au titre du tabac apparaissent en hausse (8 %). Les profils des usagers reçus en CSAPA restent différenciés selon le produit, les usagers de cannabis se distinguant par un âge moyen plus jeune, notamment parmi ceux qui recourent aux consultations jeunes consommateurs (CJC). Par ailleurs, en 2015, 75 000 personnes ont été accueillies dans les CAARUD (au nombre de 146). Une partie des usagers de drogues sont également accueillis en milieu hospitalier et en médecine de ville (voir chapitre « Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins », p. 60).

Une réponse pénale de plus en plus systématique

En matière de lutte contre les drogues illicites, la réponse publique s'incarne également dans les politiques pénales. Près de cinquante ans après la promulgation de loi de 1970 qui interdit l'usage et le trafic, le niveau de pénalisation de l'usage de stupéfiants reste élevé, si l'on en juge par la croissance conjointe des interpellations, du taux de réponse pénale, du taux de poursuites et des condamnations pour usage en infraction principale. Les interpellations liées à l'usage de stupéfiants représentent un contentieux d'environ 200 000 procédures par an, qui concernent en premier lieu le cannabis. En outre, parmi les condamnations judiciaires, du fait des procédures simplifiées évitant le recours à l'emprisonnement, les peines d'amende se sont généralisées pour punir l'usage, au détriment des mesures à dimension sanitaire, qui représentent une proportion de plus en plus faible de la réponse pénale aux usagers de stupéfiants. La réforme de la loi de 1970, engagée en 2018¹, prolonge cette évolution en simplifiant la procédure mais sans modifier le type de réponse apportée aux usagers (voir chapitre « Réponses pénales et conséquences judiciaires », p. 105).

Des réponses élaborées dans un nouvel environnement international

Les réponses publiques développées en France s'inscrivent dans un contexte international en profonde mutation. La période récente a notamment été marquée par l'organisation d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) en avril 2016, qui a débattu de « l'échec de la guerre contre la drogue ». En outre, depuis 2012, l'Uruguay, le Canada et dix États des États-Unis² (+ Washington DC) ont légalisé le cannabis à usage récréatif, ouvrant aux adultes un marché légal du cannabis encadré par les autorités publiques.

1. Dans le cadre de l'examen en première lecture du projet de réforme de la justice, l'Assemblée nationale a adopté, le 23 novembre 2018, la création d'une amende forfaitaire délictuelle de 200 euros pour usage de stupéfiants.

2. Colorado, État de Washington, Alaska, Oregon, Californie, Maine, Massachusetts, Nevada, Vermont, Michigan.

Cette brèche dans le paradigme prohibitionniste en vigueur depuis la convention unique sur les stupéfiants de 1961 constitue un bouleversement des normes internationales qui interdisent la possession, l'achat et la vente de stupéfiants, y compris pour usage personnel. Cette mise en cause des conventions des Nations unies s'inscrit dans le contexte où une quarantaine de pays du monde et plus de la moitié des États américains autorisent aujourd'hui le cannabis à usage médical, sous des formes très diverses (Obradovic, 2018b). Alors que la recherche sur l'usage médical de cannabinoïdes a longtemps été freinée par l'interdiction de ces produits, différentes formes de législations nationales sur le cannabis médical ont été mises en place depuis quelques années, et ce mouvement s'accélère depuis 2012. Ces initiatives législatives, qui ont trouvé un écho important en Europe, pourraient expliquer l'évolution des perceptions et des représentations des drogues.

Perceptions et opinions sur les politiques publiques liées aux drogues

Les dernières données françaises soulignent le large consensus en faveur du cannabis dit « thérapeutique ». En outre, l'opposition à la légalisation de son usage récréatif reste majoritaire, dans un contexte où le tabagisme et l'abus d'alcool sont toujours considérés comme les principaux problèmes de société en termes de santé publique. Enfin, une large majorité des personnes interrogées adhère au principe des salles de consommation à moindre risque, estimant à plus de 80 % que les deux salles actuellement en activité en France sont « une bonne chose » (voir chapitre « Opinions et perceptions sur les drogues en 2018 », p. 87).

Perspectives internationales et pistes de réflexion

Les évolutions observées en France s'inscrivent dans un mouvement général de baisse des expérimentations et des consommations de produits psychoactives parmi les adolescents âgés de 13 à 15 ans en Europe (Ehlinger et al., 2016 ; Inchley et al., 2018).

Le tabac : une dynamique de « dénormalisation » en cours

Parmi les addictions, le tabac occupe une place singulière car, par-delà ses effets psychotropes quasi nuls, il engendre une forte dépendance. À l'image du succès des politiques de lutte contre le tabagisme menées dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord (États-Unis, Canada) (WHO, 2017), la France enregistre depuis quelques années des évolutions favorables en matière de diminution des consommations de tabac (Beck et al., 2019). Cependant, malgré les bons résultats qui se sont confirmés dans la période récente, elle continue d'afficher une prévalence du tabagisme quotidien parmi les plus importantes d'Europe occidentale (27 %), notamment parmi les adolescents (25 % de fumeurs quotidiens à 17 ans) et les femmes enceintes (25 % de fumeuses déclarées pendant la grossesse). Elle se singularise encore plus nettement par comparaison avec les États-Unis, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande. Pourtant, en matière de tabagisme, avec l'interdiction de la cigarette dans les lieux publics (2007-2008), puis de sa vente aux mineurs (2009), la politique de hausses

successives des prix du tabac et l'introduction du paquet neutre (mai 2016), la France a retrouvé le statut de pays précurseur qu'elle avait occupé pendant deux décennies, après les lois dites Veil (9 juillet 1976) et Evin (10 janvier 1991). La mise en œuvre successive de deux programmes pluriannuels d'intervention des pouvoirs publics (programme national de réduction du tabagisme, PNRT, puis programme de lutte contre le tabagisme, PNLT) conforte l'action menée pour atteindre les objectifs principaux, qui sont de faire en sorte que la proportion de fumeurs quotidiens s'abaisse en deçà de 20 % d'ici dix ans et que les enfants à naître constituent la première génération de non-fumeurs (voir chapitre « Tabac, chicha et cigarette électronique », p.160).

L'alcool : une tension entre enjeux sanitaires et économiques ?

En matière de consommation d'alcool, la France occupe une position intermédiaire en Europe, malgré des volumes de vente bien plus élevés que la moyenne communautaire et nettement supérieurs à ceux de tous les pays hors UE. Pourtant, comme le souligne un rapport de la Cour des comptes publié en 2016, les politiques publiques de lutte contre l'alcool peinent à bénéficier d'une impulsion aussi forte que celles concernant le tabac, en France (Obradovic et Beck, 2016) mais aussi, plus largement, en Europe. Il s'avère en effet délicat de trouver un équilibre entre enjeux sanitaires et de sécurité publique d'une part, et enjeux économiques d'autre part, le poids économique du secteur étant très important en France notamment. Pour prévenir et combattre les usages nocifs de l'alcool, les politiques publiques ont limité l'accessibilité aux boissons alcoolisées, en particulier pour les plus jeunes ; tenté de réduire leur attractivité en pesant sur l'image des produits contenant de l'alcool ; favorisé le repérage des usagers à risque et leur prise en charge. S'agissant des plus jeunes consommateurs, les professionnels font le constat d'une difficulté à les faire venir dans les dispositifs spécialisés, en particulier les CJC (Obradovic et Palle, 2012). Si des campagnes d'information sont régulièrement menées par les pouvoirs publics, elles sont moins fréquentes que sur le tabac. En mai 2017, SpF et l'Institut national du cancer ont formulé 10 recommandations à diffuser auprès du grand public, basées sur des repères de consommation : pas plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour ; avoir des jours de la semaine sans consommation (voir chapitre « Alcool », p.110).

Le cannabis : une position singulière de la France en Europe

Au sein de l'Union européenne, la France se distingue surtout par ses niveaux d'usage de cannabis élevés, en particulier parmi les jeunes, comparables aux pays les plus consommateurs du monde (les États-Unis et le Canada). Cette singularité perdure depuis les années 2000. Elle est particulièrement affirmée parmi les filles des plus jeunes générations (plus de 20 % de consommatrices dans l'année entre 15 et 24 ans, cette part dépassant rarement 15 % dans les autres pays européens).

La forte prévalence du cannabis en France contraste avec une consommation de stimulants plus mesurée que dans d'autres pays, notamment le Royaume-Uni et l'Espagne, qui comptent également de fortes proportions d'usagers de cannabis.

Médicaments psychotropes : la France dans les premiers rangs européens

En dehors des médicaments à base d'opioïdes, les psychotropes les plus consommés en France sont les anxiolytiques. Leur prescription apparaît plus importante en France (ANSM, 2017b) que dans les autres pays européens. La France se situe au deuxième rang de la consommation de benzodiazépines parmi huit pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède). Les écarts par rapport aux recommandations, particulièrement répandus en France, concernent surtout la durée des traitements. Les benzodiazépines semblent également détournées par certains jeunes à des fins d'usage récréatif ou de « dopage scolaire ».

Opioides : face à l'épidémie nord-américaine, vigilance renforcée en Europe

Parmi les évolutions significatives récentes au plan international, la plus nette concerne l'épidémie des opioïdes, licites et illicites, qui touche l'Amérique du Nord, avec de premiers signes d'alerte dans certains pays européens. Les opioïdes, principale cause de décès par surdose en France et dans le monde, comprennent des médicaments licites comme le tramadol (analgésiques faibles), la morphine (analgésiques forts) ou les médicaments de substitution aux opioïdes et des substances illicites tels que l'héroïne ou les dérivés du fentanyl. En France, on constate ainsi une reprise à la hausse de la mortalité sur les quinze dernières années, une implication plus fréquente des médicaments de substitution aux opioïdes (plus que l'héroïne) dans les surdoses et une évolution des publics concernés, puisqu'une partie des décès (décès accidentels ou dans un contexte de soins palliatifs) ne semble pas correspondre aux profils habituels des usagers de drogues. Les pouvoirs publics, attentifs à ces signaux, ont mis en place une surveillance renforcée.

L'ensemble de ces évolutions montre que les politiques menées pour prévenir les conduites addictives et lutter contre les drogues produisent des effets si elles prennent en compte l'état des connaissances et qu'elles sont engagées sur le long terme (Beck *et al.*, 2016a). Cependant, les usages de drogues, licites et illicites, s'inscrivent pleinement dans un contexte mondialisé où les évolutions sont constantes, ce qui oblige les pouvoirs publics à adapter régulièrement leurs modalités de réponse et à évaluer les impacts de celles-ci.



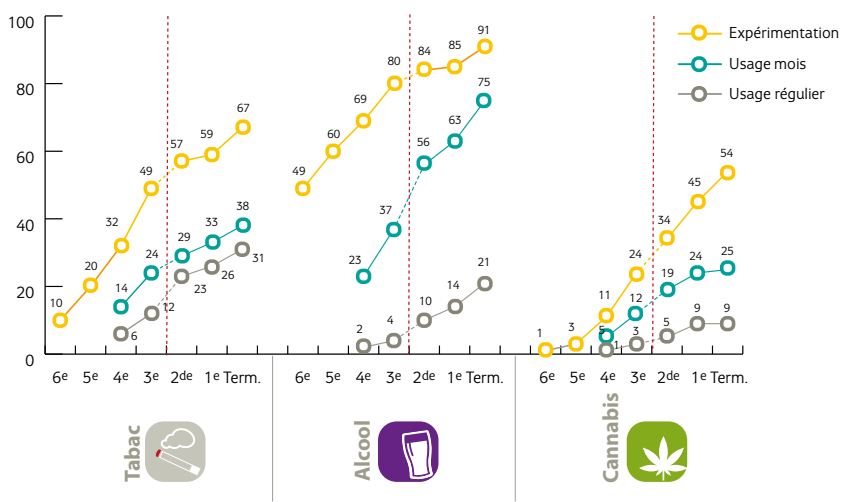
Usages de drogues, conséquences et offre

Consommations des jeunes et des adultes : les grandes évolutions

Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Éric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis

Qu'il s'agisse des données en population adolescente ou adulte, les niveaux d'usage présentés reposent sur des statistiques issues d'enquêtes dont l'objectif est de répondre à l'interrogation suivante : « Combien y a-t-il d'utilisateurs en France ? » Ce système d'enquêtes régulières, parmi les plus complets en Europe, permet également de suivre l'évolution des comportements d'usage tant chez les adolescents que chez les adultes. Parmi ces derniers, le dispositif d'observation a montré que les usages étaient multiples et qu'ils traversaient l'ensemble des catégories sociales et des tranches d'âge. Aujourd'hui, le dispositif comprend deux enquêtes représentatives menées auprès des collégiens d'une part (HBSC) (Spilka et al., 2015), et des lycéens d'autre part (ESPAD) (Spilka et al., 2016), lesquelles, compte tenu de la scolarisation de la très grande majorité des jeunes de France jusqu'à 17-18 ans, constituent un outil de choix pour l'observation des comportements des plus jeunes. Elles sont complétées par une troisième enquête (ESCAPAD), centrée sur les adolescents âgés de 17 ans, qu'ils soient scolarisés ou non (Spilka et al., 2018a). Celle-ci se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté, obligatoire pour tous les jeunes Français. Enfin, une vaste enquête auprès des adultes, le Baromètre santé (Santé publique France), basé lui aussi sur des échantillons représentatifs et mené par téléphone, permet de quantifier ces usages tout au long de la vie adulte (Richard et al., 2018).

Figure 1. Évolution des consommations chez les collégiens et lycéens en 2014 et 2015 (en %)



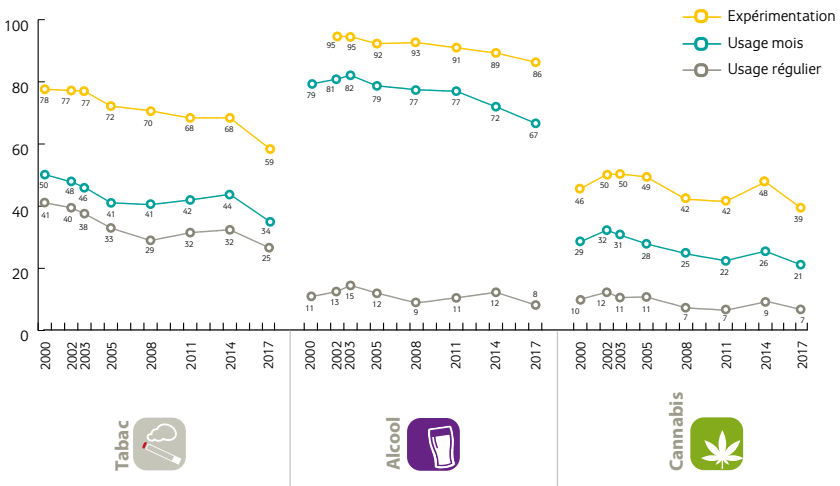
Sources : HBSC 2014, ESPAD 2015, OFDT

Usages des adolescents : entre expérimentations et installation

Les expérimentations (soit le fait d'avoir consommé ne serait-ce qu'une fois) de tabac et d'alcool s'observent dès l'entrée en 6^e (figure 1). Pour le cannabis, ces expérimentations apparaissent plus tardivement : près de un élève de 3^e sur quatre déclare en avoir déjà fumé. Cette diffusion des produits se poursuit parmi les lycéens : ainsi, à la fin de l'année de terminale, 67 % des élèves ont déjà essayé le tabac, 91 % une boisson alcoolisée et 54 % le cannabis. De plus, un élève de terminale sur dix déclare avoir déjà expérimenté une autre drogue illicite.

Tabac, alcool et cannabis s'avèrent être ainsi les trois substances psychoactives le plus largement diffusées à la fin de l'adolescence. Cependant, pour ces trois produits, les niveaux de consommation baissent globalement depuis deux décennies, les prévalences d'usage mesurées en 2017 étant parmi les plus basses jamais observées depuis 2000 (figure 2). Par la suite, la part des adolescents déclarant n'avoir jamais consommé aucun de ces trois produits a progressé continûment, passant de 5 % en 2002 à presque 12 % en 2017. Cette baisse générale dissimule toutefois de fortes disparités : en effet, les usages de substances psychoactives des adolescents demeurent conditionnés par le genre, les garçons étant toujours sur-consommateurs, ainsi que leur situation scolaire, les adolescents en apprentissage et les adolescents ayant quitté le système scolaire consommant plus que les étudiants (voir chapitres « Tabac, chicha et cigarette électronique » p. 160, « Alcool » p. 110, « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse » p. 117).

Figure 2. Évolution de 2000 à 2017 des niveaux d'usage de tabac, de boissons alcoolisées et de cannabis à 17 ans (en %)



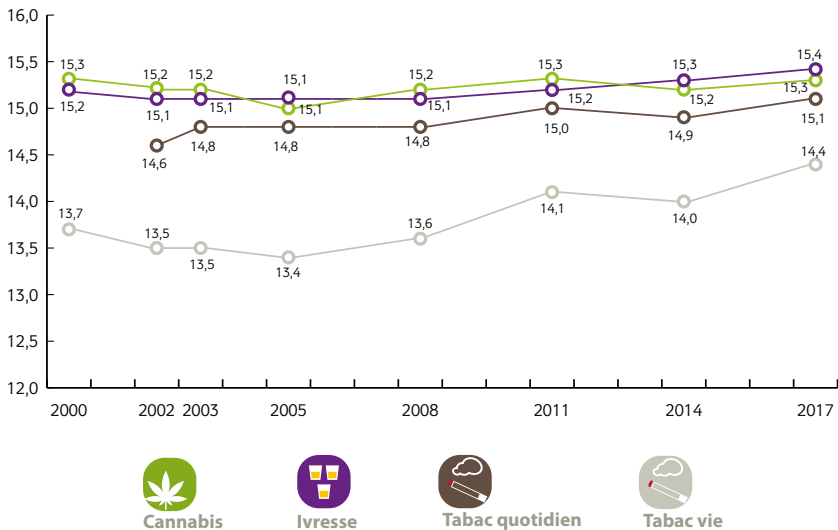
Source : ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

Une évolution remarquable observée sur les vingt dernières années concerne le tabagisme des adolescents. Ainsi, l'expérimentation de tabac en 2017 (59 %) est inférieure de près de 20 points à ce qu'elle était en 2000 (78 %). Le recul des usages au cours du mois et des usages quotidiens est également particulièrement marqué, notamment depuis 2014 (respectivement - 9 et - 7 points).

Si l'alcool demeure la substance la plus communément rapportée par les adolescents de 17 ans (86 % indiquaient en avoir bu au moins une fois au cours de leur vie en 2017), la part des jeunes n'ayant jamais bu a quasiment triplé, passant de 5 % en 2002 à 14 % en 2017. Les usages au cours du mois, quoique en repli notable (- 12 points depuis 2000), concernent toujours les deux tiers des répondants, tandis que 8 % déclarent des usages réguliers.

Le cannabis occupe une position singulière parmi les substances illicites puisqu'il reste très largement diffusé à l'adolescence. En 2017, quatre jeunes de 17 ans sur 10 en avaient déjà fumé et une part non négligeable (8 %) en avait consommé 10 fois ou plus au cours du dernier mois. À des niveaux nettement moindres, les expérimentations de cocaïne (de 0,9 % en 2000 à 2,8 % en 2017) et de MDMA/ecstasy (de 2,1 % en 2000 à 3,4 % en 2017) ont eu tendance à progresser continuellement depuis 2000. L'expérimentation d'autres substances illicites comme le LSD, l'héroïne ou les amphétamines s'avère marginale à l'adolescence, les niveaux étant inférieurs à 1 %, sans évolution notable depuis deux décennies.

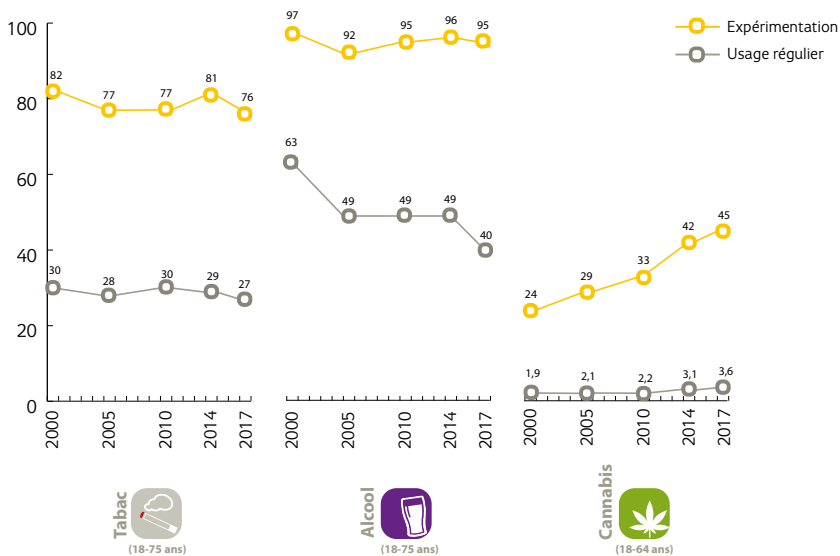
Figure 3. Évolution de 2000 à 2017 de l'âge moyen d'usage de tabac, de cannabis et de la première ivresse chez les adolescents



Source : enquêtes ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

Contrairement à certains discours relayés par nombre de personnes en contact avec les plus jeunes ou les médias, les âges d'expérimentation des principales substances psychoactives se caractérisent par une relative stabilité depuis 2000, et marquent même un recul significatif depuis 2014 (figure 3). La perception d'un rajeunissement des premières consommations, contredite par les enquêtes menées auprès des adolescents, traduit autant un renouvellement générationnel dans le rapport aux consommations qu'une modification des modalités d'usage de substances psychoactives (Beck, 2016b). Ainsi, le recul des consommations d'alcool constaté depuis les années 1970 est allé de pair avec une diffusion accrue du cannabis, dépassant progressivement les cercles auxquels il était précédemment restreint (étudiants, entre autres...), et une prise de conscience des dangers liés au tabac. Ces modifications d'usages de substances sont aussi le reflet d'un ensemble de transformations des comportements caractérisant le passage vers l'âge adulte : autonomie financière accrue (argent de poche, comptes bancaires), communication accélérée (accès aux téléphones portables et écrans), etc., qui ne sont donc plus l'apanage des seuls majeurs.

Figure 4. Évolution de 2000 à 2017 des usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez les adultes (en %)



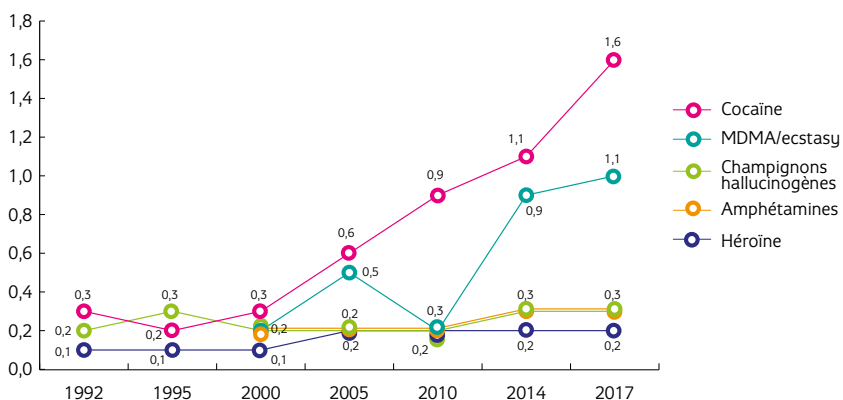
Source : Baromètres santé, Santé publique France.

La question de l'entrée dans les consommations demeure un enjeu central de santé publique étant donné l'influence de sa précocité sur le devenir des consommations problématiques, plus particulièrement chez les jeunes adultes. À titre d'exemple, l'expérimentation précoce du cannabis prédit un usage régulier, lui-même associé à des troubles cognitifs et thymiques. Si la prévention s'accorde à un tel constat, et se tourne en conséquence vers des publics plus jeunes, il convient toutefois de rappeler que la précocité de l'expérimentation ne constitue pas le seul déterminant des potentiels mésusages, placés sous l'influence d'une multitude d'autres facteurs psychologiques, sociaux et économiques.

Consommations des adultes : recul du tabac et de l'alcool ; installation du cannabis et des stimulants

Trois éléments clés peuvent être mis en exergue à propos des usages des adultes depuis 2000 (figure 4). Tout d'abord, une baisse des usages de tabac a été observée entre 2000 et 2017 (malgré une hausse observée entre 2010 et 2014). Le tabagisme quotidien concerne désormais un peu plus du quart des adultes âgés de 18 à 75 ans (27 %, contre 30 % en 2000). Ensuite, si l'usage d'alcool demeure une pratique courante en France avec, en 2017, encore 87 % des personnes âgées de 18 à 75 ans rapportant une consommation au moins une fois dans l'année, on constate depuis plus de vingt ans un recul des usages fréquents, qu'il s'agisse des usages réguliers au cours du dernier mois (de 63 % en 2000 à 40 % en 2017) (Beck et al., 2015) ou des usages quotidiens (de 22 % en 2000 à 10 % en 2017) (Richard et al., 2019). Enfin, une augmentation de la consommation de cannabis est perceptible : le nombre d'adultes rapportant un usage régulier a été multiplié par deux et cet usage s'observe au-delà de 25 ans, persistant désormais dans toutes les tranches

Figure 5. Évolution de l'usage dans l'année des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %)



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France

d'âge de la population adulte. Cette augmentation ininterrompue est à mettre en regard à la fois du vieillissement des générations fortement expérimentatrices des années 1990 et 2000 (Spilka *et al.*, 2018b) et d'une offre accrue liée au développement de l'autoculture (Masson et Gandilhon, 2018).

Les usages de substances illicites autres que le cannabis sont également beaucoup plus rares en population adulte (figure 5), même si, comme en population adolescente, les drogues stimulantes continuent de se diffuser : l'usage au cours de l'année de cocaïne a ainsi été multiplié par 8 entre 2000 (0,3 %) et 2017 (1,6 %), témoignant d'une disponibilité accrue en France comme en Europe (EMCDDA, 2018a). Il en va de même pour la MDMA/ecstasy, qui bénéficie elle aussi d'une image relativement positive auprès des usagers (Cadet-Taïrou *et al.*, 2016), et dont l'usage au cours de l'année a été multiplié par 5 durant la même période (de 0,2 % à 1,0 %). L'expérimentation des autres substances (hallucinogènes, héroïne) est inférieure à 3 % et leur usage au cours de l'année demeure marginal, inférieur à 0,3 %.

Profils d'usage et d'utilisateurs de drogues

Agnès Cadet-Taïrou

L'appellation utilisateurs de drogues¹ englobe une grande variété de situations individuelles. Néanmoins, le repérage de profils-types, qui, loin de former des catégories étanches et homogènes, sont au contraire reliés par un continuum de situations, permet de mieux appréhender cette diversité. Seuls les plus emblématiques sont évoqués ici. Certains profils, moins visibles via les enquêtes, le dispositif de prise en charge ou dans l'espace public, sont moins connus que d'autres, en particulier les mieux insérés socialement² (Cadet-Taïrou, 2013).

Les utilisateurs des espaces festifs

Chez les consommateurs « socialement insérés », l'usage de substances psychotropes va fréquemment de pair avec la fréquentation des espaces festifs ; en premier lieu, ceux relevant de la culture alternative techno (free parties par exemple), où les consommations sont les plus marquées, mais aussi tous ceux où se sont diffusées certaines substances et pratiques issues de ces espaces alternatifs (Cadet-Taïrou et al., 2016 ; Gérome et al., 2018). Cependant, toutes les consommations n'ont pas nécessairement lieu dans l'environnement de la fête. Les occasions de sortie se raréfient parfois avec l'âge alors que certains usages peuvent persister (Reynaud-Maurupt et Hoareau, 2010). Ils se déroulent alors davantage dans des espaces privés (domicile, soirées entre amis, etc.). Si les consommations restent récréatives³ pour un grand nombre d'utilisateurs, celles-ci finissent parfois par s'avérer problématiques, du fait de la survenue d'une dépendance, de leur impact sanitaire (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues » p. 49) ou encore en induisant ou aggravant une vulnérabilité sociale.

Dans l'espace festif alternatif

Les utilisateurs rencontrés dans l'espace alternatif affichent clairement des usages plus prononcés que dans les autres lieux festifs : consommations répétées de cannabis, d'alcool, de MDMA/ecstasy, de cocaïne, mais aussi d'amphétamines et, ce qui peut encore apparaître comme une spécificité de ces fêtes, d'hallucinogènes (LSD, kétamine, etc.) ou encore, plus marginalement, de nouveaux produits de synthèse (NPS). L'héroïne, qui circule ici sous le terme « rabla »⁴, ou les benzodiazépines (BZD) peuvent également être consommés pour faciliter les « descentes »⁵ de stimulants (Cadet-Taïrou, 2016b ; Cadet-Taïrou et al., 2016 ; Gérome et al., 2018).

1. On entend ici par utilisateurs de drogues des personnes plutôt engagées dans un polyusage incluant au moins une substance peu diffusée dans la population générale (donc autre que tabac, alcool ou cannabis).

2. L'insertion sociale est appréciée ici au regard de la stabilité du logement, de l'existence et de l'origine des revenus et de la couverture sociale.

3. Usages dans un objectif de plaisir ou de performance festive, qui reste modéré et maîtrisé, n'entraînant pas ou peu de conséquences sur la santé ou sur les comportements (toute prise de substances pouvant provoquer des accidents aigus)

4. Employé par les vendeurs pour éviter le terme héroïne, dissuasif pour certains publics.

5. Période, parfois très pénible, de baisse et d'arrêt des effets.

Les « teufeurs », population centrale de ces fêtes alternatives, sont pour une part « semi-insérés » socialement : bénéficiant d'un réseau amical et familial et d'un logement, ils connaissent une insertion difficile ou fragile sur le marché du travail. D'autres, souvent plus jeunes (20-30 ans), à l'insertion sociale ordinaire, se rendent, en fin de semaine, en événement alternatif. La revente de substances (MDMA/ecstasy, hallucinogènes...) permet notamment à certains de ces usagers de financer leur consommation. Pour une frange des teufeurs, les « voyageurs » (30-45 ans), qui se déplacent au rythme des événements alternatifs, les consommations s'intègrent, à des degrés divers, dans un mode de vie revendiqué comme contre-culturel. Au cours de la décennie 2010, a émergé une nouvelle génération de teufeurs militants, parfois à peine majeurs, investis dans l'organisation de fêtes et portant les valeurs d'autonomie, de solidarité et de liberté de l'origine du mouvement (Cadet-Tairou *et al.*, 2016 ; Gérome *et al.*, 2018).

La présence de « consommateurs d'espace festif », observés dès les années 2000 dans les fêtes alternatives de grande ampleur (tekival) ou bénéficiant d'une large publicité, s'est renforcée au cours de la décennie 2010, avec en particulier la présence plus fréquente de mineurs (dès 15 ans pour certains). Sans intérêt particulier pour les valeurs portées par le mouvement alternatif, dont ils maîtrisent peu les codes, ils fréquentent occasionnellement cet espace comme d'autres scènes festives, attirés par son caractère transgressif ou par la disponibilité des produits. Leur méconnaissance des pratiques de réduction des risques et des dommages (RdRD) peut être à l'origine de la survenue de problèmes sanitaires particulièrement fréquents semble-t-il (Cadet-Tairou *et al.*, 2016 ; Gérome *et al.*, 2018).

Dans les espaces festifs commerciaux

Ce terme englobe des clubs où se joue de la musique plus ou moins populaire ou de l'électro plus pointu, mais aussi des bars musicaux. Les « clubbers », plus âgés que les teufeurs et inscrits dans une culture davantage hédoniste et moins contestataire, disposent de revenus supérieurs. Outre l'alcool, leurs produits-phares sont avant tout stimulants : cocaïne et/ou MDMA/ecstasy, selon l'âge et les revenus. L'espace festif gay ou « gay-friendly » se démarque par la consommation plus fréquente de certaines substances, également utilisées en contexte sexuel (« chemsex ») : GHB/GBL ou poppers (Gérome *et al.*, 2018 ; Milhet et Néfau, 2017). Le milieu gay-friendly apparaît par ailleurs comme un prescripteur de tendances vers d'autres espaces.

Parmi les plus jeunes

Les plus jeunes, lycéens et étudiants notamment, ont souvent, outre l'alcool, des consommations spécifiques. Souvent opportunistes (non anticipées et sans que les usagers aient des connaissances sur le produit), ces consommations sont moins onéreuses et concernent des produits dont les caractéristiques (brièveté des effets, facilité d'accès et de consommation) tendent à minimiser le sentiment de mise en danger de ces populations novices. Outre les fréquentes consommations de cannabis, cette tendance a favorisé l'essor des cocktails codéinés jusqu'à la mi-2017⁶ (voir chapitre

6. Le 12 juillet 2017, les médicaments contenant de la codéine, du dextrométhorphan, de l'éthylmorphine ou de la noscapine deviennent, par arrêté, uniquement disponibles sur ordonnance à la suite de la diffusion de leur consommation récréative au sein du jeune public.

« Héroïne et autres opioïdes », p. 136). C'est plus récemment le cas des poppers, et du protoxyde d'azote, qui connaît un retour de popularité (Cadet-Taïrou, 2016c ; Cadet-Taïrou et al., 2016 ; Gérôme et al., 2018).

Les usagers précarisés

Les consommations problématiques peuvent induire ou accompagner une situation sociale déjà dégradée ou même s'insérer d'emblée dans un contexte de grande difficulté sociale et psychique.

Les usagers désocialisés « traditionnels »

Majoritairement des hommes âgés de plus de 35 ans, souffrant fréquemment de troubles psychiatriques, ils constituent, en quelque sorte, l'archétype de l'utilisateur de drogues désocialisé. Souvent polyusagers, la variété des substances qu'ils consomment reste limitée par la faiblesse de leurs ressources. Leur consommation de base se compose de substances peu onéreuses : médicaments surtout (buprénorphine haut dosage – BHD, BZD, parfois prescrits dans le cadre de leur traitement) ou encore du crack, potentiellement associées à de fortes consommations d'alcool. Les substances plus chères restent occasionnelles (Cadet-Taïrou et al., 2015 ; Lermenier-Jeannet et al., 2017), quoique la cocaïne leur soit de plus en plus accessible depuis le milieu de la décennie 2010 (Cadet-Taïrou et al., 2016). Si moins de la moitié de ces usagers semblent avoir recours à l'injection (Lermenier-Jeannet et al., 2017), cette pratique est souvent réalisée dans des conditions d'hygiène particulièrement problématiques.

Les jeunes en errance

On distingue ici deux profils différenciés par leur consommation. Les « jeunes alternatifs », d'une part, sont les plus visibles, adoptant les codes vestimentaires de la contre-culture et l'image du « punk à chien ». Ils tendent à mêler, dans un polyusage opportuniste, les substances et les pratiques issues de leur acculturation à l'espace festif alternatif (stimulants synthétiques, hallucinogènes, chasse au dragon⁷, cocaïne basée), à celles propres aux usagers urbains les plus précaires (injections, partage du matériel, usage de médicaments et héroïne si l'achat en est possible). Pour les jeunes « en errance urbaine », d'autre part, la vulnérabilité sociale apparaît nettement au premier plan et les consommations restent centrées sur l'alcool et le cannabis (Cadet-Taïrou, 2016a ; Cadet-Taïrou et al., 2015b).

Mineurs ou récemment majeurs, les jeunes en errance des deux groupes partagent une marginalité marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profonde, aboutissement d'un processus de désaffiliation au cours duquel ils ont quitté le domicile familial ou une institution d'aide à l'enfance. Sans abri fixe (6 à 7 sur 10 parmi ceux rencontrés dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues-CAARUD en 2012), majoritairement sans ressources (8 sur 10 pour ceux « en errance urbaine »), ils vivent de mendicité, de deal, mais aussi de la prostitution pour les derniers mentionnés (Cadet-Taïrou et al., 2015 ;

7. Inhalation des vapeurs produites par le chauffage, à l'aide d'un briquet, de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium.

Reynaud-Maurupt *et al.*, 2009). À Paris ou dans d'autres métropoles régionales, la présence de jeunes migrants, mineurs en situation irrégulière, dont les plus jeunes (parfois moins de 15 ans) affichent des pratiques intensives d'inhalation de solvants, est devenue sensible. Malgré les dommages sanitaires physiques liés à la précarité souvent extrême de leurs conditions de vie et ceux psychiques découlant de leur parcours, la méfiance à l'égard des institutions et des soins, partagée par tous ces groupes, rend difficile l'élaboration d'une prise en charge.

Les migrants en provenance d'Europe centrale et orientale

Les années 2000 et suivantes ont vu l'installation dans plusieurs métropoles françaises d'usagers de drogues ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Géorgie, Pologne, Ukraine, etc.), hommes seuls rejoints pour certains ultérieurement par leur famille (Cadet-Taïrou, 2013). Certains ont débuté leur consommation d'héroïne injectée, mais aussi d'amphétamines, dans leur pays d'origine. En France, les usages se portent sur les médicaments, au premier rang desquels se situe la BHD, pour certains la méthadone injectée (Tissot, 2018), et, depuis 2017, le crack ou la cocaïne (Gérome *et al.*, 2018). Les conditions de vie de ces migrants s'apparentent à celles des usagers les plus marginalisés, situation aggravée par le caractère souvent irrégulier du séjour sur le territoire français et la méconnaissance de la langue.

Les patients en traitement de substitution

Les plus âgés (35-55 ans) ont pu connaître la dépendance avec l'héroïne, avant la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) à partir de 1995, une part d'entre eux ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée ». D'autres ont pu être d'emblée des polyusagers d'opioïdes (voir chapitre « Héroïne et autres opioïdes », p. 136), et conserver leur niveau d'insertion sociale d'origine. Certains, en marge de leur TSO, continuent de consommer d'autres substances de façon occasionnelle : opioïdes, qu'ils jugent plus « satisfaisants » que les médicaments opioïdes de substitution (héroïne, morphine), ou d'autres substances dont les usages peuvent les amener à développer des codépendances (en particulier cocaïne et alcool). Enfin, quelques uns ont pu voir leur équilibre bousculé par l'arrivée des NPS (Martinez et Lahaie, 2013) ou encore par la diffusion plus intense du crack depuis 2017 (Gérome *et al.*, 2018). Cette population est également consommatrice de BZD, le plus souvent dans un cadre thérapeutique (Cadet-Taïrou, 2015). Enfin, certains d'entre eux, même en TSO, ne parviennent pas à arrêter l'injection. Ces usagers constituent une partie importante des files actives des dispositifs de soins spécialisés.

Référence législative

Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses. *JORF* n° 165 du 16 juillet 2017, texte n° 5 (NOR *SSAP1720470A*).

Modes d'usage, évolutions récentes

Agnès Cadet-Taïrou

Si l'alcool est consommé par voie orale et le tabac, en France, quasi exclusivement fumé, les modes d'absorption utilisés pour les autres substances psychoactives, voie orale (VO), snif, injection intraveineuse (IV), inhalation, sont susceptibles de varier selon les périodes, les contextes et les profils des usagers. Ces modes d'absorption sont, par les risques propres qu'ils induisent, à l'origine d'un large pan de la réduction des risques. Ils peuvent aussi, compte tenu des représentations auxquelles ils sont associés, influencer sur la consommation de certains produits.

Une hybridation des modes d'usage...

À partir des années 2000, les modes de consommation des substances psychotropes illicites ou détournées de leur usage prévu ont eu tendance à se diversifier. Ainsi, l'héroïne, souvent encore perçue comme fortement liée à l'injection, est actuellement majoritairement sniffée, la cocaïne habituellement sniffée est de plus en plus fumée (après transformation chimique en cocaïne base – voir chapitre « Cocaïne, crack, free base », p. 124) mais également injectée par les usagers les plus problématiques (tableau 1). Cette évolution tient à la fois à la diffusion de nouvelles pratiques telles que le snif, popularisé par la diffusion de la cocaïne ou la chasse au dragon (définition p. 36) portée par le mouvement festif techno, mais aussi à des phénomènes de porosité et d'échanges entre groupes d'usagers aux consommations, pratiques et représentations différentes. Le choix de la voie d'absorption reste cependant dépendant des caractéristiques des produits (le snif de MDMA est décrit comme douloureux, la cocaïne-poudre fumée perd une grande part de ses effets et la méthadone est a priori non injectable...) et répond aux sensations recherchées par les usagers : l'injection provoque pour les usagers un effet immédiat et très intense qui peut aussi être obtenu avec l'inhalation, alors que la « montée » est décrite comme plus progressive avec le snif et davantage encore avec la voie orale.

L'injection représente la voie d'usage la plus délétère du fait des détériorations veineuses locales par l'intrusion des aiguilles ou de particules diverses et des infections bactériennes ou virales, favorisées par un environnement insalubre, des manipulations incorrectes, la réutilisation et surtout le partage du matériel (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49) (INSERM, 2010b). Les autres voies ne sont pas dénuées de risques, même si elles permettent de réduire certains d'entre eux. Ceux liés au produit, en particulier dépendance et surdoses, demeurent présents et la transmission de l'hépatite C est toujours possible en cas de partage de matériel : la paille pour le snif ou les pipes pour l'inhalation. Chaque voie expose en outre à des risques propres tels que les ulcérations des parois nasales en cas de snif répété, les altérations pulmonaires (emphysème) pour l'inhalation ou encore les effets nocifs de la fumée en cas de combustion.

Tableau 1. Présentation des principaux modes d'absorption des substances selon les profils d'usagers

Produits	Usagers dépendants très précarisés ¹	Usagers des espaces festifs alternatifs ¹	Usagers des espaces festifs conventionnels ¹	Usagers problématiques insérés ou semi insérés ¹
Cannabis	Fumé (C) en joint, moins fréquent : pipe à eau (bang) Développement des usages en vaporisateurs ou en cigarette électronique, parfois VO			
Cocaïne	Surtout IV ou fumée ² (SC)	Surtout sniffée, de + en + fumée ² (SC)		Surtout sniff, de + en + fumée ² (SC), IV possible
Ecstasy (MDMA comprimés)	VO, mais aussi IV	Plutôt VO, parfois sniff	VO, émergence sniff	VO
MDMA poudre	VO ³ , mais aussi IV	VO ³ , sniff, fumée ⁴ (SC)	Plutôt VO ³ , parfois sniff	Plutôt VO
Amphétamine	Snif, IV par les plus précaires	Plutôt sniff, aussi VO ³ ou fumée ⁴ (SC)	Snif, parfois VO ³	Snif
Héroïne	Plutôt IV, de + en + fumée (SC)	Fumée, parfois IV	Snif	Snif, IV possible
BHD UNC	IV ou sniff mais aussi fumée ⁴ (SC) ou VO			Sublinguale, sniff ou IV
Méthadone UNC	VO (Sirop injecté à la marge)			VO
Sulfate de morphine UNC	IV, sniff possible			Plutôt VO mais aussi IV
Benzodiazépines	VO, moins souvent IV		VO	VO
GHB/GBL				VO
Nouveaux produits de synthèse	VO, sniff, IV, fumés, selon molécule	VO, sniff, IV, fumés, selon molécule		VO, sniff, IV, fumés, selon molécule, plug ⁵
Kétamine		Snif, plus rarement IM, IV marginal	Snif	Snif, plus rarement IV, plug ⁵
LSD			VO	
Plantes/champignons hallucinogènes		VO		VO

VO Voie orale IV Injection intraveineuse IM Injection intramusculaire C Combustion

SC sans combustion = inhalation UNC usage non conforme ■ peu consommé par ce profil

¹ Voir catégories d'usagers dans le chapitre « Profils d'usage et d'usagers de drogues », p. 34

² La cocaïne est préalablement transformée sous sa forme base (crack, free base) pour être fumée sans perte d'effet (voir chapitre « Cocaïne, crack, free base », p. 124).

³ En parachute (ou bombe), c'est-à-dire emballée dans un morceau de papier qui est avalé

⁴ Méthode de la chasse au dragon

⁵ Voie anale

Source : TREND, OFDT

... sans recul réel de l'injection

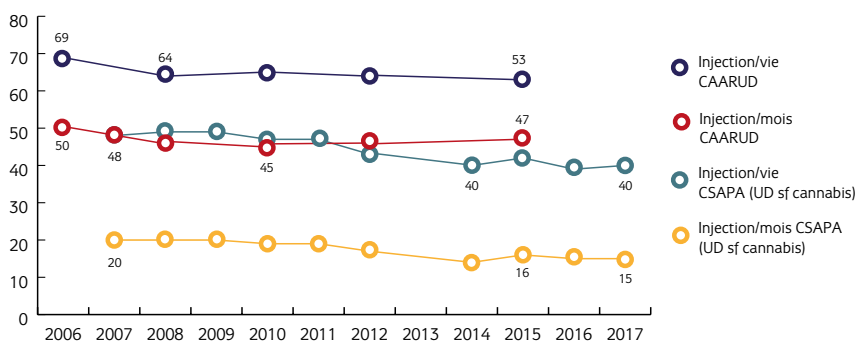
Globalement, la part des usagers pratiquant l'injection par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (UD) a reculé au cours des vingt dernières années. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) orientés vers le traitement des usagers de drogues illicites recevaient 60 % de personnes ayant déjà utilisé l'injection en 2000, mais seulement 25 % en 2016 (Palle et Rattantray, 2018). Mais il ne s'agit pas d'un reflux numérique : cette diminution tient en fait à l'accroissement régulier du nombre d'usagers de substances illicites qui ne sont pas injecteurs. Le nombre d'injecteurs au cours d'un mois donné, estimé en 2014 à 86 000 parmi les personnes suivies en CSAPA, est similaire à l'estimation

de 2006, égale à 81 000 (Janssen, 2018). L'injection, en effet, reste très utilisée dans des sous-groupes d'usagers dépendants, dont certains en grande précarité. Ainsi, parmi les usagers de produits illicites (hors cannabis) pris en charge en CSAPA ou ceux plus précarisés qui ont recours aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD), la part des personnes utilisant l'injection ne décroît pratiquement plus (figure 1), malgré de fortes incitations des intervenants pour que les usagers utilisent plutôt la voie fumée, moins à risque. D'autres problématiques ont en outre émergé, telles que l'initiation solitaire à l'injection ou entre pairs isolés, sans connaissances de réduction des risques (INSERM, 2010a), ou encore les injections compulsives de stimulants, amenant parfois un injecteur de cocaïne ou encore de cathinones (voir chapitre « Nouveaux produits de synthèse », p. 151) à plus de 10 injections quotidiennes (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018).

Parmi les usagers actifs interrogés dans les CAARUD en 2015 (figure 2), le produit le plus fréquemment injecté lorsqu'il est consommé au cours du dernier mois est le sulfate de morphine (Skenan®) (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). Cependant, compte tenu des prévalences de consommation des différents produits, parmi les injecteurs, le premier produit injecté est la cocaïne (44 %), puis viennent l'héroïne (38 %), le sulfate de morphine et la BHD (35 % chacun), loin devant les autres substances (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018) (OFDT, données non publiées).

Si, en outre, on tient compte de la répétition des injections de stimulants (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018), le produit le plus fréquemment injecté est, de très loin, la cocaïne. Cette prédominance des stimulants dans les injections est également visible parmi les publics qui utilisent les automates d'échanges de seringues,

Figure 1. Part des usagers ayant utilisé l'injection au cours du mois ou de l'année précédant l'enquête parmi ceux rencontrés en CAARUD et en CSAPA de 2006 à 2017 (en %)

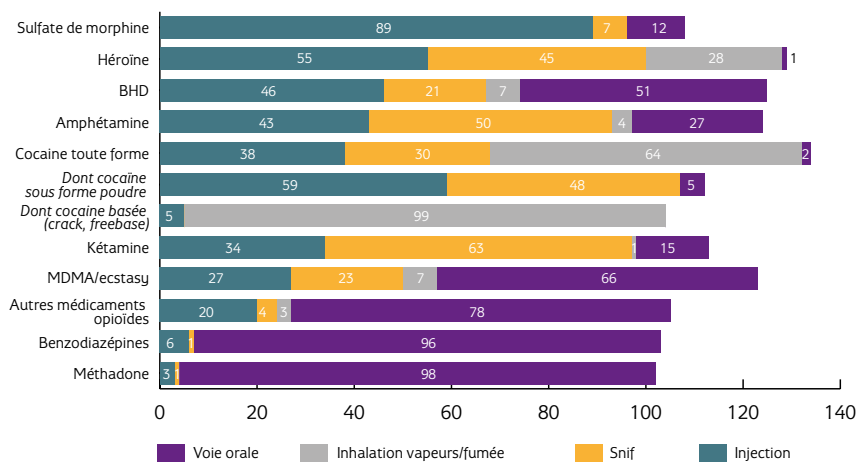


Note : les usagers des CSAPA inclus ici sont pris en charge pour une consommation problématique de drogue illicite, à l'exception du cannabis seul. C'est pourquoi cette donnée est différente de celle citée dans le texte pour l'injection vie (25 %).

Sources : RECAP 2007-2017 et ENa-CAARUD 2006-2015, OFDT

souvent des usagers socialement insérés qui ne souhaitent pas fréquenter les CAARUD. Les analyses des produits retrouvés dans les seringues usagées collectées dans ces appareils montrent la présence de cocaïne et de cathinones, chacun dans 33 % d'entre elles ; l'héroïne, le sulfate de morphine et la BHD sont identifiés respectivement dans 21 %, 13 % et 6 % des cas (Seyler et al., 2019).

Figure 2. Fréquence des modes d'usage selon les produits consommés par les usagers rencontrés dans les CAARUD (en %)



Notes : Total supérieur à 100 %. Plusieurs voies peuvent être utilisées par un même usager. Le terme cocaïne basée inclut la cocaïne achetée sous forme déjà basée (crack) et la cocaïne-poudre basée après achat. Concernant la BHD, le terme « voie orale » doit s'entendre comme « voie sublinguale ».

Source : ENa-CAARUD 2015, OFDT

Questions liées au matériel

Les quantités de matériels de consommation stériles distribués afin de réduire les risques pris par les usagers connaissent un accroissement continu. Entre 2014 et 2015 (dernières données disponibles), le nombre de seringues distribuées par le biais des seuls CAARUD a augmenté de 7,4 % (pour atteindre 7,3 millions), avec une demande touchant particulièrement des usagers moins connus des structures de soins ou de réduction des risques (+ 22 % et + 25 % pour celles que les CAARUD distribuent via les pharmacies et les automates) ; le nombre de kits d'inhalation (pour fumer le crack) a été multiplié par 2 et le nombre de pipes par 1,4 ; pour le snif, le nombre de carnets de feuilles à rouler distribués pour former des pailles à usage unique s'est accru de 17 % et le sérum physiologique de 100 % (Díaz Gómez, 2018) (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

En dépit de ces quantités, limitées par les capacités financières des structures, le matériel d'injection semble distribué en quantité insuffisante au regard des besoins, de même que le matériel pour fumer la cocaïne basée (Cadet-Taïrou et al., 2017 ; Díaz Gómez, 2018 ; Pfau et Cadet-Taïrou, 2018).

Spécificités territoriales des usages à l'adolescence

Olivier Le Nézet, Antoine Philippon

Les consommations des différents produits psychoactifs varient d'une région à l'autre et l'on observe également des spécificités selon les produits. Ce chapitre présente une cartographie des consommations à la fin de l'adolescence à partir de l'enquête ESCAPAD 2017 menée auprès des adolescents de 17 ans, enquête permettant une telle exploitation compte tenu de sa puissance statistique¹.

Des consommations adolescentes géographiquement contrastées dans l'Hexagone

Les distributions régionales des niveaux d'expérimentation de tabac (59 % de l'ensemble des adolescents français de 17 ans) ou de tabagisme quotidien (25 %) présentent un territoire métropolitain relativement contrasté, avec notamment une opposition entre les régions du quart nord-est, moins consommatrices, et le reste du territoire.

Il existe une forte corrélation entre expérimentations (86 %), usages réguliers (8,4 %) et usages ponctuels importants d'alcool (50 %) : lorsque l'un des indicateurs d'usage d'alcool est élevé, les autres le sont également. Ainsi, quel que soit l'indicateur retenu à 17 ans, les adolescents des régions de la façade atlantique se révèlent toujours surconsommateurs d'alcool par rapport à leurs homologues du reste du territoire.

Les niveaux d'expérimentation de cannabis (39 % en moyenne) se distribuent, hormis la Bretagne et la Corse, selon un gradient nord-sud marqué. Au sud, les régions Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur présentent les niveaux d'expérimentation parmi les plus élevés, alors que, dans la moitié nord du pays, les usages au cours de la vie sont inférieurs de 10 points dans les Hauts-de-France, l'Île-de-France, le Grand-Est et le Centre-Val de Loire. La Bretagne, avec une prévalence de l'expérimentation élevée, et la Corse, avec une prévalence faible, dérogent toutefois à cette opposition nord-sud.

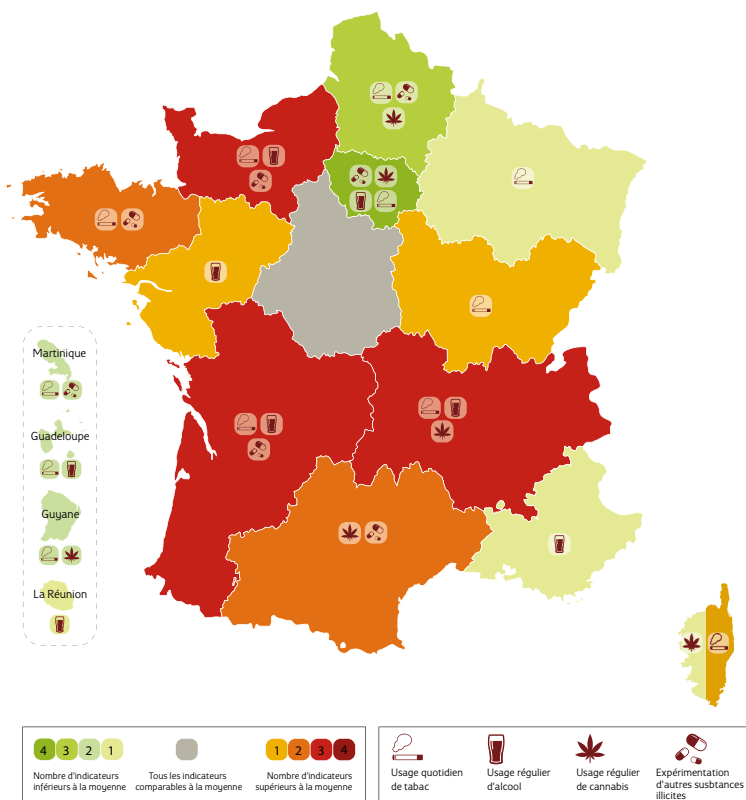
Toutes les régions de la façade ouest du pays, à l'exception des Pays de la Loire, présentent une proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir déjà expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis plus importante que dans le reste du territoire : ce type d'expérimentations concerne un peu moins de 10 % des adolescents de 17 ans en Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Normandie et Bretagne. Ces expérimentations sont plus rares en Île-de-France et dans les Hauts-de-France, où seul un adolescent de 17 ans sur vingt en déclare.

1. Les données en population adulte feront l'objet d'une exploitation régionale ultérieure.

En retenant les quatre indicateurs que sont les usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis, d'une part, et l'expérimentation d'au moins une autre drogue illicite, d'autre part, il est possible de dresser une typologie des régions selon les niveaux observés pour chacun de ces comportements (carte 1). Au regard de ces quatre niveaux d'usage, le territoire métropolitain oppose grossièrement les régions du centre et du nord-est au reste du pays, la région PACA, au sud-est, faisant exception.

■ Trois régions bordant le nord et nord-est du pays (Hauts-de-France, Île-de-France et Grand-Est) ainsi que la région PACA présentent au moins un des niveaux d'usage retenus inférieur à la moyenne métropolitaine, alors qu'aucun des trois autres ne s'avère supérieur. Pour l'Île-de-France, les trois niveaux d'usages réguliers ainsi que celui de l'expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis se situent même au-dessous de ceux observés dans les autres régions. Il s'agit de la seule région dans ce cas.

Carte 1. Nombre d'indicateurs au-dessous/au-dessus de la moyenne nationale parmi alcool régulier, tabagisme quotidien, cannabis régulier, expérimentation d'au moins un autre produit illicite



Source : ESCAPAD 2017, OFDT

- À l'opposé, 7 des 13 régions métropolitaines, soit les régions de la façade atlantique (Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine) et les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Bourgogne-Franche-Comté comptent au moins 2 de ces indicateurs d'usages au-dessus des moyennes nationales. Dans trois régions, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Normandie, trois des indicateurs sont supérieurs.
- La région Centre-Val de Loire est la seule région hexagonale où aucun des niveaux d'usages retenus ne se distingue de ceux mesurés sur le territoire.
- La Corse présente un profil spécifique avec, à la fois, un indicateur dont le niveau est inférieur à celui observé ailleurs sur le territoire (il s'agit de l'usage régulier de cannabis) et un indicateur supérieur (celui de l'usage quotidien de tabac).

La situation dans les Outre-mer

Dans les quatre territoires ultramarins étudiés, conformément à ce qui a pu être observé dans d'autres travaux, les jeunes de 17 ans présentent des niveaux de consommation inférieurs à ceux mesurés chez les adolescents interrogés en France métropolitaine. Les niveaux d'usage quotidien de tabac sont très faibles en Martinique (15 %), en Guadeloupe (11 %) et en Guyane (6 %). L'usage régulier d'alcool est deux fois moins répandu en Guadeloupe (5 %) et à La Réunion (4 %) qu'en France métropolitaine. Malgré cela, l'expérimentation d'alcool s'avère plus élevée en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique que dans le reste du territoire, et celle de cannabis s'avère supérieure à La Réunion.

Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises

Christophe Palle, Aurélie Lermenier-Jeannet, Ivana Obradovic

Deux types d'indicateurs permettent de comparer les niveaux de consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites. Le premier provient des enquêtes de prévalence, menées auprès d'un échantillon représentatif de la population adolescente ou adulte. Ces données sont comparables dès lors que l'enquête est menée à l'identique dans différents pays, ce qui est le cas pour l'alcool (partiellement) et le tabac. Dans le cas des drogues illicites, les chiffres reposent sur des questions communes utilisées dans diverses enquêtes nationales.

Les données de ventes¹ en volume constituent le deuxième type d'indicateur. Par définition, de telles données n'existent que pour les substances licites.

Alcool : une position moyenne en Europe

En matière d'alcool, la France occupe une position intermédiaire en Europe. D'après les données de l'enquête SEAS (Palle *et al.*, 2017), menée en 2015 dans 19 pays européens, 85 % de la population adulte (18 à 64 ans) déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, ce qui place la France au 13^e rang derrière le Danemark (93 %), où la prévalence est la plus importante, et loin devant l'Italie (70 %) et le Portugal (72 %), où elle est la plus faible. La France se situe cependant parmi les pays où la proportion de consommateurs quotidiens est élevée, en 6^e position (13 %), derrière notamment la Bulgarie (37 %), le Portugal (23 %) et l'Espagne (20 %). Avec une prévalence de 33 % d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans l'année, la France est proche de la moyenne européenne.

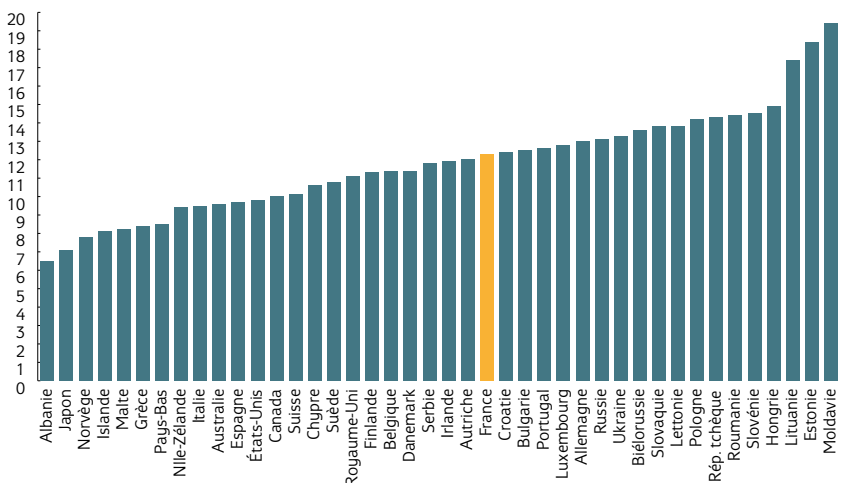
Cette position en milieu de tableau se retrouve chez les élèves âgés de 15-16 ans en 2015 (The Espad Group, 2016). Les jeunes Français se classent, pour les consommations et les ivresses dans le mois, aux 20^e et au 16^e rang des 35 pays participants, avec des prévalences respectives de 53 % et 13 %. Trois élèves sur dix (31 %) rapportent une API au cours des trente derniers jours, pourcentage un peu inférieur à la moyenne européenne (35 %).

Les données de prévalence sont utilement complétées par les volumes d'alcool mis en vente. Avec 12 litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus, soit en moyenne 2,6 verres par jour et par habitant de cette tranche d'âge, la France se classe en 2015 également dans une position intermédiaire (figure 1), au 15^e rang des 28 États de l'Union européenne (UE). Les volumes d'alcool consommés en France sont plus faibles que dans la plupart des pays d'Europe orientale mais restent parmi les plus élevés d'Europe de l'Ouest.

1. Il peut s'agir d'une approximation des ventes. Ainsi, en France, les volumes de tabac vendus sont approximés par les volumes livrés aux buralistes. En ce qui concerne l'alcool, ils sont reconstitués à partir des droits d'accises sur les volumes perçus par la Direction générale des douanes et des droits indirects.

Compte tenu des différences relativement faibles et parfois fluctuantes selon les sources², les consommations peuvent être considérées comme semblables à celles de nombreux pays directement voisins ou proches (Allemagne, Portugal, Irlande, Autriche, Croatie, Danemark, Belgique). La France, tout comme de nombreux pays européens, affiche en revanche des volumes de vente nettement supérieurs à ceux de tous les pays extra-européens (à l'exception de la Russie).

Figure 1. Nombre de litres d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus, pays membres de l'UE et autres pays à niveau de développement comparable en 2015



Source : OMS (données consultables en ligne : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.euro.A1039?lang=en&showonly=GjSAH>)

Note : ces données totalisent les litres d'alcool pur contenus dans les volumes de boissons alcoolisées, qu'elles soient vendues dans un circuit de vente officiel ou non.

Tabac : les Français parmi les plus fumeurs

Selon l'enquête Eurobaromètre menée dans tous les pays de l'UE (TNS Opinion & Social, 2017), la France se situe à un niveau très élevé de prévalence du tabagisme (33 % de fumeurs quotidiens parmi les 15 ans et plus vs 24 % en moyenne au niveau européen). Dans l'enquête nationale de référence, le Baromètre santé 2017 (Pasquereau et al., 2018), la prévalence apparaît un peu moins élevée (27 % des 18-75 ans), mais toujours supérieure à celle de la plupart des pays voisins. Toutefois, la baisse récente observée entre 2016 et 2017 pourrait, si elle persiste, faire évoluer la position

2. La Commission européenne publie également des données pour le même indicateur. Pour l'année 2015, il existe pour certains pays des écarts avec l'estimation de l'OMS allant jusqu'à 2 à 3 litres d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus. Les volumes d'alcool pur consommés en Allemagne deviennent ainsi inférieurs à ceux de la France, et ceux du Royaume-Uni deviennent légèrement supérieurs.

qu'occupe la France dans ce domaine. Dans les pays au développement économique comparable hors UE, le niveau de tabagisme est nettement inférieur. En 2015, 11 % des Américains et des Islandais et 15 % des Néo-Zélandais âgés de 15 ans et plus déclaraient fumer quotidiennement (Lermenier-Jeannet, 2018).

À l'adolescence, les jeunes Français se distinguent déjà par une proportion élevée de fumeurs : 26 % des élèves de 15-16 ans ont consommé du tabac dans le dernier mois en 2015, alors que la moyenne des pays participants s'établit à 21 %. La proportion de fumeurs quotidiens au cours de cette même période est de 16 % (14 % chez les garçons et 17 % chez les filles) en France, contre 12 % pour l'ensemble des pays participants (The Espad Group, 2016).

La position de la France apparaît un peu différente si l'on se réfère aux volumes de vente par habitant. En métropole, ces volumes sont deux fois inférieurs à la moyenne européenne³, avec 811 grammes de tabac par habitant en 2017, soit l'équivalent de 40 paquets de 20 cigarettes par an. La discordance de classement, selon le niveau de ventes ou la prévalence du tabagisme quotidien, s'explique par l'importance des achats effectués hors du réseau des buralistes, en particulier dans les pays voisins aux frontières nord-est et sud-ouest de la France (Lermenier-Jeannet et Palle, 2017).

Drogues illicites : l'Hexagone en tête pour le cannabis

Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), la France apparaît depuis les années 2000 comme le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'UE. Avec 41 % d'individus âgés de 15 à 64 ans indiquant avoir déjà fumé du cannabis, la France occupe en 2016 la 1^{ère} place du tableau européen, devant le Danemark (38 %), l'Italie (33 %) et l'Espagne (32 %). La proportion de consommateurs dans l'année confirme le 1^{er} rang français (11 % contre 7 % en moyenne européenne).

Les adolescents français se distinguent particulièrement par une prévalence de l'usage de cannabis : 17 % des élèves âgés de 15-16 ans en ont consommé au cours du dernier mois, contre 7 % en moyenne pour les pays inclus dans l'enquête ESPAD (The Espad Group, 2016).

En tête du classement européen, la France se situe, en termes de prévalence élevée de l'usage occasionnel ou régulier de cannabis, à des niveaux comparables à ceux des États-Unis et du Canada, pays qui comptent le plus de consommateurs au monde (Johnston *et al.*, 2018 ; Rotermann et MacDonald, 2018 ; SAMHSA, 2017).

Cette prévalence élevée de la consommation de cannabis contraste avec celle de stimulants, plus faible que dans d'autres pays. Concernant la cocaïne, la France occupe néanmoins les premiers rangs du tableau européen, derrière le Royaume-Uni et l'Espagne qui comptent près de 10 % d'expérimentateurs et 2 % d'usagers dans l'année parmi les 15-64 ans.

3. Moyenne calculée en excluant le Luxembourg, où les ventes sont très élevées en raison de la vente aux résidents d'autres pays liée au bas niveau des prix du tabac.

En termes de diffusion de la MDMA/ecstasy, la France arrive en 5^e position au sein de l'UE, avec un taux d'expérimentation de 4,1 % parmi les 15-64 ans, deux fois inférieur à celui des pays les plus consommateurs (Irlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, République tchèque).

Les usages d'autres drogues illicites, comme par exemple l'héroïne, ne sont déclarés que par une très faible proportion de la population, en France comme dans les autres pays européens. Si l'EMCDDA ne fournit pas de données comparables pour ce produit, on dispose d'estimations du nombre d'usagers problématiques d'opioïdes⁴ (EMCDDA, 2018a) grâce à des méthodes statistiques spécifiques : la France, avec 5,7 usagers problématiques d'opioïdes pour 1 000 habitants, fait partie des pays ayant des prévalences élevées. Ce niveau, plus faible qu'au Royaume-Uni (8 pour 1 000) et qu'en Irlande (6,2 pour 1 000), est comparable à ceux de différents autres pays européens (Portugal, Italie, Autriche, Lituanie, Lettonie).

4. La diversité des méthodes d'estimation utilisées dans les différents pays doit cependant inciter à considérer ce classement avec prudence. Ces estimations ne sont d'ailleurs pas disponibles dans tous les pays.

Morbidité et mortalité liées aux drogues

Anne-Claire Brisacier, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle

La consommation de substances psychoactives peut provoquer un ensemble de conséquences négatives pour la santé des consommateurs, à court comme à long terme. Ces conséquences dépendent de la toxicité et de la dangerosité intrinsèques des différentes drogues, des susceptibilités individuelles, des circonstances et des modes de consommation. Au niveau collectif, elles dépendent également du nombre de consommateurs, bien supérieur pour le tabac et l'alcool que pour les drogues illicites, ce qui explique en partie le poids beaucoup plus important dans un pays comme la France des dommages liés à ces deux substances licites qu'aux produits illégaux. Ce chapitre décrit successivement la mortalité et les pathologies liées à l'alcool, au tabac et aux principales drogues illicites.

Mortalité et maladies liées à l'alcool

La consommation d'alcool expose à des risques pour la santé plus ou moins élevés selon les quantités bues, le mode d'usage et la durée d'usage. On peut distinguer les effets aigus des effets à long terme. Les alcoolisations ponctuelles modifient rapidement les perceptions et la vigilance et peuvent ainsi être à l'origine d'accidents et de passages à l'acte aux conséquences parfois graves pour les tiers et la personne alcoolisée ; les très fortes alcoolisations sont susceptibles de provoquer un coma et, dans certains cas rares, le décès. L'alcoolisation chronique, c'est-à-dire se répétant régulièrement, augmente le risque de nombreuses maladies pouvant conduire au décès : cancers touchant certains tissus et organes (cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du colon et rectum, du foie, du larynx et du sein), maladies cardiovasculaires (arythmie cardiaque, accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique et maladie hypertensive chez les hommes, cardiomyopathie alcoolique, varices œsophagiennes), du système digestif (gastrite alcoolique, maladie alcoolique du foie, hépatite chronique, fibrose et cirrhose du foie) et du système nerveux (encéphalopathie de Wernicke, maladie mentale liée à l'alcool, dégénérescence du système nerveux due à l'alcool, polynévrite alcoolique) (Bonaldi et Hill, 2019). L'alcool, lorsqu'il est consommé à faible dose, diminue les risques pour l'hypertension (chez les femmes uniquement), les cardiopathies ischémiques et le diabète de type 2 (Bonaldi et Hill, 2019). L'alcool est, dans certains cas, le seul facteur de risque pour certaines maladies. Le plus souvent, cependant, les facteurs de risques sont multiples et la détermination d'un nombre de malades et de décès repose sur des fractions attribuables, elles-mêmes calculées à partir de risques relatifs, qui indiquent l'augmentation de risque (de maladie ou de décès) des consommateurs d'alcool par rapport aux non-consommateurs.

Mortalité : les hommes davantage touchés

Une mortalité encore très importante...

D'après la dernière estimation disponible (Bonaldi et Hill, 2019), le nombre de décès liés à la consommation d'alcool en France s'est élevé à 41 000 en 2015, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes. Parmi ces décès, 39 % (16 000) sont provoqués par des cancers, 24 % (9 900) par des maladies cardiovasculaires, 17 % (6 800) par des maladies digestives, 13 % (5 400) par accidents ou suicides et 7 % (3 000) par d'autres causes. Au total, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins parmi les personnes âgées de 15 ans et plus sont attribuables à l'alcool. Les décès liés à l'alcool touchent ainsi trois hommes pour une femme, ce qui s'explique par le nombre beaucoup plus important d'hommes consommant de l'alcool en quantité importante que de femmes. Le tribut payé à l'alcool est particulièrement élevé parmi les 35-64 ans, la fraction attribuable atteignant 15 % contre 6 % parmi les 65 ans et plus. Selon une autre source (Kopp, 2015a), l'âge moyen pour les décès liés à l'alcool s'établissait à 63 ans à la fin des années 2000.

... mais en diminution

La dernière étude réalisée sur les décès de 2009 (Guérin et al., 2013) estimait à 49 000 le nombre de décès attribuable à l'alcool. Les chiffres de ces deux études font ainsi apparaître un recul de 8 000 décès. Elles reposent sur des méthodes très semblables de calcul des fractions attribuables ce qui rend les résultats assez comparables. Cette baisse est principalement expliquée par la baisse de la mortalité pour les causes liées à l'alcool et beaucoup plus faiblement par la diminution des volumes d'alcool consommés. Ce sont davantage les progrès dans la prise en charge de ces maladies que les changements de comportement d'alcoolisation qui sont à l'origine de cette évolution favorable.

L'évolution de la mortalité liée à l'alcool peut également être observée à partir des causes de décès qui sont entièrement ou très largement attribuables à l'alcool, pour lesquelles on dispose de données annuelles et de séries statistiques longues. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose du foie¹ les cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, larynx - VADS) et de l'œsophage², et certaines maladies mentales liées à l'alcool³, principalement les psychoses alcooliques. La mortalité par cancer des voies aéro-digestives est conjointement liée à la consommation d'alcool et de tabac.

La mortalité pour ces trois causes est en chute presque continue sur le long terme (figure 1), chez les hommes et chez les femmes. Cette évolution est à rapprocher de la baisse également continue depuis les années 1960 des volumes d'alcool consommés (voir chapitre « Alcool » p. 110) et, d'autre part, des progrès dans la prise en charge de ces maladies. Comme pour la mortalité toutes causes confondues, les femmes, bien moins consommatrices d'alcool que les hommes, sont moins touchées. Chez ces dernières, les taux de mortalité par cancers des voies aéro-digestives

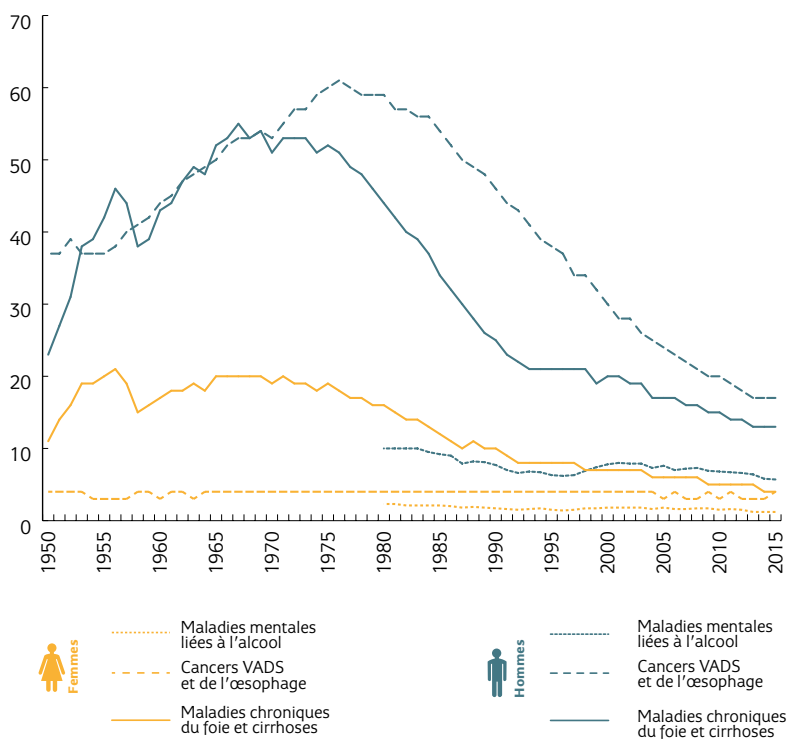
1. Codes de la CIM10 : K70, K73, K74.

2. Codes de la CIM10 : C00-C08, C09-C14, C32.

3. Code de la CIM10 : F10, troubles du comportement liés à la consommation d'alcool.

supérieures et de l'œsophage n'ont cependant que peu diminué, en raison de l'augmentation de la prévalence du tabagisme féminin, notamment dans la génération de femmes nées entre 1945 et 1955. Ces évolutions à la baisse de la mortalité liée à l'alcool et de la consommation d'alcool se poursuivent encore entre 2010 et 2014. Les taux de mortalité par cirrhose ont diminué durant ces années de 14 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes, ceux par maladies mentales liées à l'alcool respectivement de 15 % et 24 %. En ce qui concerne la mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage, les taux ont baissé de 15 % chez les hommes et de moins de 1 % chez les femmes.

Figure 1. Évolution des taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants, pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et cancers de l'œsophage et les maladies mentales liées à l'alcool, par sexe, 1950 - 2014



Sources : cirrhoses : OMS Europe (WHO Regional Office for Europe, 2018b) ; maladies mentales liées à l'alcool : OMS Europe (WHO Regional Office for Europe, 2018a) ; cancers des VADS et de l'œsophage : Legoupil et Hill, 2018

Note : La standardisation repose sur la population standard européenne (OMS 1976)

Morbidité : de très nombreux dommages

Pour rendre compte plus complètement des dommages liés à l'alcool, il faut tenir compte de l'ensemble des personnes dont la santé est altérée et la qualité de vie dégradée en raison de leur consommation d'alcool ou de celle de tiers. La première maladie liée à l'alcool est l'addiction à ce produit, auparavant désigné par le terme « alcoolisme ». Cette notion recouvre un continuum de troubles allant de l'addiction légère à l'addiction sévère (dépendance) (voir « Définitions et concepts », p. 12). Ces comportements pathologiques qui rendent très difficile l'arrêt des consommations sont le plus souvent eux-mêmes à l'origine des autres maladies dont il sera question ci-dessous. Il n'existe pas de données récentes permettant de mesurer le nombre de personnes qui sont en France touchées par ce type de troubles.

Morbidité par cancer

D'après les données les plus récentes (Shield *et al.*, 2017), 28 000 nouveaux cas de cancer peuvent être attribués en France à la consommation d'alcool en 2015, dont environ 16 000 chez des hommes et 12 000 chez les femmes. Ces cancers liés à l'alcool représentent 8 % de l'ensemble des nouveaux cas pour cette année. Près de 20 % de ces nouveaux cas sont attribuables à des consommations d'alcool inférieures à 4 verres standards quotidiens chez les hommes et 2 verres quotidiens chez les femmes. Il a pu être calculé qu'une baisse de 10 % de la quantité d'alcool pur consommé en France éviterait environ 2 000 nouveaux cas de cancer. Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la cavité orale, oropharynx et hypopharynx (4 900 cas), les cancers colorectaux (4 600 cas) et les cancers du foie (4 000 cas). Chez les femmes les cancers du sein sont de loin les plus fréquents (8 100 cas), suivis par les cancers colorectaux (2 100 cas).

Le nombre de personnes souffrant d'un cancer attribuable à l'alcool une année donnée (prévalence) est cependant beaucoup plus élevé que le nombre de nouveaux cas dans l'année (incidence). Il n'existe pas de données publiées sur la prévalence des cancers attribuables à l'alcool mais il est néanmoins possible d'en donner un ordre de grandeur : en considérant que si, pour les nouveaux cas de cancer et les décès, la part attribuable à l'alcool se situe autour de 8 % à 10 %, la proportion est vraisemblablement semblable pour la prévalence. Compte tenu d'un nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) pour cancer de 1,9 million de personnes en 2016 (CNAM, 2016), le nombre attribuable à l'alcool peut être évalué entre 150 000 et 190 000 personnes.

Maladie alcoolique du foie

On compte 40 400 personnes en ALD pour maladie alcoolique du foie en 2016, soit une prévalence de 66 pour 100 000 personnes, inchangée depuis 2010. D'après une étude portant sur des données plus anciennes (Jezewski-Serra *et al.*, 2013), 64 400 patients ont été hospitalisés avec un diagnostic de maladie alcoolique du foie en 2008. Parmi eux, 37 300 étaient spécifiquement hospitalisés pour cette cause. Il y avait 3,3 fois plus d'hommes que de femmes, et leur âge médian était de 59 ans chez les hommes comme chez les femmes.

Démence liée à l'alcool

La démence est un syndrome qui se traduit par une altération habituellement chronique et progressive des fonctions intellectuelles. D'après une étude récente (Schwarzinger *et al.*, 2018), 87 000 personnes ont été hospitalisées pour démence explicitement liée à l'alcool ou pour démence avec un diagnostic associé de trouble du comportement lié à l'usage d'alcool au cours des années 2008-2013. Ce chiffre correspond à une moyenne de 14 500 cas annuels.

Syndrome d'alcoolisation fœtale

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) se traduit chez l'enfant par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations de la face et du crâne en particulier. En l'absence de seuils de consommation qui garantiraient un risque zéro de ce syndrome, il est recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool. À partir des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur les séjours de nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours mentionnant un diagnostic principal ou associé de syndrome d'alcoolisme fœtale avec dysmorphie (code CIM10 : Q860) ou de fœtus et nouveau-nés affectés par l'alcoolisme de la mère (code CIM10 : P043), la prévalence pour la France entière des troubles causés par l'alcoolisation fœtale était estimée à 0,48 pour 1 000 naissances vivantes pour la période 2006-2013 (soit 3 207 nouveau-nés), dont 0,07 pour 1000 naissances (soit 468 nouveau-nés) pour le seul SAF (Laporal *et al.*, 2018). Le repérage était dans cette étude réalisé à la naissance, ce qui conduit, selon les auteurs, à une sous-évaluation de la prévalence réelle, certains signes du SAF n'apparaissant que plus tardivement. Dans une étude menée en Italie, le dépistage a été réalisé parmi des enfants scolarisés dans le primaire. Le niveau de prévalence du SAF était alors bien plus élevé, au minimum de 3,7 pour 1 000 (May *et al.*, 2006).

Autres dommages sanitaires liés à l'alcool

Comme pour le cancer, le nombre de personnes souffrant de pathologies cardiaques ou victimes d'accidents en raison des consommations d'alcool est certainement bien supérieur à celui des décès provoqués par ces mêmes causes. Les données de la sécurité routière font état de 3 400 blessés hospitalisés en 2017 à la suite d'un accident de la route impliquant un conducteur ayant un taux d'alcoolémie illégal (ONISR, 2018a). On dispose également de données très globales montrant que près de 246 000 personnes ont été hospitalisées pour des comorbidités liées à l'alcool en 2013, liaison attestée par la présence de diagnostics reliés ou associés mentionnant explicitement l'alcool (Paille et Reynaud, 2015). Ce chiffre, qui recoupe en partie les données sur les maladies déjà évoquées, est probablement sous-estimé, les diagnostics associés ou reliés mentionnant l'alcool n'étant pas toujours renseignés. L'étude la plus récente sur le coût social des drogues (Kopp, 2015a) présente, après avoir colligé les différentes sources disponibles, un chiffre global de 1,4 million de personnes souffrant de pathologies attribuables à l'alcool. Ce chiffre comprend aussi bien des personnes brièvement hospitalisées à la suite d'une intoxication aiguë que des personnes atteintes d'un cancer.

Mortalité et maladies liées au tabac

Le tabac est directement responsable d'un certain nombre de pathologies (broncho-pneumopathies chroniques obstructives, cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures...) et en favorise beaucoup d'autres (maladies cardio-vasculaires, infections respiratoires...). En France comme dans le monde, le tabac constitue ainsi la première cause de décès évitable, loin devant l'alcool et les drogues illicites. Toutefois, le tabagisme n'est jamais le seul facteur de risque, quelle que soit la pathologie. Il est donc nécessaire de déterminer pour chacune la part attribuable au tabac dans les décès, en s'appuyant sur les risques relatifs, c'est-à-dire l'augmentation du risque encouru par les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Une mortalité féminine en nette hausse...

Pour l'année 2013, le nombre de décès attribués au tabagisme en France a été estimé à 73 000, dont environ 40 % pour le cancer du poumon. Bien que la mortalité liée au tabac reste encore principalement masculine (77 %), elle progresse fortement parmi les femmes alors qu'elle tend à diminuer pour les hommes : la part de ces décès dans le total des décès féminins a doublé entre 2000 et 2013 (Bonaldi et al., 2016). Le tabac est ainsi responsable de un décès sur huit, soit 20 % de la mortalité masculine et 6 % de la mortalité féminine (tableau 1).

Tableau 1. Fractions et nombres de décès attribuables au tabac, par pathologie et par sexe, en 2013

	Hommes		Femmes	
	FA ¹ tabac (%)	Nombre	FA ¹ tabac (%)	Nombre
Cancer du poumon	89	22 000	65	6 000
Cancers VADS ²	75	6 000	44	1 000
Cancer de la vessie	39	2 000	14	200
Cancer du rein/foie	35	3 000	6	250
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (dont BPCO ³)	73	5 000	52	2 000
Autres affections des voies respiratoires inférieures	19	1 000	10	1 000
Cardiopathies hypertensives	21	1 000	9	1 000
Cardiopathies ischémiques	15	3 000	6	1 000
Tuberculose	16	40	5	10
Autres causes de décès (y compris cancers)	–	12 960	–	4 540
Total	20 %	56 000	6 %	17 000

Source : Bonaldi et al., 2016

1. Fraction attribuable au tabac parmi les 35 ans et plus

2. Voies aéro-digestives supérieures

3. Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Il s'écoule souvent plusieurs décennies entre la consommation de tabac et la survenue des conséquences sanitaires de cet usage. Les décès interviennent en moyenne à l'âge de 71 ans (Kopp, 2015a). Les évolutions opposées s'expliquent par le décalage de plusieurs décennies entre hommes et femmes dans l'histoire du tabagisme. Alors que ces dernières, qui y sont entrées massivement à partir des années 1970, paient un tribut de plus en plus lourd, le nombre et la part des décès attribuables au tabac sont en baisse chez les hommes, en lien avec la réduction de la consommation parmi ces derniers.

... reflet d'une incidence croissante des cancers liés au tabac

En France métropolitaine, pour l'année 2017, environ 49 000 nouveaux cas de cancers du poumon sont recensés, dont 32 000 parmi les hommes. Le taux d'incidence masculin standardisé sur la population mondiale est de 54 pour 100 000 personnes-années en 2017, soit le double de celui des femmes (26 pour 100 000) (Jéhannin-Ligier *et al.*, 2017). Toutefois, ce taux est quasiment stable pour eux depuis la fin des années 2000, alors que, dans le même temps, il a augmenté de près de dix points pour les femmes. La mortalité de ces dernières connaît une évolution similaire, alors que celle des hommes est en baisse sensible. Par ailleurs, 97 000 personnes (à 64 % des hommes, comme pour l'incidence) sont prises en charge au titre d'une affection longue durée pour tumeurs des bronches et des poumons en 2016.

Concernant les cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavités orale et nasale, larynx et pharynx), conjointement liés à la consommation de tabac et d'alcool, les taux d'incidence et de mortalité baissent nettement parmi les hommes alors que, chez les femmes, le premier augmente et que le second décroît très légèrement depuis le début des années 2010.

Le tabagisme passif délétère pour la santé

Le tabagisme passif expose à un surrisque de développer certaines pathologies, notamment le cancer du poumon ou un accident coronarien. Les dernières estimations de la mortalité liée au tabagisme passif en France, menées par l'Académie nationale de médecine, remontent à la fin des années 1990. On estimait alors qu'il était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an (Dautzenberg, 2001). Même si son application reste imparfaite (Pasquereau *et al.*, 2016), le renforcement de l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics en 2007-2008 a toutefois probablement permis de réduire cette mortalité.

Par ailleurs, le tabagisme pendant la grossesse, qui concerne environ un quart des femmes enceintes (Andler *et al.*, 2018 ; Blondel *et al.*, 2017), peut entraîner des complications pour la mère (grossesses extra-utérines, fausses couches, accouchement prématuré...), mais aussi pour l'enfant (manque d'oxygène, retard de croissance intra-utérine, diminution des mouvements fœtaux, mort *in utero*, etc.) (APPRI, 2004). Chez le (très) jeune enfant, le tabac peut être à l'origine de morts subites du nourrisson (risque doublé par rapport à un enfant non exposé), mais aussi d'infections respiratoires (Dautzenberg, 2001).

Mortalité et maladies liées aux drogues illicites

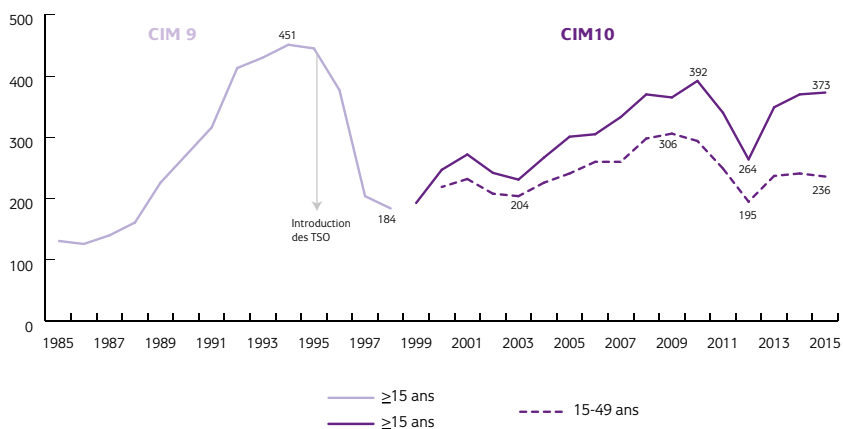
Les dommages sanitaires de la consommation de drogues illicites touchent une population limitée, comparée à l'alcool et au tabac, mais beaucoup plus jeune. Au premier plan des risques figurent les intoxications aiguës qui peuvent être fatales (par dépression respiratoire dans les cas de surdoses liées aux opioïdes). Les pratiques d'injection entraînent des complications infectieuses virales (hépatites B et C, VIH) et bactériennes (septicémie, endocardite), mais aussi des complications locorégionales (abcès, nécroses cutanées, épuisement du capital veineux et lymphœdème). Des troubles psychiatriques sont souvent associés aux addictions. Les usagers de stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois plus élevé que l'ensemble de la population de même âge (Brisacier, 2015).

Une mortalité principalement liée aux intoxications aiguës

Rôle majeur des opioïdes

En 2015, 373 décès par surdose ont été dénombrés dans le registre général des causes de décès (figure 2). Ce nombre a connu un pic au milieu des années 1990, puis a baissé rapidement avec la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. Au cours de la dernière décennie, après une hausse de 2004 à 2010, suivie de fluctuations de 2011 à 2013 (peut-être en lien avec des changements méthodologiques), le nombre de surdoses tend à se stabiliser, voire à baisser chez les 15-49 ans. En revanche, il augmente chez les 50 ans et plus.

Figure 2. Évolution du nombre de décès par surdose



Source : CépiDC-INSERM, sélection de l'EMCDDA pour les registres généraux de mortalité F11, F12, F14, F15 F16, F19, X42, X62, Y12

Ces chiffres sous-estiment le nombre réel de surdoses mortelles en raison de l'absence d'analyses toxicologiques systématiques et de certains certificats de décès non transmis une fois les résultats des analyses connus. En outre, le codage, parfois imprécis, des causes de décès ne permet pas d'identifier tous les cas à partir du registre national des décès. Le registre spécifique des Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES), exclusivement basé sur des résultats d'analyses toxicologiques dans le cadre d'investigations médico-légales, renseigne sur les substances en cause (CEIP-A Grenoble, 2018b). Les opioïdes sont à l'origine de la majorité des décès par intoxication (83 % des cas en 2016). Dans ce groupe, les médicaments de substitution aux opioïdes sont les principales substances en cause (46 % des cas en 2016, dont 36 % pour la méthadone), devant l'héroïne (26 % des cas en 2016) depuis 2010. D'autres substances non opioïdes sont aussi en cause : la cocaïne est impliquée dans 18 % des décès (en hausse depuis 2010), le cannabis et les amphétamines sont respectivement responsables de 7 % et 5 % d'entre eux et enfin les NPS, apparus depuis 2013, sont impliqués dans 4 %. L'âge moyen lors du décès est de 38,9 ans. Ces décès surviennent très majoritairement chez des hommes (85 %) (CEIP-A Grenoble, 2018b).

Une morbidité infectieuse qui tend à se stabiliser

En 2016, 66 nouveaux diagnostics de VIH ont été attribués à l'injection de drogues (soit 1 % de l'ensemble des diagnostics), en nette baisse par rapport à 2004 (222 diagnostics de séropositivité) (Santé publique France, 2018).

La prévalence de la séropositivité au VIH chez les usagers de drogues semble se stabiliser. En 2011, 13 % des personnes ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH, chiffre stable par rapport à 2004 (11 %), selon les dernières données biologiques disponibles dans l'enquête Coquelicot (InVS) (Weill-Barillet *et al.*, 2016). Entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées parmi les UDI, tant en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qu'en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), étaient stables (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017 ; Palle, 2016)

Le partage des seringues et du matériel de préparation (cuillères, coton, filtres, eau de rinçage) constitue le principal mode de transmission du VHC. La contamination par ce virus est aussi possible lors du partage de pailles de snif et de pipes à crack. Une éradication virale spontanée est possible dans 10 à 50 % des cas à la suite d'une infection aiguë. Dans les autres cas, l'infection devient chronique et peut conduire à une cirrhose (dans 10 à 20 % des cas d'hépatite chronique C) et/ou à un cancer du foie (dans 1 à 5 % des cas de cirrhose virale) (Dhumeaux, 2014). Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une coinfection par le VIH et la consommation d'alcool.

La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues injecteurs en France a baissé entre 2004 et 2011, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. En 2011, 64 % des usagers injecteurs au moins une fois au cours de la vie avaient une infection par le VHC vs 74 % en 2004 (Weill-Barillet *et al.*, 2016).

Les données récentes permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC sont déclaratives. Comme de nombreux usagers ignorent être séropositifs (27 % d'entre eux pensent à tort être séronégatifs pour le VHC en 2004 (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006)), la prévalence déclarée est nettement inférieure à celle issue de tests biologiques. Toutefois, il semble que la prévalence du VHC parmi les usagers injecteurs de drogues, après une période de baisse, se stabilise entre 2012 et 2015 en CSAPA comme en CAARUD (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017 ; Palle, 2016).

La séroprévalence de l'antigène HBs, présent chez les porteurs du virus de l'hépatite B, est estimée à 1,4 % [intervalle de confiance (IC) 95 % 0,8–2,5] des usagers de drogues en 2011-2013. Concernant la vaccination contre le virus de l'hépatite B, 12 % des usagers déclarent ne pas savoir s'ils ont été vaccinés. Après exclusion de ces derniers, 61 % des usagers rapportent avoir été vaccinés (Brouard *et al.*, 2017).

Le recul des infections au VIH et au VHC chez les usagers de drogues est lié à la politique de réduction des risques menée depuis de nombreuses années : l'accès facilité aux seringues stériles, le développement de structures d'accueil à la réduction des risques et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes étant sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection.

L'arrivée de nouveaux traitements guérissant l'hépatite C en 2014 permet d'envisager l'élimination du VHC dans la prochaine décennie en France (Direction générale de la santé, 2018). Pour renforcer l'accès au dépistage et aux soins des hépatites virales parmi les usagers de drogues, de nouveaux outils de dépistage (tests rapides d'orientation diagnostique, buvards, Fibroscan®) se développent et des consultations avancées d'hépatologie au sein des CAARUD et des CSAPA se mettent en place (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018).

Enfin, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les usagers de drogues. Un quart des usagers d'opioïdes et de substances illicites autres que le cannabis suivis en CSAPA déclarent un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie au cours de leur vie (OFDT, 2018e).

Le coût social des drogues en France

Le coût social mesure les pertes que fait subir la consommation de substances psychoactives addictives tels que le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites à la collectivité. Ce coût repose sur la notion économique « d'externalité », qui rend compte des conséquences d'une activité (par exemple consommer du tabac) sur des tiers. Les fumeurs qui souffrent d'une maladie liée à la consommation de tabac seront à l'origine de dépenses de soins pour la

collectivité, ressources qui auraient pu être utilisées autrement si cette personne n'avait pas été fumeuse. De nombreuses autres pertes ou dépenses pour des tiers sont à prendre en compte : perte de production de personnes formées à un travail qui ne peuvent plus l'exercer, dépenses publiques correspondant aux activités de lutte contre les trafics, et de prévention, etc. À ces coûts pour des tiers, il faut ajouter le coût que représentent les années de vie perdues par les fumeurs en raison de décès prématurés liés au tabac et les pertes de qualité de vie de toutes les années vécues en mauvaise santé, qui sont considérées comme des pertes pour l'ensemble de la société. Ces coûts sont allégés du montant des taxes payées par les consommateurs de tabac et de l'économie de dépenses en pensions de retraite liées aux décès prématurés. L'approche est identique pour l'alcool et les drogues illicites.

À partir de ces principes de calcul brièvement exposés, le coût social a été estimé en 2010 à 122 milliards d'euros pour le tabac, 118 milliards pour l'alcool et 9 milliards pour les drogues illicites (Kopp, 2015a). Les niveaux de ces montants sont pour une très large part déterminés par le nombre de décès attribuables aux deux substances licites et par la valorisation de l'année de vie humaine. Sa valeur a été fixée à 115 000 euros selon les recommandations d'un rapport du Commissariat général au plan sur l'évaluation socio-économique des investissements publics (Quinet, 2013). Il peut être remarqué tout d'abord qu'une partie des décès sont attribuables conjointement au tabac et à l'alcool et, dans certains cas, moins fréquents également aux drogues illicites. Les coûts sociaux pour ces différentes substances ou catégories de substances se recoupent donc en partie et ne peuvent être additionnés. Il peut être noté également que ces coûts liés aux décès ne donnent lieu à aucun transfert de ressources entre agents économiques. La valeur très élevée de ces coûts est avant tout l'expression du très grand nombre de décès attribuables à ces substances et du choix d'un niveau élevé de valorisation de la vie humaine. À l'inverse, les dépenses de prévention, de soin et de répression liées aux consommations de substances doivent, elles, être payées sur le budget de l'État ou de la Sécurité sociale. Une partie de ces dépenses est couverte par les contributions des consommateurs eux-mêmes (taxes et retraites non payées). Le solde est à la charge de la collectivité, c'est-à-dire des contribuables, qu'ils consomment des drogues ou pas.

Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins

Anne-Claire Brisacier, Aurélie Lermenier-Jeannet, Christophe Palle

La prise en charge de l'addiction elle-même, dont il est question dans ce chapitre, doit être distinguée de celle de ses conséquences, traumatismes ou pathologies provoquées par la consommation, ponctuelle ou répétée, d'une substance psychoactive (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Ce chapitre présente les données disponibles sur le nombre et les caractéristiques des personnes bénéficiant d'un accompagnement dans le système de soins en raison de leurs conduites addictives. Le dispositif de prise en charge fait l'objet d'une description complète dans la partie Réponses publiques (voir chapitre « Le dispositif de traitement des addictions », p. 99) et n'est évoqué ici que très brièvement.

La prise en charge des conduites addictives s'articule autour de trois pôles complémentaires, médico-social, hospitalier et de médecine de ville. Pour se faire aider, les personnes en difficulté avec une conduite addictive peuvent ainsi s'adresser à des structures spécialisées en addictologie (pôle médico-social), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), ou au système de soins généraliste.

Les personnes prises en charge dans les CSAPA

Les CSAPA sont des structures médico-sociales ancrées sur le territoire de proximité, dont les missions comprennent l'accueil et l'information des personnes en difficulté avec leur conduite addictive et de leur entourage, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, la prise en charge et l'accompagnement sur ces trois dimensions. Ces personnes prennent contact avec un CSAPA soit de leur propre initiative ou à celle de leurs proches, ou sont adressées par des partenaires sanitaires ou sociaux, ou encore par la justice à la suite d'une interpellation pour usage de stupéfiants. Dans ce dernier cas, la venue dans un CSAPA est le plus souvent obligatoire, même si le contrôle de la réalité de la prise en charge peut être variable.

En 2016, les CSAPA ont accueilli en ambulatoire un nombre estimé de 293 000 personnes pour un problème de conduite addictive. Un nombre beaucoup plus faible de personnes, environ 3 000, sont prises en charge dans le cadre d'un CSAPA avec hébergement. Une partie non négligeable d'entre elles ont été vues dans la même année dans les deux structures. Compte tenu de leur faible nombre et du recoupement important avec le public des CSAPA en ambulatoire, les développements qui suivent ne portent que sur ces derniers.

Parmi ces personnes, près d'un quart n'ont été vues qu'une fois au cours de l'année. Le produit consommé au cours des 30 derniers jours cité comme posant le plus de problèmes est l'alcool pour la moitié d'entre elles, le cannabis pour 20 %, des

opioïdes pour 15 % et le tabac pour 8 %. La cocaïne (crack inclus) et les addictions sans substance n'apparaissent en produit/addiction posant le plus de problèmes que pour 3 % des personnes (Palle et Rattanatray, 2018).

Relativement à 2010, le public des CSAPA a augmenté de 17 %, principalement en raison de la hausse du nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis (+ 20 000, soit une hausse de 55 %), d'alcool (+ 10 000, soit + 8 %) et de tabac (+ 9 000, soit + 64 %). Le nombre de personnes vues pour usage d'opioïdes a, à l'inverse, diminué (- 6 000, soit - 13 %). Cette baisse pourrait cependant être liée, au moins en partie, à l'augmentation du nombre de personnes suivant un traitement de substitution aux opioïdes (TSO : + 5 000)¹, pour qui les opioïdes peuvent ne plus être considérés comme le produit posant le plus de problème. Les CSAPA ont également accueilli 22 400 personnes membres de l'entourage des individus en difficulté avec une conduite addictive (Palle et Rattanatray, 2018).

Le public pris en charge dans les CSAPA, aux trois quarts masculin, n'est pas homogène et peut être scindé, selon le type de produit consommé, en trois groupes principaux² d'âge moyen très différent (tableau 1) (OFDT, 2018e) :

■ **Les usagers de cannabis** : en moyenne nettement plus jeunes (26,5 ans) que les autres usagers, ils se distinguent par une proportion particulièrement élevée de moins de 20 ans (25 %), d'hommes (87 %) et d'orientations par la justice (41 %). Les 30 ans et plus sont minoritaires, mais leur part tend à s'accroître (de 26 % à 31 % entre 2010 et 2017), alors que celle des 20-24 ans suit une évolution inverse (de 30 % à 26 %). La proportion des orientations judiciaires s'est également contractée (de 51 % à 41 %). Autre évolution notable, la part des usagers quotidiens augmente régulièrement (de 61 % à 67 %), tout comme la part des usagers dépendants (de 53 % à 63 %).

■ **Les usagers d'alcool ou de tabac** : ce public aux trois quarts masculin, dont l'âge moyen est d'un peu plus de 44 ans, compte plus d'un tiers (36 %) de personnes de 50 ans et plus et un très faible pourcentage de moins de 20 ans (1,3 %). Un quart de ces usagers est orienté vers un CSAPA par la justice. Six personnes prises en charge sur dix sont considérées comme dépendantes à l'alcool. Les principales caractéristiques de ce groupe d'usagers sont restées assez stables entre 2009 et 2017. Toutefois, la proportion de consommateurs dépendants décroît depuis 2009, faiblement, mais de façon régulière. La part des 60 ans et plus tend à augmenter (de 9 % à 13 %), ainsi que celle des consommations associées de cannabis (de 14 % à 20 %).

■ **Les usagers d'opioïdes, de cocaïne, d'autres drogues illicites ou de médicaments psychotropes** : également très majoritairement masculin (77 %), ce public est à 80 % âgé de 30 ans et plus, avec un âge moyen de 38,5 ans en 2017. Une proportion de ces usagers, nettement supérieure à celle observée dans les deux groupes précédents, connaît des conditions de vie précaire : un tiers subsiste grâce aux revenus de solidarité, 16 % peuvent être considérés sans revenu et près de 5 % sont sans domicile fixe. Ces usagers,

1. Entre 2010 et 2016, d'après les rapports d'activité des CSAPA, le nombre de personnes traitées par méthadone a augmenté de 6 000 et celui des personnes traitées par buprénorphine haut dosage (BHD) a diminué de 900.

2. La répartition en groupes, de type exclusif, repose sur le produit cité comme posant le plus de problèmes ou à l'origine de la prise en charge si le premier est inconnu. Toutes les personnes qui suivent un TSO sont incluses dans le groupe « opioïdes, cocaïne, autres drogues illicites et médicaments psychotropes », même si le produit indiqué comme posant le plus de problèmes est le cannabis, le tabac ou l'alcool.

le plus souvent polyconsommateurs, sont très majoritairement consommateurs d'opioïdes : parmi les usagers ayant renseigné les questions sur la substitution ou sur les produits, 64 % suivent un TSO et 85 % consomment des opioïdes (dans le cadre d'un TSO ou pas). La cocaïne ou le crack sont consommés par 28 % des personnes de ce groupe (le crack et la cocaïne basée par 10 %) ; 95 % des usagers de ce groupe ont consommé dans le mois des opioïdes (prescrits ou non) ou de la cocaïne/crack. Parmi ceux qui ont consommé un produit dans le mois, 16 % ont eu recours à la voie injectable en 2017.

Depuis 2010, l'âge moyen de ces usagers a augmenté de 4 ans. La part des 50 ans et plus a ainsi presque triplé pour atteindre 14 %, alors que la part des moins de 25 ans a reculé de 14 % à 6,2 %. La proportion de consommateurs d'héroïne a diminué de 10 points depuis 2010. Les pourcentages de consommateurs de cocaïne, en lent déclin entre 2007 et 2015, ont nettement augmenté en 2016 (+ 2,3 points) et en 2017 (+ 2,1 points), pour atteindre 28 %, dépassant ainsi légèrement le niveau de 2007 (27 %). Le recours à la voie intraveineuse tend à diminuer parmi les consommateurs récents d'opioïdes et de cocaïne³.

3. Ceux qui ont déclaré en avoir consommé dans les 30 derniers jours.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017

	Cannabis (n = 33 250)	Drogues illicites autres que cannabis (opioïdes, cocaïne) (n = 46 874)	Alcool ou tabac (n = 86 407)
Âge moyen	26,5 ans	38,5 ans	44,2 ans
Homme	86 %	77 %	76 %
Activité rémunérée continue	26 %	26 %	41 %
RSA	8,7 %	21 %	13 %
Logement durable indépendant	41 %	57 %	74 %
SDF	1,4 %	4,6 %	1,7 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	37 %	63 %	51 %
Adressés par la justice ou l'administration	41 %	7,9 %	26 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	25 %	28 %

Source : RECAP 2017, OFDT

Les prises en charge dans les CAARUD

Les CAARUD sont des structures destinées à accueillir des consommateurs de drogues actifs, pas forcément impliqués dans une démarche de soins, qui connaissent souvent des usages moins maîtrisés et des conditions de vie plus précaires que l'ensemble des usagers de drogues (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

En 2015, environ 75 000 usagers ont fréquenté au moins une fois un CAARUD (Díaz Gómez et Milhet, 2016). Âgés de 38,2 ans en moyenne, 81 % d'entre eux sont des hommes. Globalement, les indicateurs de conditions de vie (logement, ressources, couverture santé) suggèrent un recul de la précarité au fil du temps parmi cette population. Toutefois, six usagers sur dix vivent de prestations sociales et 22 % n'ont aucune ressource légale. Si 40 % disposent de leur propre logement, un quart vit en squat (9 %) ou est sans abri (16 %). Enfin, 20 % ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale ou ignorent leur statut. Les plus jeunes apparaissent les plus démunis : parmi les moins de 25 ans, qui n'accèdent pas au revenu de solidarité active, 57 % n'ont aucune ressource légale (Cadet-Tairou et al., 2018).

En termes de consommations, les médicaments (quel que soit le cadre thérapeutique, et y compris ceux de substitution aux opioïdes : 76 % d'usagers dans le mois précédant l'enquête) et les opioïdes (74 %) sont plus spécifiquement déclarés, mais le cannabis est aussi très présent (75 %, dont la moitié quotidiennement). Par ailleurs, au cours de la dernière année, un usager sur trois dit avoir pris de l'alcool tous les jours et une proportion similaire déclare une alcoolisation importante quotidienne (6 verres ou plus en une seule occasion). L'usage de cocaïne ou de crack concerne la moitié du public accueilli (un tiers pour la cocaïne basée ou le crack). Il s'agit d'une population fortement marquée par le polyusage : 39 % ont consommé cinq produits ou plus dans le mois, une proportion qui atteint presque la moitié (48 %) chez les moins de 35 ans.

Enfin, 63 % des usagers des CAARUD ont pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie et 47 % dans le mois précédant l'enquête. Le partage de matériel, vecteur de transmission virale, est déclaré par 15 % des usagers. Neuf usagers sur dix ont fait un dépistage du VIH et 83 % du VHC ; moins de 5 % se disent séropositifs au VIH et un quart au VHC.

Les prises en charge dans le système de soins non spécialisés

Dans les établissements hospitaliers

En 2017, d'après les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 125 600 personnes ont été hospitalisées pour un problème de conduite addictive⁴. Parmi elles, un peu plus de 56 000 l'ont été dans les hôpitaux généralistes (médecine, chirurgie, obstétrique-MCO), près de 66 000 dans les établissements spécialisés en psychiatrie et 31 500 dans les centres de soins de suite et de réadaptation

4. Personnes hospitalisées avec un diagnostic principal ou relié de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances et au jeu (codes CIM10 : F10-F19, F630), de sevrage alcool (Z502), de rééducation des drogués et après abus de médicaments (Z503), ainsi que les conseils et surveillance (Z714-716, Z720-722, Z726). Les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal d'intoxication aiguë lié à une substance, comme par exemple dans le cas de l'alcool les codes F100 et F100.x, ne sont pas incluses dans ces chiffres.

(SSR⁵) (ATIH, 2017b). Ces données sont en très légère augmentation depuis 2015, première année de calcul de ces indicateurs par l'ATIH. Ces chiffres reposent sur une approche restrictive des problèmes d'addiction qui excluent les personnes hospitalisées pour seule intoxication aiguë. Ils ne sont pas détaillés suivant les substances impliquées mais les chiffres exprimés en nombre de séjours détaillés par substances accessibles sur le site de l'ATIH font apparaître que ces hospitalisations sont très majoritairement liées aux consommations d'alcool.

Les données hospitalières indiquent également que 231 000 personnes ont été vues en 2017 au moins une fois dans le cadre d'une consultation hospitalière en addictologie (ATIH, 2017a).

5. Le total est inférieur à la somme du nombre de personnes en MCO, psychiatrie et SSR, les mêmes personnes pouvant avoir fait des séjours dans plus d'une catégorie d'établissement durant la même année.

Le baclofène

Le baclofène est un médicament commercialisé dans les années 1970 pour une indication autre que les problèmes d'alcool. Un médecin, le Dr Ameisen, l'ayant utilisé avec réussite pour soigner sa propre dépendance à l'alcool à la fin des années 2000, expérience relatée dans un livre (*Le Dernier Verre*, Denoël), les quantités prescrites de cette spécialité ont très fortement augmenté jusqu'en 2014 pour décroître ensuite. Le suivi des ventes de ce médicament pose des difficultés d'interprétation, une partie des prescriptions concernant des affections neurologiques sans rapport avec l'alcool. Néanmoins, une étude, menée par la Caisse nationale de l'assurance-maladie (CNAM) en collaboration avec l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'INSERM-CépiDc, a permis, par recoupement entre différentes sources, d'estimer à 213 000 le nombre de patients ayant débuté un traitement au baclofène « hors neurologie » entre 2009 et 2015, le chiffre annuel étant passé de 14 000 en 2009 à un maximum de 52 000 en 2014, pour diminuer en 2015 (CNAMTS et al., 2017). Pour l'année 2017, les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) permettent d'estimer à 187 000 le nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement de baclofène, toutes indications confondues, en net recul par rapport à 2014 (236 000 personnes). Le baclofène peut être prescrit pour le traitement de la dépendance depuis 2014, dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) élaborée par l'ANSM pour encadrer son utilisation hors autorisation de mise sur le marché. Une autorisation de mise sur le marché a été octroyée en octobre 2018 à la spécialité BACLOCUR® (baclofène) dans l'alcool-dépendance, avec une posologie maximale de 80 mg. Cette limitation est vraisemblablement motivée par les résultats de l'étude mentionnée ci-dessus, faisant état d'une surmortalité des patients à qui le baclofène avait été prescrit avec des posologies élevées.

En médecine de ville

Les dernières données disponibles (Gautier, 2011), remontant à 2009, montraient que les médecins généralistes installés en ville voyaient par semaine environ 70 000 patients pour un sevrage tabagique et 50 000 pour un sevrage alcoolique. En ce qui concerne l'alcool, ces chiffres se rapportaient à une période située au tout début de la forte augmentation des prescriptions de baclofène (voir encadré), qui a très certainement eu une influence sur le nombre de personnes suivies pour un problème d'alcool par les médecins généralistes. Par ailleurs, les médecins de ville voyaient également un nombre élevé, bien que moindre, de patients dépendants aux opioïdes, dans près de 90 % des cas pour une prescription de TSO. Les chiffres plus récents sur cet aspect sont présentés dans la partie suivante.

Les traitements de substitution aux opioïdes

Au milieu des années 1990, l'épidémie de sida a fortement touché les usagers de drogues par voie injectable, amenant les pouvoirs publics à mettre en place une politique de réduction des risques incluant l'introduction des traitements de substitution des dépendances aux opioïdes. La substitution consiste à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'héroïne ou d'autres opioïdes. Ces traitements s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale.

Un cadre de prescription moins souple pour la méthadone que pour la buprénorphine haut dosage

Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD, dont le médicament princeps est le Subutex®). En France, la méthadone se présente sous forme de sirop et, depuis 2008, de gélule. La BHD est conditionnée sous forme de comprimés sublinguaux. Des médicaments génériques de la BHD existent depuis 2006 et une nouvelle formulation en lyophilisat oral qui s'administre sur la langue depuis 2018 (Orobupré®). La buprénorphine en association avec la naloxone, un antagoniste opiacé (Suboxone®), a été mise sur le marché en janvier 2012 sous forme de comprimé sublingual. L'association entre ces deux molécules vise à prévenir le mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Les traitements par méthadone doivent être instaurés par des médecins exerçant dans un CSAPA ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible une fois le patient stabilisé. La BHD bénéficie d'un cadre plus souple de prescription que la méthadone, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin, car elle ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes.

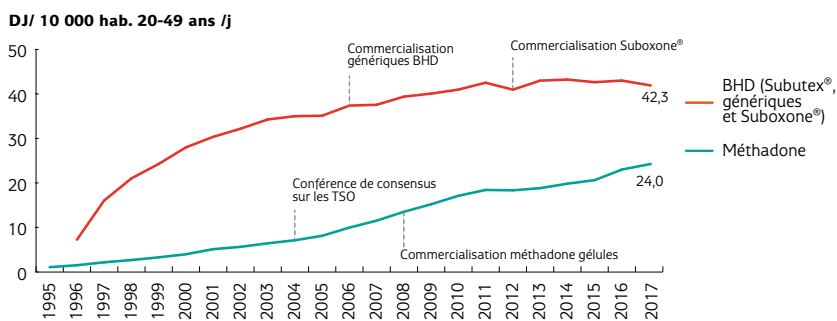
Le nombre de personnes traitées par un MSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction, tend à se stabiliser autour de 180 000 en 2017. La délivrance a lieu en pharmacie d'officine pour 162 000 d'entre elles (parmi lesquelles 87 % ont une prescription provenant de médecins libéraux, quasi exclusivement des médecins généralistes) et en CSAPA pour 23 000. La population remboursée de ces traitements, masculine pour les trois quarts, âgée de 40,5 ans en moyenne, a vieilli de plus de 4 ans entre 2011 et 2017 (Brisacier, 2019b).

La prédominance de la BHD, représentant 64 % de la consommation de MSO, reste encore très nette malgré la part croissante de la méthadone. La Conférence de consensus sur les traitements de substitution (ANAE, 2004), prônant une meilleure accessibilité de la méthadone, puis la mise sur le marché de la forme gélule en 2008 ont contribué à cette augmentation (figure 1).

Parmi les personnes détenues, la part des bénéficiaires d'un TSO est estimée en 2017 à 8 %, soit près de 13 700 personnes traitées au cours de l'année, dont 57 % par BHD (Brisacier, 2019b).

Le développement des TSO a fortement contribué à améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opioïdes. Cette large diffusion s'est cependant accompagnée de détournements des MSO et d'usages non conformes aux prescriptions. Ceux-ci ont surtout été rapportés à propos de la BHD mais concernent également la méthadone, au fur et à mesure que se développe sa prescription (ANSM, 2018b ; Milhet et al., 2017).

Figure 1. Évolution de la consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2017



Note : Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières (DJ) pour 10 000 hab. de 20 à 49 ans. DJ : 8 mg-BHD, 60 mg-méthadone (posologie moyenne d'entretien recommandée). Ces données couvrent l'ensemble des quantités délivrées, que le prescripteur exerce en libéral, en hôpital ou dans un CSAPA et que la délivrance ait lieu en officine de ville, en CSAPA ou à l'hôpital.

Sources : Données/vente Siamois (GERS) 1995-2011, 2016-2017, données/remboursement Médic'AM (CNAMTS) 2012-2015, données/vente (laboratoire Bouchara-Recordati), estimation de population INSEE, exploitation OFDT

Évolution des marchés et saisies

Michel Gandilhon, Aurélie Lermenier-Jeannet

Le marché des drogues illicites

Le marché des drogues illicites en France est en expansion, reflétant la forte progression des usages dans l'année et de leur intensité constatée depuis près de vingt-cinq ans dans les enquêtes en population générale, notamment pour le cannabis, la cocaïne et la MDMA/ecstasy. L'offre est portée par une diversité d'acteurs, des réseaux d'utilisateurs-revendeurs aux organisations criminelles, dont l'enracinement sur l'ensemble du territoire est réel. La proximité de la France avec l'Espagne, les Pays-Bas et la Belgique, plaques tournantes de redistribution en Europe de l'Ouest pour des substances comme la cocaïne, la MDMA/ecstasy, le cannabis et l'héroïne, affecte fortement le territoire national. La France, du fait de sa situation géographique, est également une zone de transit pour les substances illicites destinées à d'autres pays européens. Trois axes principaux peuvent être distingués. L'axe sud-ouest/nord-est pour la résine de cannabis marocaine, et, dans une moindre mesure, l'herbe de cannabis et la cocaïne, qui à partir de l'Espagne traverse le territoire français essentiellement en direction des Pays-Bas et de la Belgique. Et les axes nord/sud-ouest et nord/sud-est qui partent de ces deux pays, principalement pour alimenter l'Espagne et l'Italie en cocaïne, en MDMA/ecstasy et en héroïne.

Cette forte activité est perceptible dans les données de saisies de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS). L'année 2017 a ainsi été marquée par des records en termes de saisies d'herbe de cannabis et de cocaïne (figure 1). En outre, les saisies de résine de cannabis et d'héroïne en France figurent parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest (EMCDDA, 2018a).

Les mutations du marché du cannabis

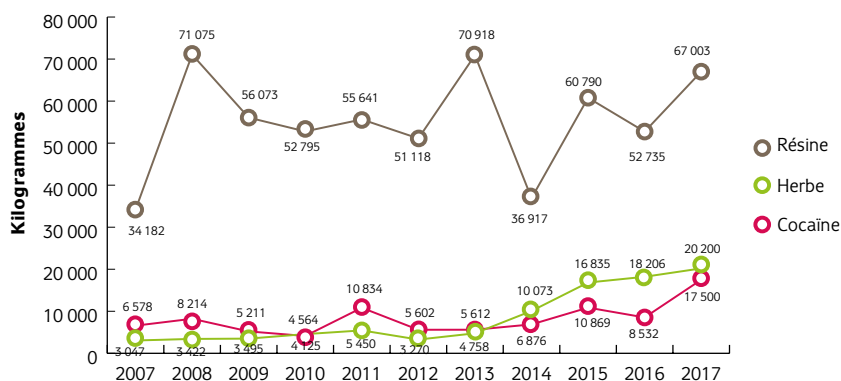
Depuis quelques années, le marché du cannabis en France connaît des mutations majeures. La plus notable est la progression importante du marché de l'herbe et le développement de la culture de cannabis. Le premier phénomène est lié à l'expansion de la production de cannabis européen depuis les années 1980 (Weinberger, 2014) et soutenu par une évolution positive de l'image de cette substance, associée à une vogue, notamment chez les jeunes, pour les produits perçus comme « biologiques » (Obradovic, 2017). Les données collectées dans le cadre du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) confirment cette tendance et font état dans certaines métropoles (Lille, Rennes, Toulouse) d'un basculement du marché en faveur de l'herbe (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015). Cette évolution est perceptible dans la répartition des quantités saisies de cannabis en France. Alors que, tout au long des années 2000, celles de résine représentaient plus de 90 % du total des saisies de cannabis, ce ratio ne cesse de diminuer depuis 2010 : il s'établit à 75 % en 2017, contre près de 25 % pour l'herbe (Masson et Gandilhon, 2018).

On observe dans le même temps une progression de la production d'herbe de cannabis sur le territoire français. Même si cette pratique ne constitue pas une tendance récente en France, la nouveauté réside dans la diversification des profils des cultivateurs (des cultivateurs en « placard » aux réseaux criminels) et l'émergence de cultures commerciales de grande taille (de plusieurs dizaines à plusieurs milliers de plants). Cette évolution est très visible dans les saisies puisque les confiscations de plants depuis 2010 dépassent régulièrement en moyenne les 100 000 contre 50 000 dans les années 2005 (Masson et Gandilhon, 2018).

La forte progression du marché de la cocaïne

Le marché de la cocaïne a commencé à se développer fortement en France à la fin des années 1990 et augmente régulièrement depuis. La France, du fait de ses départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique) situés à proximité des zones de production andines, est affectée par le trafic (Gandilhon et Weinberger, 2016). Depuis 2015, les services de police constatent un net essor du trafic par voie aérienne de mules en provenance de la Guyane, tandis que les Antilles françaises s'affirment de plus en plus comme des plaques tournantes du marché de la cocaïne à destination de la métropole. Des Antilles, la cocaïne est essentiellement acheminée par porte-conteneurs, via notamment la ligne maritime Fort-de-France – Le Havre. En 2017, le niveau des saisies a plus que quintuplé dans le premier port français de marchandises, passant de 643 kg en 2015 à 3,5 tonnes (DGPN, 2018), qui confirme que les principales entrées de la cocaïne en France s'effectuent par le biais des conteneurs maritimes. Les autres grandes sources d'approvisionnement en cocaïne pour le marché français sont situées aux Pays-Bas, où la cocaïne arrive via le port de Rotterdam, et la Belgique, où les saisies dans le port d'Anvers ont atteint, avec plus de 40 tonnes en 2017, des niveaux sans précédent. Ces flux de cocaïne, dans un contexte où la production en Colombie est à son plus haut (UNODC, 2018), contribuent à la très forte disponibilité du produit en France (Gérome *et al.*, 2018), portée par une multitude de réseaux de trafic allant des microréseaux d'usagers-revendeurs à des organisations criminelles capables d'en importer par centaines de kilogrammes.

Figure 1. Saisies de résine, d'herbe de cannabis et de cocaïne en France (2007-2017)



Source : OCRTIS, exploitation OFDT

La persistance de l'héroïne

L'héroïne qui circule sur le marché français est essentiellement de l'héroïne brune produite en Afghanistan. Comparé aux marchés du cannabis ou de la cocaïne, celui de l'héroïne est relativement restreint. Il a néanmoins connu une réelle reprise après la forte baisse due à l'introduction des traitements de substitution aux opioïdes en 1995. Le niveau élevé des saisies depuis vingt ans en atteste (en moyenne 670 kg) et fait du marché français un des plus importants en Europe. Celui-ci se distingue par son caractère fortement régionalisé, avec une disponibilité et accessibilité marquées de l'héroïne dans le nord-est et l'est de la France. Ce phénomène s'explique par la proximité des Pays-Bas, qui sont le principal débouché de la route des Balkans et une plaque tournante alimentant l'Europe occidentale. C'est en effet dans ce pays que se tient l'essentiel du marché de gros et de demi-gros alimentant le territoire français. Toutefois, des trafics d'héroïne existent également dans le sud ou l'ouest de la France. Des villes comme Toulouse, Marseille, Bordeaux ou Rennes signalent régulièrement la réapparition de points de vente, aussi bien dans les zones urbaines que rurales (Cadet-Tairou et al., 2017). Le phénomène marquant en matière de marché est l'apparition, depuis cinq ans, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, de filières albanaises alimentant une clientèle d'usagers plutôt insérés (Tissot, 2018). Par ailleurs, compte tenu des augmentations record de la production d'opium et d'héroïne en Afghanistan en 2016, une plus grande disponibilité du produit est envisageable en France dans les années à venir.

La MDMA et autres drogues de synthèse

À partir de la fin des années 1990, dans le sillage du milieu festif lié à la techno, le marché de la MDMA a beaucoup augmenté en France (Gandilhon et Néfau, 2016). En 2016 et 2017, avec plus de un million de comprimés d'ecstasy, les saisies se maintiennent à un niveau élevé et sont pour la plupart réalisées sur le vecteur routier et destinées à l'Espagne et au Royaume-Uni (DEASRI, 2018). La MDMA, sous sa forme « comprimé » (ecstasy) ou « cristal », est fabriquée essentiellement aux Pays-Bas et en Belgique. À la fin des années 2000, du fait d'une pénurie de pré-curseurs, on assiste à une prolifération de comprimés ne contenant pas de MDMA (OICS, 2009). Ce phénomène contribue à détourner nombre d'usagers de la forme comprimé au profit du cristal, qui bénéficie en outre d'un effet de mode. Depuis 2015, toutefois, un retour important sur le marché des comprimés est rapporté par le dispositif TREND (Cadet-Tairou et al., 2016). D'une teneur plus élevée, ornée de logos attrayants jouant sur le registre de la culture populaire, cette galénique semble à nouveau populaire chez les consommateurs.

Les filières qui alimentent le territoire français ne semblent pas très professionnalisées et n'importent que de petites quantités. La situation est similaire pour l'amphétamine et la méthamphétamine. Pour cette dernière, en 2017, la presque totalité des petites quantités saisies en France (122 kg) provenaient d'Afrique de l'Ouest et des Pays-Bas et n'étaient pas destinées à la France, mais aux marchés latino-américains (Brésil, Chili) et asiatiques (Japon) (DEASRI, 2018). Comme pour la MDMA/ecstasy, la demande française est alimentée par des réseaux de taille réduite, difficilement détectables pour les forces de l'ordre.

Le marché du tabac

La fabrication et le commerce du tabac font l'objet d'un contrôle important en France. Ainsi, les buralistes, préposés de l'administration pour cette fonction, ont le monopole de la vente au détail des produits du tabac. Ils sont environ 25 000 en 2018. Toutefois, depuis les fortes augmentations des prix de 2003-2004, le marché parallèle (hors réseau buraliste) s'est développé.

Des ventes chez les buralistes en recul à la suite des hausses de prix

En 2018, les ventes de tabac dans le réseau buraliste ont atteint 49 740 tonnes contre 58 309 tonnes cinq ans auparavant, soit une baisse de 15 % (Lermenier-Jeannet, 2019). Les ventes de tabac à rouler ont un peu moins diminué que celles des cigarettes (- 12 % contre - 15 %). Ces évolutions sont le fruit d'écarts de prix persistants malgré un rapprochement de la fiscalité entre ces deux types de produits (Lermenier-Jeannet, 2019). Le prix du paquet de 20 cigarettes de la classe la plus vendue a augmenté de 29 %, passant de 6,20 euros en janvier 2012 à 8 euros en mars 2018, et celui de la blague de 40 grammes de tabac à rouler a quasiment doublé (+ 85 %), pour atteindre 14,50 euros. Le rythme des hausses de prix a néanmoins été inconstant avec un gel des taxes et du prix des cigarettes pendant près de quatre ans (2014-2017), avant que n'intervienne une nette augmentation en mars 2018 (+ 0,94 euro en moyenne). Le tabac à rouler a quant à lui vu ses prix croître fortement en février 2017 (+ 15 %) puis en mars 2018 (+ 2 euros en moyenne sur un paquet de 30 grammes), ce qui a eu pour effet de mettre fin à la progression quasi continue des ventes (- 6 % en 2017 et - 10 % en 2018).

Les hausses de prix permettant de compenser largement le recul des ventes, le chiffre d'affaires généré par la vente de tabac (et les recettes fiscales afférentes pour l'État) est en hausse en 2018, après avoir été globalement stable sur la période 2013-2017. Il s'établit à près de 19 milliards d'euros, dont 15,6 milliards pour les seules cigarettes.

Des achats hors réseau buraliste assez fréquents

Depuis les fortes hausses de prix en 2003-2004, les achats hors réseau buraliste se sont développés. La très grande majorité de cet approvisionnement s'effectue cependant dans un commerce à l'étranger, notamment dans les pays limitrophes où le prix du tabac est moins élevé. Fin 2016, un fumeur sur cinq déclarait faire ce type d'achat toujours, presque toujours ou souvent. Les achats en duty-free, par Internet et en contrebande (y compris la contrefaçon) concerneraient moins de 5 % des fumeurs (Lermenier-Jeannet et Palle, 2017).

Un haut niveau de saisies

Les saisies de tabac réalisées par les douanes ont un caractère assez erratique. Après avoir atteint un niveau record en 2015 (629 tonnes), elles se sont élevées à 281 tonnes en 2018, dont la majorité a été réalisée sur le territoire national et le reste à l'étranger sur renseignements de la douane française (Direction générale des douanes et droits indirects, 2019).

Internet et le commerce de substances psychoactives illicites

Magali Martinez

Dès sa création, Internet a constitué un vecteur du commerce de substances psychoactives illicites (Power, 2013). Sur sa surface, les sites vendant ces produits ont d'abord été portés par le commerce des champignons hallucinogènes via des *smartshops*¹ numériques. Puis, après leur interdiction dans un grand nombre de pays européens à partir de 2003, la vente de nouveaux produits de synthèse (NPS ; voir chapitre « Nouveaux produits de synthèse », p. 151) s'est faite via d'autres sites, non affiliés à des magasins physiques. Enfin, à partir de 2010, l'apparition de plateformes de vente sur le darknet (DN) renouvelle encore le marché des produits psychoactifs illicites sur Internet.

Fonctionnement et caractéristiques des marchés

Les NPS sont majoritairement accessibles sur le Web de surface et les drogues usuelles sur le DN, cette répartition étant sans lien avec le statut législatif ou la toxicité des substances. En effet de nombreux NPS sont aujourd'hui classés au niveau mondial (42 au total en 2018) et sont parfois beaucoup plus puissants que les produits imités.

Les NPS, produits clés sur le Web de surface

Sur le web de surface, le marché francophone des NPS est scindé en deux catégories de sites de vente. Les sites dits « commerciaux », vitrines ou non de *smartshops* ayant des commerces physiques, vendent le plus souvent à côté de leurs produits usuels des cannabinoïdes de synthèse (CS), présentés dans des emballages colorés et sous des noms originaux, en reproduisant des formes familières pour l'utilisateur (herbe, résine). Les sites dit « spécialisés » ont quant à eux une apparence plus austère et ne commercialisent que des NPS en poudre, leur forme initiale, dans des sachets zip neutres sur lesquels les mentions « research chemicals » (produits chimiques pour la recherche) ou « not for human consumption » (non destiné à la consommation humaine) sont généralement inscrites. Les sites visant spécifiquement le marché francophone relèvent de ces deux catégories, une grande part de ceux dits « commerciaux » étant basée aux Pays-Bas (Martinez *et al.*, 2016).

Sur le darknet, d'abord des ventes de produits illicites classiques

Les plateformes du DN fournissent avant tout des produits traditionnels, majoritairement des stimulants. Elles ont la réputation, pas systématiquement vérifiée, de proposer des prix moins élevés que ceux pratiqués sur les marchés conventionnels (de rue ou en micro réseaux) et des teneurs plus élevées (Aldridge *et al.*, 2018 ; EMCDDA *et al.*, 2016a). Ces plateformes utilisent des outils d'anonymisation et un système de notation entre vendeurs et acheteurs.

1. Pour tous les termes techniques, se reporter à l'encadré p. 72.

Lexique

- **Cybermonnaies** : dites aussi cryptomonnaies (bitcoin, ethereum...), il s'agit d'unités d'échanges stockées sur un support électronique, dont la valeur est fixée par l'importance de leur rythme de création et du stock total. Les transactions sont enregistrées de façon cryptée (blockchain).
- **Darknet** : partie du deepweb dévolue aux activités illicites. Pour y accéder, les outils d'anonymisation (logiciel TOR, etc.) sont utilisés.
- **Deepweb** : partie de l'Internet non référencée, pour des raisons techniques (ex. : les pages d'une base de données) ou du fait du choix des personnes ayant créé les pages ou sites Web (ex. : l'accès à un serveur privé).
- **Logiciel TOR** : logiciel libre qui permet de naviguer sur Internet sans divulguer l'adresse IP de l'ordinateur utilisé et les sites visités. TOR permet également de créer des sites Internet dont le domaine n'est pas référencé par les autorités gérant le Web de surface (ex. : .fr, .com...). Ces sites sont labellisés avec une adresse en .onion.
- **Outils d'anonymisation** : par exemple, TOR, les logiciels cryptographiques pour protéger le contenu des messages échangés (les plus connus sont PGP et GnuPG), des cybermonnaies, ainsi que le recours à des agents fiduciaires, escrow agents, des tiers auprès de qui l'argent de l'achat est déposé jusqu'à ce que la transaction soit validée.
- **Plateformes** : dites aussi cryptomarchés ou *boards*, elles mettent en relation vendeurs et acheteurs sur un modèle similaire à celui des sites légaux. Leur caractéristique est d'utiliser des outils d'anonymisation. Le fonctionnement des plateformes (visibilité des prix, anonymat garanti, système de notation) permet d'instaurer des mécanismes de compétition, de coopération (au sens d'obligations à remplir entre acteurs) et de fixation des prix qui n'existent pas dans les marchés conventionnels des drogues.
- **Smartshops** : magasins vendant des produits naturels, des vitamines ou des compléments alimentaires, ainsi que le matériel nécessaire à la consommation de cannabis et des champignons hallucinogènes.
- **Web de surface** : Dit aussi clear web, ou Internet surfacique, il s'agit des pages Web référencées par les moteurs de recherche.
- **Pair-à-pair décentralisée** : Dite en anglais « *decentralised peer to peer* », les personnes utilisent un logiciel commun et s'échangent en direct leurs données. Le flux d'informations repose sur plusieurs serveurs et non un seul. Une attaque peut ainsi plus facilement être limitée à quelques segments du réseau, laissant la majeure partie de la plateforme intègre. Elle est susceptible de s'imposer comme un nouveau modèle d'organisation.

Les premières identifications de plateformes francophones par l'OFDT remontent à l'été 2013 et, depuis, l'EMCDDA en a identifié 9 dont 2 sont encore actives en 2018. Au plan européen, un grand nombre de sites a d'abord émergé, avant que leur nombre ne se réduise considérablement. L'EMCDDA en a ainsi dénombré près d'une centaine, apparus juste après « Silk Road » (2013) et ayant fermé pour la plupart avant 2018 (EMCDDA *et al.*, 2016a). Le nombre de vendeurs s'est auto-régulé, du fait de hackings, d'escroqueries ou d'opérations policières (EMCDDA *et al.*, 2016a ; GDPO, 2014). Certaines attaques sont ainsi menées par des personnes isolées, comme ce fut le cas en 2015 contre Liberty's Hacker, un important hébergeur des sites du DN francophone, tandis que les sites plus importants sont visés par des opérations policières internationales².

2. Par exemple l'opération Bayonet, en 2017, qui a conduit à la fermeture d'AlphaBay (04/07/2017) et de Hansa (20/06/2017).

Évolutions au cours des cinq dernières années

En 2016, la loi sur les substances psychoactives au Royaume-Uni a inversé le paradigme législatif sur les stupéfiants : toute substance psychoactive est de fait interdite et ne sont autorisées que celles qui sont explicitement exclues de cette interdiction. Si le Royaume-Uni n'est pas le premier pays à mettre en œuvre ce type de loi (Irlande, Pologne), son introduction a eu un fort impact sur l'offre anglo-saxonne, majoritaire sur Internet. Les revendeurs de NPS issus de ce pays seraient ainsi devenus plus présents sur le DN (EMCDDA *et al.*, 2016a). Sur le Web de surface, les sites de vente se sont réorganisés^a (fausses vitrines, accès sur invitation) et les cybermonnaies sont devenues le mode de paiement central. Sur le DN, les plateformes restantes ont soit opté pour la technologie du « pair-à-pair décentralisée », soit un mode d'accès restreint, soit limité leur rayonnement à une région linguistique du globe. Ces choix tendent à les protéger des opérations internationales d'investigation, qui visent en priorité des sites anglo-saxons. Consommateurs et vendeurs ont des avantages à fréquenter ce type de sites : le partage d'une même langue et des transactions nationales, donc sans passage frontalier et avec un moindre risque de saisie par les douanes.

^a Voir résultats de I-TREND <https://www.ofdt.fr/europe-et-international/projets-internationaux/i-trend/>. Projet européen JUST/2012/DPIP/AG/3641, financé avec le soutien du programme « Drogues, prévention et information » (DPIP) de l'Union européenne.

Impact sur le trafic de drogues et la structuration de la demande

Des formes hybrides de criminalité et une évolution incertaine

L'identité des acteurs de l'offre de drogues sur Internet et leur impact sur les filières classiques sont des sujets imparfaitement documentés.

Sur le Web de surface, il n'a jusqu'ici pas été démontré que les producteurs de NPS (basés presque exclusivement en Chine) ou leurs revendeurs soient reliés aux mafias reconnues. Le marché des NPS sur le Web de surface apparaît comme une ramification inédite du marché des drogues, avec de nouveaux acteurs (voir chapitre « Nouveaux produits de synthèse », p. 151). Les producteurs, peu nombreux, envoient par colis les NPS (en grosse quantité) aux revendeurs qui parfois s'allient pour réaliser des achats groupés. La revente elle-même peut faire l'objet d'une division internationale des tâches : un volume important de produits arrive dans un pays de l'UE avant d'être redirigé dans un deuxième en Europe où ils sont conditionnés en doses unitaires et expédiés ; en parallèle, une équipe située dans un troisième pays assure l'activité commerciale, via un site de vente lui-même localisé dans un quatrième pays (Lahaie *et al.*, 2013 ; Martinez et Lahaie, 2013). Les groupes criminels organisés (GCO) européens étant parmi les plus importants producteurs et distributeurs mondiaux de drogues de synthèse classiques (amphétamine et MDMA) (EMCDDA et Europol, 2016a), il est possible qu'ils choisissent davantage dans le futur de produire eux-mêmes certains NPS. Cette situation a notamment été observée avec la 4-FA (WHO, 2015) et l'alpha-PVP (EMCDDA, 2016).

Sur le DN, où circulent les drogues classiques, l'identification des acteurs et la détermination de leur rôle constituent des enjeux importants. Pour le cannabis et la cocaïne, les revendeurs du DN et les consommateurs sont majoritairement situés dans les mêmes pays (Dittus *et al.*, 2018), ce qui suggère que le trafic de ces produits via Internet reste local. Dans l'UE, les revendeurs se déclarent principalement basés aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni (EMCDDA *et al.*, 2016a). Pour ces deux produits au moins, les acteurs de l'offre sont donc en majorité des distributeurs finaux, qui se fournissent auprès des circuits « traditionnels ».

Initialement, le marché digital des drogues était considéré comme servant à alimenter une revente destinée à de la consommation (Europol et EMCDDA, 2012 ; Lahaie *et al.*, 2013 ; Ormsby, 2016). Aujourd'hui, il est de plus en plus évident que certains revendeurs sont des semi-grossistes. La question est alors de connaître les liens qu'ils peuvent avoir avec les GCO impliqués dans la revente de rue, afin de déterminer s'il s'agit de concurrents ou bien des mêmes réseaux (Dittus *et al.*, 2018 ; EMCDDA *et al.*, 2016a). Les volumes de transactions des marchés francophones observés par le dispositif TREND entre 2013 et 2016 et une enquête cyber-douanière de 2015 illustrent cette évolution de la structure du marché francophone. Sous le pseudonyme d'un vendeur peut se cacher un micro réseau, au sein duquel plusieurs personnes occupent des tâches différentes, depuis la charge d'assurer les échanges en ligne, jusqu'au transfert des commandes et l'organisation générale de l'activité.

Un mode d'achat en voie d'adoption

Il existe également des interrogations sur l'impact que cet accès digital aux substances psychoactives, nouvelles ou anciennes, peut avoir sur les pratiques des usagers. Quelques personnes pourraient débiter leurs consommations avec l'achat sur Internet (Aldridge *et al.*, 2018 ; Cadet-Taïrou, 2016b), mais l'hypothèse dominante est que cette nouvelle accessibilité entraîne plutôt une augmentation de la consommation chez les personnes déjà usagères (Aldridge *et al.*, 2018 ; Ormsby, 2016). En France, environ 10 % de ceux fréquentant un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont déjà consommé un produit acheté sur Internet (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015). Ce moyen d'approvisionnement semble plus fréquent au sein d'un public inséré, surtout parmi les jeunes plus familiers d'Internet et déjà installés dans un parcours de consommation. En parallèle, la part annuelle des collectes du Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) concernant des produits acquis sur Internet est passée de 16 % en 2013 à 23 % en 2018.

Par rapport au marché conventionnel des drogues, les plateformes du DN sont davantage régulées et formalisées (Bakken *et al.*, 2018) (voir description dans l'encadré p. 72). Si cette nouvelle configuration tend à faire peser moins de risques sur le bon déroulement des transactions (de saisies, de vol, de violences...), son impact en termes de réduction des risques pour les consommateurs n'est pas démontré (Mounteney *et al.*, 2018). D'autre part, si les produits vendus sur Internet ont la réputation d'être de « meilleure qualité » et que le mode d'approvisionnement semble plus sécurisant, il est aujourd'hui établi que les teneurs sont variables et qu'il existe des substitutions entre produits, avec des conséquences parfois fatales (Aldridge *et al.*, 2018 ; Brunt *et al.*, 2017). Par ailleurs, bien qu'une teneur élevée soit présentée par les vendeurs comme un gage de qualité, elle n'est pas synonyme pour les consommateurs de plaisirs plus intenses ou d'effets nocifs moins graves (Mounteney *et al.*, 2018). Comme c'est souvent le cas dans le champ des drogues, les consommateurs tentent de limiter les risques liés à leurs consommations en utilisant des dispositifs d'analyse de produits « communautaires » (Aldridge *et al.*, 2018 ; Caudevilla, 2016). Ce qui est moins usuel, est que les vendeurs eux-mêmes désirent prendre part à cette régulation, par exemple en proposant de soumettre leurs marchandises à des analyses (Ormsby, 2016).

Adaptation du cadre juridique des enquêtes et défis matériels persistants

Pour répondre à cette extension du marché des drogues sur Internet, le législateur français a fait évoluer le cadre légal des enquêtes sur les stupéfiants. Les changements apportés visent à légitimer et à encadrer les techniques d'investigation dans cet espace. Elles permettent par l'exemple l'usage de pseudonymes lors de communications en ligne, l'achat de substances sur le Web de surface ou le DN et l'enregistrement de données. Les difficultés persistantes pour les autorités sont la coopération internationale que demandent ces enquêtes et le déchiffrement des communications.

En pratique, Internet a contribué à développer l'acheminement des produits en petites quantités via le fret postal. Leur identification dans le flux d'envois postaux

est une difficulté identifiée depuis plusieurs années (de Montgolfier et Dallier, 2013 ; Sénat, 2014). Sa résolution reste en grande partie dépendante de l'importance des moyens humains déployés dans les centres de tri. Une autre difficulté pour les agents est de prouver que la substance saisie est un stupéfiant. Sur ce point, le législateur a contribué à l'aplanir en classant comme stupéfiant non plus des substances individuelles mais des groupes de substances présentant des propriétés communes (Martinez *et al.*, 2018) (voir chapitre « Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs », p. 82).

Références législatives

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. *JORF* n° 302 du 30 décembre 2011, p. 22 667, texte n° 1. (NOR ETSX1119227L)

Décret n° 2012-741 du 9 mai 2012 portant dispositions relatives à la publicité pour les médicaments à usage humain. *JORF* n° 109 du 10 mai 2012, p. 8 763, texte n° 97. (NOR ETSP1208477D)

Ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur Internet et à la lutte contre la falsification de médicaments. *JORF* n° 297 du 21 décembre 2012, p. 20 182, texte n° 11. (NOR AFSX1240311R)

Loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012. *JORF* n° 304 du 30 décembre 2012, p. 20 920, texte n° 2. (NOR EFIX1238817L)

Décret n° 2012-1562 du 31 décembre 2012 relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et à l'encadrement de la vente de médicaments sur Internet (NOR AFSP1240709D)

Règlement (UE) n° 1258/2013 du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant le règlement (CE) n° 273/2004 relatif aux précurseurs de drogues. *JOUE* L 330 du 10 décembre 2013, p. 21–29.

Loi n° 2014-1353 du 13 novembre 2014 renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme. *JORF* n° 263 du 14 novembre 2014, p. 19162, texte n° 5. (NOR INTX1414166L)

Arrêté du 21 octobre 2015 relatif à l'habilitation au sein de services spécialisés d'officiers ou agents de police judiciaire pouvant procéder aux enquêtes sous pseudonyme. *JORF* n° 251 du 29 octobre 2015, p. 20121, texte n° 38. (NOR INTC1513051A)

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique. *JORF* n° 279 du 1er décembre 2016, texte n° 25. (NOR AFSP1633477A)

Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale. *JORF* n° 129 du 4 juin 2016, texte n° 1. (NOR JUSD1532276L)



Les réponses publiques



Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues

Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet

En France, la politique en matière de conduites addictives est coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Elle est guidée par de grands principes directeurs qui animent l'action des pouvoirs publics sur ce sujet depuis le début des années 2000. Ceux-ci prennent en compte toutes les addictions, qu'elles soient liées ou non aux substances, à travers une approche intégrée, équilibrée et cohérente qui conjugue prévention, prise en charge, réduction des risques, insertion, lutte contre le trafic, coopération et recherche. La politique prend appui sur les avancées scientifiques pour asseoir le choix des interventions, poursuit un souci de cohérence et de mutualisation des efforts gouvernementaux et porte une attention particulière aux populations les plus fragiles. Suivant ces principes adossés à l'interdit fixé par la loi du 31 décembre 1970, les décideurs se donnent pour objectif principal la protection des populations des conséquences sanitaires, sociales, sécuritaires et économiques liées aux consommations et au trafic de produits illicites. Un certain nombre d'orientations récentes viennent renforcer ou actualiser ces efforts. Le Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions (MILDECA, 2018a) s'articule aussi avec les évolutions législatives et les stratégies nationales évoquées ci-après.

Convergence face aux méfaits du tabagisme

Les mesures adoptées au cours des cinq dernières années en matière de tabac traduisent une volonté d'agir de façon encore plus déterminée contre les dommages qui lui sont liés. Les deux derniers programmes nationaux adoptés – PNRT 2014-2019 et PNLT 2018-2022 (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014 ; Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2018) – combinent une diversité d'actions en matière économique, sociale et sanitaire. Ils résultent d'un fort consensus entre le ministère de la Santé, les ministères régaliens et la MILDECA. Un des traits marquants de cette unité est la volonté de mettre en place une gouvernance nationale et régionale afin de créer des espaces de concertation entre les administrations, les représentants de la société civile à l'échelon national et régional.

Le vote de la première loi française contre le tabagisme (loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil ») s'inscrivait dans un contexte peu propice à sa réduction. À l'inverse, les changements législatifs les plus récents (le « paquet neutre » ou « l'obligation imposée aux buralistes de contrôler systématiquement que le client soit majeur ») s'inscrivent dans un climat social et politique marqué par la mauvaise image du tabac, une meilleure prise en compte des dommages sanitaires et un cadre international contraignant (Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 (OMS, 2003)

pour la lutte antitabac). Les données sur les évolutions récentes des perceptions des Français sur les drogues (EROPP, OFDT, 1999-2018) confirment ce constat. Ainsi, le tabac est perçu comme dangereux dès la première fois par 34 % des Français en 2018 (voir chapitre « Opinions et perceptions sur les drogues en 2018 », p. 87). Ils étaient 25 % à avoir cette opinion en 2002 (Tovar et Bastianic, 2013).

Alcool : avancées de santé publique et recul sur la publicité

En matière d'alcool, les évolutions récentes reflètent la volonté des décideurs d'axer leur action sur la protection des mineurs, la prévention de l'accidentologie routière, la santé au travail et la tranquillité publique. L'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux moins de 18 ans, votée en juillet 2009 (loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), et la loi du 26 janvier 2016 (loi de modernisation du système de santé) visant la prévention des comportements à risque liés à la consommation d'alcool (interdiction de la vente de boissons alcoolisées à volonté, encadrement des happy hours, « zéro alcool au volant » pour les conducteurs novices, élargissement de la mesure judiciaire de l'« éthylotest antidémarrage » à tous les stades de la procédure pénale) constituent des mesures emblématiques de cette politique (voir chapitre « Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs », p. 82). En parallèle, l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées est resté très limité. Elle est proscrite uniquement sur les médias traditionnels (presse, cinéma, télévision) ou lorsqu'il s'agit de publicités spécifiquement destinées à la jeunesse. Depuis 2009, la publicité est aussi autorisée en ligne, en dehors des sites Internet s'adressant aux jeunes. La politique de prévention dans le domaine de l'alcool rencontre des obstacles dans sa mise en œuvre en raison des enjeux économiques, culturels et politiques qui rentrent en conflit avec les enjeux de santé (Cour des comptes, 2016).

Maintien du statut légal du cannabis

Si le statut légal du cannabis à usage récréatif a été récemment modifié dans certains États américains, en Uruguay et au Canada (Lalam et al., 2017 ; Obradovic, 2018a), les dernières évolutions en France s'inscrivent dans la continuité de la politique fixée par la loi de 1970. Un projet de loi de réforme de la justice examiné fin 2018 propose de créer une amende forfaitaire délictuelle de 200 euros punissant l'usage de stupéfiants (Buffet et Détraigne, 2018). Les pouvoirs publics espèrent par ce biais une simplification du travail des forces de l'ordre permettant de renforcer leur mobilisation dans la lutte contre le trafic. S'agissant du cannabis à usage médical, le code de la santé publique a été modifié en 2013, permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'octroyer une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis et ses dérivés cannabinoïdes (décret du 5 juin 2013 modifiant les dispositions de l'article R. 5132-86). En 2014, le médicament Sativex® a obtenu une telle autorisation dans le cadre strict du traitement d'appoint chez des patients insuffisamment soulagés par un traitement anti-spastique optimal. Fin 2018, un Comité scientifique spécialisé temporaire réuni par l'ANSM a conclu à la pertinence d'utiliser le cannabis thérapeutique en France, dans certaines situations (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117).

De nouvelles actions de réduction des risques pour les groupes les plus vulnérables

Dans la continuité des orientations fixées par la loi de santé publique en août 2004, qui a donné une assise juridique et financière à la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD), une nouvelle étape a été franchie au nom de la prévention des maladies infectieuses avec l'adoption de la loi de modernisation du système de santé (loi du 26 janvier 2016). L'expérimentation, pendant six ans, de salles de consommation à moindre risque, ainsi que l'accès à l'ensemble des dispositifs de réduction des risques en milieu pénitentiaire sont les mesures phares de cette politique. En pratique, deux salles de consommation à moindre risque ont été mises en place à Paris et à Strasbourg. L'expérimentation des programmes d'échanges de seringues en milieu pénitentiaire n'a en revanche pas pu être déployée à ce jour, en raison de contraintes liées à des enjeux liés à la politique carcérale (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95). D'autres mesures introduites par cette loi sont venues compléter ou étendre l'offre de services de RdRD à destination des usagers de drogues. Les missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont élargies à la réduction des risques et à la prévention individuelle et collective. Les personnels non médicaux formés, travaillant pour des structures de prévention ou associatives (tels que ceux exerçant en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues – CAARUD), sont désormais autorisés à utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC et VHB. Seuls les professionnels de santé y étaient auparavant habilités. La délivrance des TROD est également autorisée sans prescription médicale en pharmacie et par le biais des automates et des équipes du réseau associatif de la RdRD. En matière de prévention de l'hépatite C et d'accès aux traitements, les personnes à risque élevé de transmission (usagers de drogues injecteurs, personnes détenues, femmes enceintes) bénéficient d'une prise en charge totale des antiviraux d'action directe (AAD) par l'Assurance-maladie (arrêté du 10 juin 2016 et instruction du 28 juillet 2016) (Delile *et al.*, 2018). En 2017, le remboursement total des AAD a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique, quel que soit le stade de fibrose (instruction du 3 août 2017). Par ailleurs, intensifier les actions de dépistage, de prévention et de traitement pour les publics les plus exposés est une priorité forte de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). La stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) s'inscrit en cohérence avec ces orientations (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2017).

Annulation de la transaction pénale au motif de l'individualisation des peines

Les orientations les plus récentes en matière de politique pénale sont les dispositions de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. La volonté du législateur a été de réformer la politique de prévention de la récidive. Le rôle de la police et de la gendarmerie a été renforcé dans le contrôle des personnes condamnées ou sous contrôle judiciaire. Ce texte autorisait le recours à la transaction pénale pour les délits passibles d'un an d'emprisonnement au maximum, parmi lesquels figurait l'usage simple de stupéfiants. La loi prévoyait également que des instances des conseils dépar-

tements de prévention de la délinquance soient chargées d'organiser le suivi et le contrôle en milieu ouvert des personnes condamnées qui sortent de détention. Le décret du 13 octobre 2015 réglementait la mise en application de ces deux mesures. En mai 2017, le Conseil d'État a jugé que les dispositions de ce décret étaient contraires à la Constitution, contrevenant au principe d'individualisation des peines. Depuis, le gouvernement a prévu d'abroger la transaction pénale.

Références législatives

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Loi n° 76-616 [dite « Veil »] du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. *JORF* du 10 juillet 1976, p. 4148-4149.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *JORF* n° 185 du 11 août 2004, p. 14277, texte n° 4. (NOR SANX0300055L)

Loi n° 2009-879 [dite « HPST »] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184. (NOR SASX0822640L)

Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. *JORF* n° 130 du 7 juin 2013, p. 9469, texte n° 13. (NOR AFSX1308402D)

Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. *JORF* n° 189 du 17 août 2014, p. 13647, texte n° 1. (NOR JUSX1322682L)

Décret n° 2015-1272 du 13 octobre 2015 pris pour l'application des articles 41-1-1 du code de procédure pénale et L. 132-10-1 du code de la sécurité intérieure. *JORF* n° 239 du 15 octobre 2015, p. 19102, texte n° 11. (NOR JUJD1514499D)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Arrêté du 10 juin 2016 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. *JORF* n° 135 du 11 juin 2016, texte n° 26. (NOR AFSS1613575A)

Instruction DGOS/PF2/DGS/SP2/PP2/DSS/1C n° 2016-246 du 28 juillet 2016 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD). *BO Santé*, Protection sociale, Solidarité n° 16/9 du 15 octobre 2016, p. 478-489. (NOR AFSH1621701J)

Décision n° 395321, 395509 du 24 mai 2017 du Conseil d'État : Syndicat de la magistrature et autres (Syndicat national des magistrats Force ouvrière).

Instruction DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/1C n° 2017-246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'Assurance-maladie du traitement de l'hépatite C par les nouveaux agents anti-viraux d'action directe (AAD) à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché et à la limitation de la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pour les initiations de traitement à des situations particulières listées. *BO Santé*, Protection sociale, Solidarité n° 8 du 15 septembre 2017, p. 267-275. (NOR SSAH1722937J)

Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs

Carine Mutatayi, Caroline Protais, Magali Martinez

L'usage et le trafic des substances ou plantes classées comme stupéfiants sont prohibés, selon les termes de la loi du 31 décembre 1970, et le commerce à des fins pharmaceutiques ou industrielles est fortement régulé. Concernant les médicaments, l'article L5132-1 du code de la santé publique (CSP) classe un certain nombre de produits pharmaceutiques considérés comme dangereux ou potentiellement dangereux dans la liste des « substances vénéneuses ». Le cadre juridique concernant la fabrication, le commerce, la promotion, voire l'usage public de l'alcool, du tabac et des médicaments psychotropes n'a quant à lui cessé de s'étoffer. Ces dispositions légales, pour beaucoup intégrées au CSP, participent d'un environnement protecteur, en particulier pour les non-usagers ou les mineurs. Il existe une même volonté de protection concernant les jeux d'argent et de hasard (JAH).

Le cadre légal en matière de stupéfiants

En France, l'usage illicite de toute substance ou plante classée comme stupéfiant constitue un délit passible de peines pouvant atteindre jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (art. L.3421-1 du CSP). Les peines encourues peuvent aller jusqu'à cinq ans de prison et une amende de 75 000 euros lorsque l'infraction a été commise dans l'exercice de certaines fonctions.

Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites et le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement au maximum et de 7,5 millions d'euros d'amende (art. 222-37 du code pénal). La loi française ne fait pas de distinction, du point de vue de la peine maximale encourue, entre la détention pour usage personnel ou en vue d'un trafic, ni selon le produit stupéfiant. En pratique, les autorités de poursuite et de jugement en tiennent compte cependant dans l'appréciation de la suite à donner à l'affaire et pour déterminer la peine ou la mesure la plus adaptée à l'infraction commise et à la personnalité de l'auteur. En revanche, la loi distingue la cession ou l'offre illicite de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle, punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende¹, de la vente de produits stupéfiants dans le cadre d'un trafic structuré, les peines pouvant alors aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement.


Les peines maximales encourues pour les dirigeants des groupements criminels ayant pour activité le trafic de stupéfiants sont parmi les plus élevées au regard de l'échelle des peines. Ainsi, le fait de diriger ou d'organiser 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 est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7,5 millions d'euros d'amende (art. 222-34 du code pénal).

¹ La peine est majorée lorsque l'offre vise des mineurs (art. 222-39 du code pénal).

À propos du cannabis, la réglementation française prévoit que toutes les opérations le concernant (production, détention, emploi) soient interdites (art. R. 5132-86 I -1° du CSP). Certaines variétés non classées comme stupéfiants (arrêté modifié du 22 août 1990) peuvent toutefois être utilisées à des fins industrielles et commerciales, si elles ne proviennent que des graines et des fibres (l'usage de la résine, des fleurs, des feuilles de la plante étant interdite). Le CBD (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117) peut faire l'objet d'une publicité, s'il est abordé à travers l'une des spécialités pharmaceutiques ayant une AMM (art. R 5132-86 III CSP) et s'il respecte la réglementation des médicaments en la matière (CSP, livre 1^{er}, titre II, chapitre II, R.5122-1 à 8). En dehors de ce cadre, il ne peut pas être présenté comme ayant des vertus thérapeutiques.

Il n'existe pas de loi spécifique destinée au contrôle des nouveaux produits de synthèse (NPS). La logique de classement d'un NPS sur la liste des stupéfiants est de type individuel (chaque substance interdite est nommée dans la liste) et générique depuis 2012 (cf. encadré ci-dessous).

Contrôle des NPS



Le principal moyen de contrôle législatif des NPS demeure leur inscription sur la liste des stupéfiants. Cette liste en France est fixée par un arrêté de 1990, établie à partir des conventions internationales sur les stupéfiants de 1961 et 1971. Elle est régulièrement complétée depuis l'apparition des NPS. L'arrêté du 27 juillet 2012 interdisant plusieurs cathinones a établi pour la première fois en France une interdiction sur la base d'un classement dit « générique », c'est-à-dire concernant un groupement de molécules de même famille et non des molécules individuelles². Depuis, trois autres arrêtés de ce type ont été pris, élargissant la logique à d'autres NPS.

En dehors des peines prononcées par les tribunaux, l'autorité judiciaire peut également enjoindre l'usager de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (art. L.3413-1 du CSP) qui peut intervenir comme mesure alternative aux poursuites, mais aussi comme modalité d'exécution de la peine (depuis la loi du 5 mars 2007). Conformément à l'art. L. 3421-1 du CSP, un stage de sensibilisation peut également être prononcé à titre de peine complémentaire, mais aussi comme mesure alternative aux poursuites ou comme procédure simplifiée (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle). Les circulaires d'application du ministère de la Justice du 16 février 2012 et celle du 12 mai 2017 invitent les autorités judiciaires à prononcer la mesure relative aux stages de sensibilisation pour un premier usage simple et à envisager systématiquement l'injonction thérapeutique lorsque les circonstances font apparaître une toxicodépendance et un besoin d'une prise en charge.

2. La logique générique part d'une « structure moléculaire de base et spécifie les variantes qui seront concernées par l'interdiction » (Martinez, 2013).

En 2018, le Plan national de mobilisation contre les addictions (MILDECA, 2018a) entend réviser la réponse pénale à l'infraction d'usage. Le projet de loi de programmation pour la justice 2018-2022, dévoilé le 9 mars 2018 par la ministre de la Justice, prévoit une amende forfaitaire délictuelle. Dans le cadre de l'examen en première lecture, l'Assemblée nationale a fixé en novembre 2018 son montant à 200 euros.

Le cadre légal en matière d'alcool et tabac

Les réglementations relatives à l'alcool et au tabac convergent s'agissant de la protection des plus jeunes. Dans les autres domaines, elles se distinguent de façon souvent plus restrictive pour le tabac.

La vente ou la distribution gratuite à des mineurs des produits du tabac (papier et filtres compris) et de l'alcool sont interdites (art. L. 3342-1 et L. 3512-12 du CSP). L'interdiction s'étend aux cigarettes électroniques (art. L. 3513-5 du CSP). La personne qui délivre le produit peut exiger du client une preuve de sa majorité. Inciter un mineur à la consommation habituelle ou excessive d'alcool, voire à l'ivresse, est prohibé.

Depuis son instauration en 1992 (décret du 29 mai 1992 d'application de la loi du 10 janvier 1991 dite « Évin »), l'interdiction de fumer dans les lieux publics s'est étendue à tous lieux publics ou de travail fermés et couverts, tous transports publics et lieux couverts ou non accueillant des mineurs (art. R. 3511-1 du CSP). Depuis 2016, il est interdit de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur (art. R. 3515-4 du CSP). L'usage de produits de vapotage est banni dans tout établissement destiné aux jeunes, transport en commun ou lieu de travail fermé et couvert à usage collectif (art. L. 3513-6 du CSP). L'ivresse publique et manifeste constitue une contravention de 2^e classe. Dans une enceinte sportive, elle constitue un délit passible d'emprisonnement, notamment en cas de violences. L'état alcoolique, au même titre que l'emprise de stupéfiants, est une circonstance aggravante des atteintes à la personne humaine, comme les violences entraînant une incapacité de travail (art. 222-12 et art. 222-13) ou les agressions sexuelles (art. 222-28 du code pénal). La vente ou la distribution gratuite à volonté de boissons alcoolisées (*open bar*) sont interdites sauf lors de fêtes traditionnelles et dégustations autorisées (art. L. 3322-9 du CSP), de même que la proposition temporaire de boissons alcoolisées à prix réduit (*happy hour*) si des boissons non alcoolisées ne sont pas également disponibles à prix réduit et sur la même période (art. L. 3323-1 du CSP).

L'ébriété n'est pas autorisée dans les locaux professionnels (art. R. 4228-21 du Code du travail). Dans le règlement intérieur, l'employeur peut limiter, voire interdire tout usage d'alcool sur le lieu du travail (art. R. 4228-20 du Code du travail) et doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle d'alcoolémie ou de l'usage de stupéfiants auprès d'un salarié ou d'un candidat. Les tests sont pratiqués sur prescription du médecin du travail et l'interprétation des données biologiques et cliniques, soumises au secret médical, est de son ressort exclusif.

Les unités de conditionnement et les emballages des produits du tabac et de l'alcool doivent comporter obligatoirement des avertissements sanitaires homologués : image et texte pour le tabac, texte et logo préconisant

l'absence de consommation d'alcool durant la grossesse pour les alcools (arrêté du 2 octobre 2006). S'agissant du tabac, les emballages doivent être neutres et standardisés.

La publicité pour le tabac est interdite, y compris, depuis 2016, dans les points de vente. Celle en faveur de l'alcool est limitée à une liste de supports qui exclut la télévision et le cinéma mais autorise entre autres l'affichage public et, depuis 2009 (loi du 21 juillet 2009 dite HPST), le recours à des sites Web visant un public adulte, de façon « ni intrusive, ni interstitielle » (art. L. 3323-2 du CSP). Les contenus doivent être neutres, rapportés aux qualités gustatives et olfactives des produits. Depuis 2016, les alcools bénéficiant d'une appellation de qualité ou liés au patrimoine culturel sont autorisés à exploiter une large palette de sujets promotionnels (terroir, zone de production, indication géographique, savoir-faire, patrimoine culturel, gastronomique ou paysager, etc.) (art. L. 3323-3-1 du CSP, loi du 26 janvier 2016).

La limite légale d'alcoolémie pour les conducteurs est de 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré), abaissée à 0,2 g/l pour les conducteurs de transport en commun et ceux en apprentissage ou détenteurs d'un permis probatoire (art. R. 234-1 du code de la route). En deçà de 0,8 g/l de sang, la conduite d'un véhicule est passible d'une contravention de 4^e classe, de la compétence du tribunal de police, au-delà elle constitue un délit relevant du tribunal correctionnel.

Jeux d'argent et de hasard

L'exploitation publique des jeux d'argent et de hasard (JAH) relève d'un régime légal dérogatoire à un principe général de prohibition, par l'octroi à quelques sociétés de droits d'exploitation des jeux de casinos, paris et loteries. En 2010, le marché des JAH en ligne est ouvert à la concurrence pour le poker, les paris sportifs et hippiques, dont le monopole revenait jusqu'alors à la Française des jeux (FDJ) et au Pari mutuel urbain (PMU) (loi du 12 mai 2010).

Les ministères chargés de l'Agriculture (loi du 2 juin 1891), de l'Intérieur (loi du 15 juin 1907 et art. L. 321-2 du code de la sécurité intérieure (CSI)) et du Budget (décret du 17 février 2006), délivrent respectivement les autorisations relatives aux courses et paris hippiques, aux casinos et enfin aux loteries, jeux de tirage ou de grattage. Sur Internet, l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL) attribue les agréments aux opérateurs, contrôle leur activité et lutte contre les sites et opérations illégaux. La loi du 12 mai 2010, qui a instauré l'ARJEL et le Comité consultatif des jeux (abrogé en 2015, par le décret du 13 novembre), a introduit un nouvel objectif de l'État en matière de JAH : la prévention du jeu problématique – excessif ou pathologique.

Les mineurs, même émancipés, sont inéligibles à la pratique de tout JAH, à l'exception des compétitions de jeux vidéo, sur autorisation explicite du représentant légal qui doit être informé des enjeux financiers (art. L. 321-10 du CSI). Toute communication commerciale en faveur d'un opérateur légalement autorisé de JAH est bannie des médias à destination des mineurs et des salles de cinéma lorsqu'elles diffusent des œuvres accessibles aux mineurs. Elle doit être assortie d'une mise en garde contre le jeu excessif ou pathologique et mentionner le service d'aide « Joueurs Info Service ».

En 2018, le projet de loi « Pacte » prévoit la privatisation de la FDJ – dont l'État conservera au moins 20 % du capital après avoir été longtemps l'actionnaire majoritaire (72 %). Il annonce la création d'une autorité indépendante de régulation pour l'ensemble du secteur des JAH qui veille notamment à la mise en œuvre par les opérateurs de leur devoir de lutte contre le jeu excessif.

Références législatives

Loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux. *JORF* du 3 juin 1891, p. 2 457.

Loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques. *JORF* du 16 juin 1907, p. 4 177.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. *JORF* n° 130 du 7 juin 1990, p. 6678-6680. (NOR SPSM9000498A)

Arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R.5181 pour le cannabis. *JORF* n° 230 du 4 octobre 1990, p. 12041-12042. (NOR SPSM9001750A)

Loi n° 91-32 [dite « Evin »] du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *JORF* n° 10 du 12 janvier 1991, p. 615-618. (NOR SPSX9000097L)

Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. *JORF* n° 125 du 30 mai 1992, p. 7263-7265. (NOR SANP9201055D)

Décret n° 2006-174 du 17 février 2006 relatif à l'organisation et à l'exploitation des jeux de loterie autorisés par l'art. 136 de la loi du 31 mai 1933 et par l'art. 48 de la loi n°94-1163 du 29 décembre 1994 et modifiant le décret n°78-1067 du 9 novembre 1978. *JORF* n° 42 du 18 février 2006, p. 2507. (NOR BUDB0510057D)

Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. *JORF* n° 229 du 3 octobre 2006, p. 14626, texte n° 16. (NOR SANX0602395A)

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *JORF* n° 56 du 7 mars 2007, p. 4297. (NOR INTX0600091L)

Loi n° 2009-879 [dite HPST] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184. (NOR SASX0822640L)

Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. *JORF* n° 110 du 13 mai 2010, p. 8881. (NOR BCFX0904879L)

Circulaire CRIM n° 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants. *BO Justice* n° 2012-02 du 29 février 2012. (NOR JUSD1204745C)

Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. *JORF* n° 178 du 2 août 2012, p. 12664, texte n° 28. (NOR AFSP1230815A)

Décret n° 2015-1469 du 13 novembre 2015 portant suppression de commissions administratives à caractère consultatif. *JORF* n° 264 du 14 novembre 2015, p. 21251, texte n° 1. (NOR PRMX1522920D)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Circulaire du 12 mai 2017 sur les mesures alternatives aux poursuites et référentiel. *BO Justice* n° 2017-5 du 31 mai 2017. (JUSD1714357C)

Opinions et perceptions sur les drogues en 2018

Alex Brissot, Stanislas Spilka

L'OFDT réalise régulièrement depuis 1999 (Beck, 2000) une Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP). Son cinquième exercice s'est déroulé entre novembre et décembre 2018 auprès de 2 001 adultes interrogés par téléphone (Spilka, 2019). Cette enquête a été élaborée dans une double perspective : observer l'évolution des opinions de la population française et documenter les représentations sociales autour d'enjeux d'actualité (perception des risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, opinions sur la législation en vigueur et les salles de consommation à moindre risque). La mesure d'une opinion ou d'un jugement de valeur est à considérer avec précaution. En effet, cette quantification fige un « objet » qui, par sa nature, est susceptible de varier selon le contexte sociopolitique, l'écho médiatique de certains événements et le degré de connaissance des répondants sur la question¹.

Le tabagisme et l'abus d'alcool toujours considérés comme posant davantage de problèmes que les drogues illicites

Les usages des deux substances licites continuent d'être perçus par une majorité des enquêtés comme celles posant le plus de problèmes à la société française (les problèmes potentiels n'étant pas explicités dans la question). Ainsi, deux tiers des personnes interrogées (65 %) adhèrent à l'opinion selon laquelle « l'abus d'alcool pose plus de problème à la société que l'usage de drogues (illicites) » et plus de la moitié (55 %) le pensent pour le tabagisme (tableau 1). Ces proportions sont restées inchangées entre 2013 et 2018 (Tovar, 2013).

1. Il convient de signaler également que la méthode des quotas utilisée ici, comme pour la plupart des enquêtes d'opinion, repose sur une assise théorique limitée qui appelle à interpréter avec prudence les résultats et leur généralisation à l'ensemble de la population.

Tableau 1. Opinions sur les problèmes suscités par le tabagisme/l'abus d'alcool par rapport à l'usage de drogues illicites, en 2013 et 2018 (en %)

	Tabagisme		Abus d'alcool	
	2013	2018	2013	2018
Tout à fait d'accord	22	21	28	26
Plutôt d'accord	29	34	37	39
Plutôt pas d'accord	26	23	21	20
Pas du tout d'accord	21	19	11	12
Ne sait pas	2	3	2	3

Sources : EROPP 2013 et 2018, OFDT

Questions 2018 : « Si je vous dis : certains pensent que le tabagisme/l'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues. Êtes-vous... ? »

Par ailleurs, une minorité (28 %) des enquêtés estiment possible d'arriver « à ce que personne ne fume de tabac ». Ils sont pratiquement deux fois moins nombreux (17 %) dans le cas de l'alcool.

Interrogés sur la mise en place de nouvelles mesures pour lutter contre les consommations de tabac ou d'alcool, les enquêtés se montrent plus réservés. Si la plupart (64 %) ne rejettent pas, par exemple, la possibilité d'interdire totalement la publicité pour l'alcool (ce qui correspondrait à un durcissement de la loi Évin), ils sont en revanche plus circonspects sur les politiques d'augmentation des prix. Ainsi, plus de la moitié (55 %) désapprouvent l'idée d'une augmentation du prix du tabac² pour en limiter l'accessibilité et plus des deux tiers (67 %) sont contre l'idée d'une augmentation régulière du prix des boissons alcoolisées, à l'exemple de ce qui a été fait jusqu'ici pour les cigarettes.

Opposition à la légalisation du cannabis mais large consensus en faveur de son usage thérapeutique

Un peu plus de un répondant sur deux (54 %) dit ne pas être favorable à la légalisation du cannabis, un tiers des personnes interrogées (33 %) étant complètement en désaccord avec cette éventualité (figure 1).

Lorsque que l'on explicite un modèle de régulation possible, l'opinion des Français se durcit, puisque 61 % des personnes interrogées indiquent être défavorables à l'idée que le cannabis puisse être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool. Cette proportion apparaît toutefois en recul par rapport à l'enquête 2013, où ils étaient 77 % à se déclarer opposés à cette éventualité (figure 2).

En revanche, une très large majorité des Français interrogés (91 %) estiment en 2018 que la consommation de cannabis pourrait être prescrite par les médecins dans le cadre de certaines maladies graves ou chroniques, plus de la moitié des répondants (56 %) étant tout à fait d'accord avec cette proposition (figure 3).

2. Les réponses à cette question sont à lire dans le contexte socio-politique du dernier trimestre 2018 marqué par le mouvement des « gilets jaunes ».

Figure 1. Opinions sur la légalisation du cannabis en 2018 (en %)

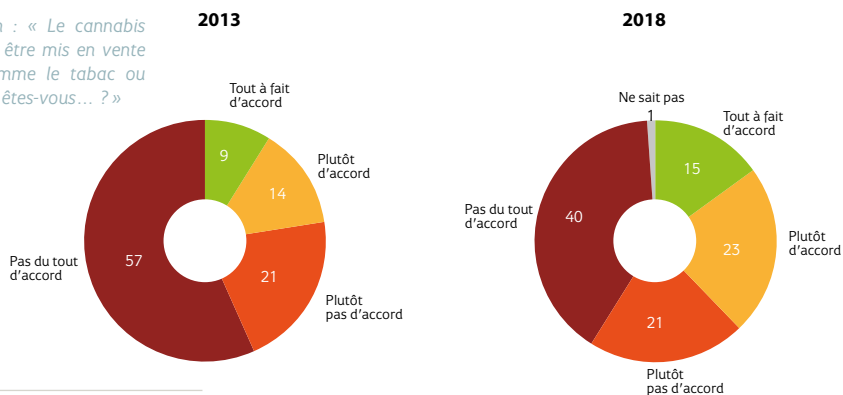


Question : « Seriez-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord pour que le cannabis soit légalisé ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

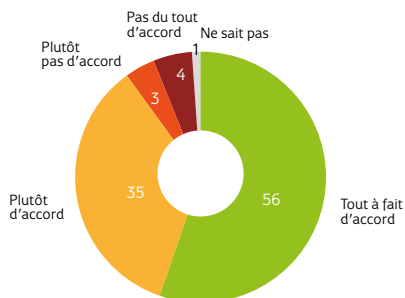
Figure 2. Opinions sur la vente libre du cannabis comme le tabac et l'alcool en 2013 et 2018 (en %)

Question : « Le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool ; êtes-vous... ? »



Source : EROPP 2013-2018, OFDT

Figure 3. Opinions sur l'utilisation du cannabis dans un cadre médical (en %)



Question : « La consommation de cannabis pourrait être prescrite par les médecins dans le cadre de certaines maladies graves ou chroniques ; êtes-vous... ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Héroïne et cocaïne invariablement perçues comme dangereuses dès le premier usage

Depuis la première enquête en 1999, EROPP interroge les Français sur leur perception de la dangerosité des différents produits selon différentes fréquences de consommation (dont la simple expérimentation sans consommation ultérieure).

Le classement des substances jugées dangereuses dès le stade de l'expérimentation n'a pas changé depuis 1999. La plupart des répondants considèrent l'héroïne (82 %) et la cocaïne (76 %) comme des substances dangereuses dès le premier usage (tableau 2). Un sur deux partage cet avis pour le cannabis (46 %). À l'inverse, pour le tabac et l'alcool, c'est principalement l'usage quotidien qui est perçu dangereux pour la santé par respectivement 47 % et 65 % des répondants. Une minorité des enquêtés cite l'expérimentation comme seuil de dangerosité pour ces deux substances licites : 34 % pour le tabac et 10 % pour l'alcool.

Tableau 2. Perception de la dangerosité des drogues dès l'expérimentation (en %)

	2013	2018
Héroïne	90	82
Cocaïne	85	76
Cannabis	54	46
Tabac	41	34
Alcool	11	10

Question 2018 concernant le cannabis : « Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du cannabis ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Adhésion au principe des salles de consommation à moindre risque

En 2016, les premières salles de consommation à moindre risque (SCMR) ouvraient à Paris et à Strasbourg. Il a semblé important d'interroger les Français sur leur connaissance et leur adhésion à ce dispositif qui ont pu faire à l'époque de leur mise en place l'objet de vifs débats.

Tableau 3. Opinion des Français sur les SCMR existantes (en %)

	2018
Très bonne chose	30
Plutôt bonne chose	51
Plutôt mauvaise chose	9
Très mauvaise chose	8
Ne sait pas	3

Question 2018 : « Il en existe actuellement 2 en France (à Paris et à Strasbourg). Trouvez-vous que c'est une ... ? »

Source : EROPP 2018, OFDT

Une large majorité (82 %) avait déjà entendu parler de l'existence des SCMR et une part tout aussi importante (81 %) estime que les deux salles existantes actuellement en France (à Paris et Strasbourg) sont une bonne chose (tableau 3). La mise en place d'autres salles en France reçoit également l'adhésion de trois quarts des personnes interrogées (76 %)³.

Enfin, depuis le tout premier exercice, l'enquête EROPP interroge l'adhésion à l'idée que l'« on peut arriver à ce que personne ne se drogue ». En 2018, comme en 1999, sept enquêtés sur dix (71 %) ont dit ne pas souscrire à cette opinion, sans qu'il soit cependant possible de savoir si c'est la perspective qu'ils réfutent ou si, de manière plus pragmatique, ils considèrent tout simplement que ce n'est pas possible en pratique.

3. EROPP avait également abordé le thème des SCMR en 2008 puis 2012. Cependant, les formulations proposées ont évolué, ne permettant pas de comparaisons (Jaufret-Roustide, 2013). L'enquête a étoffé sa question en informant les enquêtés sur le contexte et les ambitions des SCMR. En 2018, notamment, le paragraphe introductif suivant était lu à l'enquêté : « Il s'agit d'un espace réservé aux personnes qui s'injectent des drogues où elles peuvent venir consommer les produits qu'elles apportent dans de bonnes conditions sanitaires en présence d'un personnel formé afin d'éviter les overdoses et les infections et éviter qu'elles s'injectent dans l'espace public. »

Prévention, les évolutions récentes

Carine Mutatayi

La prévention des conduites addictives vise à éviter, retarder ou limiter ces dernières. Elle s'appuie au plan national sur des campagnes médiatiques destinées à peser sur les représentations pour encourager des comportements favorables à la santé et sur des dispositions légales contribuant à réduire l'exposition aux produits (constitutives d'une prévention dite « environnementale »). L'intervention directe par des actions locales dans divers lieux de vie sociale constitue un troisième levier vers la population générale (prévention universelle), notamment en milieu scolaire, ou auprès de groupes plus à risque face aux drogues (prévention sélective) (Mutatayi, 2016a). Enfin, entre prévention et prise en charge, 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) conseillent les jeunes usagers et leurs familles pour qu'ils réduisent leurs usages et les risques associés (Protais, 2016b).

Ces réponses s'organisent et s'articulent à différentes échelles du territoire, en mobilisant de nombreux acteurs (Mutatayi, 2018). Alors que les aspects légaux (prévention environnementale) et l'activité des CJC sont traités par ailleurs dans l'ouvrage, ce chapitre résume les principaux développements intervenus récemment en ce qui concerne les campagnes médias et les actions de terrain en matière de prévention des addictions en France.

Des campagnes interrogeant la norme sociale

Depuis 2013, l'essentiel des campagnes nationales de prévention, menées par l'INPES puis par Santé publique France (SpF), ciblent le grand public, principalement au sujet de l'alcool ou du tabac (notamment, pour ce dernier produit, lors des journées mondiales sans tabac ou des opérations « Mois sans tabac »). La campagne dédiée aux CJC en 2015 se distingue en abordant le cannabis et les jeux vidéo en plus de l'alcool. Certaines campagnes ciblent des publics spécifiques, comme celles dirigées vers les femmes enceintes à propos du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) (« Vous buvez un peu, il boit beaucoup », septembre 2017, et « Zéro alcool pendant la grossesse », septembre 2018).

Au cours des dernières années, plusieurs leviers de communication ont prévalu sur le fond : a) rappeler la réalité objective des risques liés aux consommations (« Le tabac tue un fumeur sur deux », septembre 2014) ; b) dénoncer les idées reçues, dans un but de « dénormalisation » des produits (« Quand on est libre, pourquoi choisir d'être dépendant ? », octobre 2013) ; c) valoriser des moyens de résister aux incitations à consommer face à la pression sociale sans s'exclure du groupe (campagnes « Oui, on peut dire non », novembre 2013 ; websérie *Esquive la tise* pour les 14-18 ans, décembre 2014) ; d) soutenir l'auto-efficacité des personnes désireuses de limiter ou de cesser leurs consommations en promouvant les aides disponibles (campagne CJC, janvier-février et novembre 2015 ; campagnes de

promotion de Tabac Info Service, diffusées de nombreuses fois depuis une dizaine d'années). Fait marquant, les années récentes ont vu l'apparition d'opérations qui dépassent le cadre classique des campagnes médias en stimulant la « contagion sociale »¹, selon un principe de marketing social. C'est le cas de l'opération « Mois sans tabac », lancée en 2016 (inspirée du dispositif anglais *Stoptober*), ou encore de la campagne d'influence pour la prévention du SAF, portée par des blogueurs et des célébrités. Durant cette période, la communication manie souvent la norme sociale, l'influence sociale et l'affirmation de ses propres choix face au groupe. Ces campagnes font l'objet de tests avant, voire après, leur émission afin d'apprécier chez le public ciblé la mémorisation et la résonance des messages préventifs ainsi que son intention de changer de pratiques.

Parfois, des évaluations ad hoc sont aussi menées afin de démontrer l'impact d'opérations médias sur les comportements escomptés, comme la baisse du tabagisme dans le sillage des campagnes tabac de 2014 et 2016 (Guignard *et al.*, 2018a, 2018b) ou l'augmentation des recours aux CJC à la suite de la campagne qui leur a été consacrée en 2014 (Cogordan *et al.*, 2018).

En plus des canaux classiques (télé, radio, presse, affiches), ces campagnes sont relayées via des supports digitaux – vidéo sharing, réseaux sociaux, etc. – offrant aussi des déclinaisons interactives d'autoévaluation des usages (ex. : site http://www.alcool-info-service.fr/evaluer/etape_1) ou d'intervention (ex. : application pour smartphone d'aide à la réduction du tabagisme et au sevrage de Tabac Info Service). En septembre 2018, la campagne nationale d'information prônant le principe de précaution « Zéro alcool pendant la grossesse » est diffusée sur Internet, en plus de la presse.

En septembre 2016, l'INCa et le ministère de la Santé relayaient le chiffre de 40 % de cancers évitables et quatre conseils simples « Ne pas fumer, éviter l'alcool, bouger plus, manger mieux », via la presse, le site www.e-cancer.fr et les réseaux sociaux.

En mars 2017, la campagne *Listen First*, créée à l'initiative de l'ONUUDC, de l'OMS et des gouvernements français et suédois, est lancée dans 52 pays. Destinée aux décideurs, parents, enseignants, professionnels de santé et de la prévention, la campagne soutenait l'écoute bienveillante des jeunes et le développement des compétences psychosociales (CPS), dans une approche globale et efficace de prévention, pour le bien-être des familles et des communautés.

L'élan donné aux interventions directes locales

Au collège et au lycée, la prévention des conduites addictives est planifiée en comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), présidé par le chef d'établissement. Depuis 2016, elle s'inscrit aussi dans le cadre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves (PES), voué à réduire les inégalités sociales de santé et d'éducation, pour la réussite des élèves de la maternelle au lycée. Le PES

1. La contagion sociale est la diffusion d'idées, d'attitudes ou de comportements dans un groupe par l'imitation et la conformité (selon la théorie de l'imitation de Gabriel Tarde, 1903).

doit structurer des mesures propices aux apprentissages et au bien-être des élèves (restauration, ergonomie, etc.), la prévention des conduites à risque ainsi que des activités éducatives intégrées aux enseignements (circulaire du 28 janvier 2016). Le plan national de prévention adopté en 2018 soutient une approche globale de promotion de la santé à l'école dans le cadre des PES, favorisant les CPS, le bien-être, le bon climat scolaire et la persévérance scolaire (Direction générale de la santé, 2018).

Depuis 2013, universités et grandes écoles accueillent de nouveaux dispositifs préventifs, tels que les « étudiants-relais santé » (apportant conseils et matériel de prévention à leurs pairs) et les sites Web d'information et d'auto-évaluation (www.addictprev.fr; <http://leplanb.info/>). Le guide « cpas1 option » fournit des outils pour la programmation de la prévention des addictions à l'université. De 2014 à 2018, une convention liait les grandes écoles et la MILDECA afin de mieux intégrer les références scientifiques dans les actions de sensibilisation et de formation inscrites dans leur politique de prévention des addictions.

De 2015 à 2018, plusieurs congrès nationaux ont encouragé les parties prenantes de la prévention en entreprise à renforcer une logique de prévention collective des addictions en milieu professionnel et à se distancier d'une logique répressive longtempS associée au dépistage au travail, au profit de l'accompagnement vers le soin des salariés en besoin. Les portails www.addictaide.fr et www.intervenir-addictions.fr fournissent conseils et ressources utiles.

L'émergence des approches évaluées comme efficaces

La recherche, notamment au plan international, a mis au jour certains programmes modélisés, qui sont démontrés comme « efficaces » pour avoir entraîné une baisse des niveaux de consommation chez leurs publics-cibles. Ces approches fondées sur des données probantes (*evidence-based*) suscitent un intérêt croissant. Diverses valorisations des connaissances scientifiques en témoignent (du Roscoät et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; INSERM, 2014 ; Mutatayi, 2016b, 2017 ; Wilquin et al., 2013). De 2014 à 2017, la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a illustré également cet élan, visant à renforcer la qualité des programmes de prévention des conduites addictives et la promotion des programmes évalués positivement.

L'adaptation en France de programmes validés comme efficaces au plan international progresse modestement depuis 2013, avec le soutien de l'INPES/SpF, de fédérations ou de réseaux du champ des addictions. En effet, si plusieurs tentatives de transfert ont vu le jour en France, elles demeurent encore localisées et l'investissement technique, financier et humain requis pour ajuster des modalités opérantes à plus grande échelle freine l'essaimage. L'extension des pilotes constitue un défi pour les promoteurs nationaux et locaux. Les plus connus sont les programmes suivants, plus longuement décrits dans l'ouvrage *Jeunes et addictions* (Mutatayi, 2016b) :

- Unplugged (Faggiano et al., 2010), avec des résultats d'évaluation très positifs dans la région d'Orléans (Lecrique, 2019) ;

- Good Behavior Game ou GBG (Kellam *et al.*, 2011) en école élémentaire, lancé à Valbonne Sophia-Antipolis (Kiefel *et al.*, 2018) ;
- Strengthening Families Program (SFP) (Fox *et al.*, 2004 ; Kumpfer, 2015) expérimenté sous le nom de « Programme de soutien aux familles et à la parentalité », ou PSFP, dans quelques villes des Alpes-Maritimes et de Saône-et-Loire (Roehrig et Pradier, 2017) ;
- A Stop Smoking in Schools Trial ou ASSIST (Campbell *et al.*, 2008) mis en œuvre auprès de collégiens français en France (Eker *et al.*, 2017).

À l'horizon 2022, chaque région académique devrait déployer des programmes validés basés sur les CPS, contribuant au bon climat scolaire et à la prévention des conduites à risque (MILDECA, 2018a). Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 soutient également la mise en œuvre de programmes validés tels que SFP destinés à développer notamment les compétences parentales (MILDECA, 2018a).

Référence législative

Circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. *BO Éducation nationale* n° 5 du 4 février 2016. (NOR MENE1601852C)

Interventions en réduction des risques et des dommages

Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux

Les interventions de réduction des risques et des dommages (RdRD) s'adressent à des publics vulnérables dont les pratiques d'usage de substances psychoactives les exposent à des risques majeurs. Elles visent à réduire les conséquences néfastes des consommations de drogues licites ou illicites, sans exiger au préalable des usagers de drogues un arrêt ou une diminution de leurs consommations (IHRA, 2010). La RdRD s'appuie notamment sur la distribution de matériel à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de snif, kits d'injection et d'inhalation...) et la diffusion des traitements de substitution aux opioïdes. Dans les années 1990, ces deux mesures ont été au centre de la lutte contre l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. La prévention des pathologies infectieuses a progressivement été élargie à travers des mesures d'incitation au dépistage du VIH et des hépatites B et C, ainsi que la vaccination contre le VHB et le traitement curatif de l'hépatite C. Une autre finalité majeure de la politique de RdRD est de favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux droits sociaux (logement, formation, emploi...), notamment pour les plus démunis et désocialisés. De nouveaux dispositifs de RdRD ont été initiés récemment, tels que l'ouverture de deux salles de consommation à moindre risque et le développement d'un programme de distribution de kits de naloxone.

Les CAARUD au cœur de la RdRD

La réduction des risques et des dommages, historiquement développée par des acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour usagers de drogues, s'est institutionnalisée au fil du temps. Inscrite dans la loi de santé publique en 2004, elle figure désormais dans les différents plans gouvernementaux de prévention des conduites addictives et dans les stratégies nationales de santé. Dès leur mise en place, à partir de 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont constitué un élément essentiel de cette politique. Ils reprennent les missions définies dans le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue (décret du 14 avril 2005) : mettre à disposition le matériel de RdRD lié à l'usage de drogues et à la sexualité, répondre aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base), maintenir un lien social ou l'écoute des usagers, inciter au dépistage des maladies infectieuses et aux vaccinations, favoriser l'orientation vers le système de soins, l'accès aux droits sociaux, au logement et à l'insertion professionnelle. On dénombre 146 CAARUD répartis sur le territoire français (métropole et DOM). Près de 75 000 personnes y ont été accueillies en 2015. Les lieux d'intervention de la RdRD sont aujourd'hui variés, en vue de s'adapter au mieux à la diversification des usages et des usagers : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent « l'aller vers » qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes (Díaz Gómez et Milhet, 2016).

Mise à disposition des matériels de prévention

Afin d'endiguer l'épidémie de VIH-sida chez les usagers de drogues, la première mesure de RdRD a été la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987. En 2015, on estime qu'environ 110 seringues ont été distribuées en moyenne par usager injecteur au cours des douze derniers mois, soit près de 12 millions de seringues pour un peu plus de 100 000 injecteurs âgés de 15 à 64 ans (Díaz Gómez, 2018 ; Janssen, 2018). Le niveau de couverture se situe ainsi en deçà du seuil de 200 seringues recommandé par l'OMS (WHO *et al.*, 2012). Au total, ce chiffre de 12 millions de seringues distribuées ou vendues aux usagers de drogues en France en 2015, est en très légère hausse par rapport aux 10 millions distribuées en 2010. La distribution est assurée essentiellement par les CAARUD (61 % des seringues) et les ventes en pharmacie sous forme de kits d'injection, les Stéribox®, qui comportent deux seringues (28 %). Le reste provient de CSAPA, d'automates hors gestion CAARUD et de la RdRD à distance (Díaz Gómez, 2018). Afin de mieux protéger les usagers des risques infectieux et, en particulier, pour lutter plus efficacement contre les contaminations bactériologiques et fongiques liées à l'injection, de nouveaux kits d'injection ont été expérimentés en 2015 (Milhet, 2016) en vue de leur généralisation au sein du réseau de distribution du matériel en place (CAARUD, officines de ville et automates). En plus du matériel stérile d'injection, sont également distribués en CAARUD des pailles pour le snif, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires, des feuilles pour fumer ou « chasser le dragon » (voir définition p. 36), mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. Des matériels de prévention des infections sexuellement transmissibles ou de prévention des accidents routiers sont également fournis, ainsi que des brochures et des flyers d'information.

Accès aux traitements de substitution et prévention des surdoses

L'introduction des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) en 1995 a contribué avec la distribution de matériel d'injection stérile au contrôle de l'épidémie de VIH-sida parmi les usagers de drogues par voie injectable. Les TSO ont aussi permis la réduction des décès par surdose d'opioïdes, et plus généralement l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des personnes dépendantes aux opioïdes (voir chapitre « Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins », p. 60). Depuis 2016, pour lutter plus efficacement contre les surdoses mortelles aux opioïdes, un programme de distribution de la naloxone (antidote aux surdoses d'opioïdes) sous forme de spray nasal a été mis en place en France. Un millier de kits de naloxone ont été distribués aux usagers de drogues à la fin de l'année 2017 et 21 personnes ayant fait une surdose ont été traitées avec une évolution favorable (ANSM et INDIVIOR UK Ltd, 2018). Ces kits sont délivrés gratuitement et sans ordonnance aux usagers en CSAPA et en CAARUD mais ils ne sont pas disponibles en pharmacie d'officine. La spécialité de naloxone par voie nasale, Nalscue®, a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2017. Elle est commercialisée depuis janvier 2018. Les usagers prioritaires sont les personnes sortant de prison à risque de surdoses opioïdes ainsi que celles ayant suivi un sevrage des opioïdes.

Renforcement du dépistage et de la prévention des maladies infectieuses

En matière de dépistage des maladies infectieuses, la mise en œuvre des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) combinés du VIH, du VHC et du VHB, du Fibroscan® (mesure non invasive de la fibrose du foie) et des buvards¹ constitue une réponse de proximité complémentaire à l'égard des usagers de drogues en matière de dépistage (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018). En 2016, la pratique des TROD a été étendue, au-delà des seuls professionnels de santé, aux personnels des CAARUD ayant reçu une formation adaptée.

Cette offre de dépistage à destination des publics les plus exposés est articulée avec le dépistage en ville et l'accès aux traitements du VIH et des hépatites B et C. Le traitement antiviral hautement actif du VIH est disponible depuis 1996, les antiviraux à action directe (ADD) pour le traitement des usagers infectés par VHC le sont depuis 2014. Depuis juin 2016, ce traitement est pris en charge par l'Assurance-maladie à 100 % pour les usagers de drogues qui échangent du matériel (quel que soit leur stade de fibrose) et, depuis août 2017, l'accès au traitement a été étendu à l'ensemble des adultes présentant une hépatite C chronique. Entre 2014 et mars 2018, 60 000 patients atteints d'hépatite C chronique ont ainsi été traités par les ADD.

La RdRD en prison

Depuis la loi pénitentiaire de 2009, différents textes proposent de consolider les mesures de réduction des risques et des dommages en prison (Branchu et al., 2015). Les principaux axes d'amélioration escomptés concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les programmes d'échange de seringues. La loi de modernisation de santé de 2016 réaffirme ces ambitions (article 41) en rappelant leur nécessaire adaptation au milieu carcéral. Le plan définissant la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, paru en avril 2017 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017), renforce les moyens de dépistage du VIH, VHC et VHB, en proposant de développer l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique et de renouveler le dépistage pendant la détention (MILDECA, 2018a). Il encourage également à améliorer le repérage des conduites addictives en instaurant un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » obligatoire à l'entrée en détention. Selon une enquête réalisée auprès de 38 % des unités sanitaires en 2016 (64 sur 168) (Remy et al., 2017), le dépistage du VIH et du VHC est effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des unités sanitaires. Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique sont disponibles dans 84 % des unités sanitaires, qui sont 56 % à bénéficier d'une consultation spécialisée sur site. Enfin, 66 % de ces unités sanitaires ont mis en place au moins un traitement par antiviraux à action directe (AAD) en 2015. Le remboursement de ce traitement a été facilité par la circulaire ministérielle du

1. Une goutte de sang prélevée au bout du doigt est déposée sur un buvard envoyé à un laboratoire pour le dépistage du VHC, du VHB et/ou du VIH. Il n'est pas possible de rendre un résultat d'analyse immédiat comme avec les TROD, mais pour le VHC, la détection de l'ARN viral en plus des anticorps, permet de distinguer une hépatite C chronique active d'une hépatite C guérie.

29 avril 2015, mais il n'y a pas eu d'étude plus récente pour mesurer l'évolution des prises en charge. La stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Ministère de la Justice, 2017) prévoit de renforcer la capacité à agir et la participation effective des personnes détenues en matière de promotion de la santé (voir chapitre « Interventions auprès de publics spécifiques », p. 103).

Nouveaux programmes de RdRD à destination des usagers injecteurs

Des dispositifs innovants de consommation à moindre risque se sont développés ces dernières années (Beck *et al.*, 2016b). Comme il en existe dans sept autres pays européens, deux salles de consommation à moindre risque ont ouvert en France en 2016 (EMCDDA, 2017), à Paris et à Strasbourg, pour une expérimentation d'une durée maximale de six ans inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Destinées à des usagers précaires qui injectent eux-mêmes les produits qu'ils ont apportés, en utilisant le matériel de consommation mis à leur disposition, sous la supervision d'un professionnel, elles ont vocation à réduire les contaminations et les surdoses mortelles ainsi qu'à améliorer la tranquillité publique là où elles sont mises en place (réduction des scènes ouvertes de consommation...). Au cours de leur première année de fonctionnement, elles ont respectivement accueilli 903 et 254 usagers différents. Parmi les produits les plus consommés figurent le Skenan[®] (sulfate de morphine), sur les deux sites, le crack inhalé ou injecté à Paris et la cocaïne à Strasbourg (Avril, 2018 ; Bader, 2018). Le développement de ces salles reste aujourd'hui limité car leur implantation nécessite de réunir les conditions de leur acceptabilité sociale (Jauffret-Roustide, 2016). Le programme AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) propose à des usagers de drogues injecteurs un apprentissage des gestes et conditions d'asepsie nécessaires pour réduire les risques infectieux, bactériens et les dommages veineux liés à l'injection (Roux *et al.*, 2017). Le projet « Change le programme » a pour ambition d'éviter l'initiation à l'injection ou du moins de la retarder et de la sécuriser. Le principe est d'agir sur les primo-injections en intervenant auprès des usagers déjà injecteurs, potentiels initiateurs, pour les aider à mieux percevoir ce qui, dans leur comportement, peut constituer une incitation à l'injection et pour augmenter leur capacité à gérer les demandes d'initiation, soit par le refus, le report ou la transmission des pratiques à moindres risques (Michels *et al.*, 2017).

Références législatives

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. *JORF* n° 88 du 15 avril 2005, p. 6 732, texte n° 5. (NOR SANP0521129D)

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. *JORF* n° 273 du 25 novembre 2009, p. 20192, texte n° 1. (NOR JUSX0814219L)

Circulaire DGOS du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. (NOR AFSH1510559C)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Le dispositif de traitement des addictions

Christophe Palle

Les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels et structures. Marqué auparavant par le clivage alcool/drogues illicites et une implication relativement faible des médecins généralistes et des hôpitaux généraux, le dispositif a évolué depuis la fin des années 1990 après l'adoption du concept d'addiction et la mise en œuvre des plans de la MILDT¹ de 1999-2001 (MILDT, 2000) et 2004-2008 (MILDT, 2004) et du plan addictions 2007-2011 (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Le système de prise en charge des addictions vise à permettre la continuité des soins en articulant trois pôles complémentaires : les structures spécialisées, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les hôpitaux et la médecine de ville. Cette partie décrit le dispositif de soins en addictologie. L'ensemble de l'offre dans le domaine de la réduction des risques est abordé précédemment (voir chapitre « Interventions en réduction des risques et des dommages », p. 95).

Le pôle médico-social : les CSAPA

Les CSAPA sont des structures à caractère médico-social assurant vis-à-vis des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives un accueil de proximité, une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi dans la durée tout au long du parcours de soins. Cette prise en charge est effectuée gratuitement et dans le respect de l'anonymat. Ils reçoivent et accompagnent également l'entourage des usagers. Leurs missions communes englobent l'accueil, l'orientation, le traitement des addictions et la réduction des risques. Les CSAPA regroupent des centres auparavant spécialisés dans la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ou avec les drogues illicites (circulaire du 28 février 2008). Ils peuvent conserver leur spécialisation antérieure, mais une part importante, environ 65 % en 2016, se définissent désormais comme généralistes, 18 % se déclarant spécialisés en alcoologie et 17 % dans les drogues illicites (Palle et Rattanatray, 2018). Aux missions obligatoires indiquées plus haut peuvent s'ajouter des missions facultatives : consultations de proximité à l'extérieur de leurs locaux (incluant les consultations jeunes consommateurs (CJC)) et repérage précoce des usages nocifs, prise en charge des addictions sans substance, intervention auprès des personnes détenues ou sortant de prison, activité de prévention, de formation et de recherche. En 2016, 71 % des CSAPA indiquent disposer d'une CJC et un peu plus de la moitié déclarent intervenir en milieu carcéral, dont 11 qui y consacrent toute leur activité (Palle et Rattanatray, 2018).

Ces centres peuvent accueillir leur public dans un cadre ambulatoire ou en résidentiel. Les CSAPA en ambulatoire, au nombre de 377 en 2016, sont présents dans l'ensemble des départements français. Un même CSAPA peut disposer d'antennes et de consultations avancées. Ces centres sont majoritairement gérés par des associations, mais 37 % d'entre eux dépendent d'un établissement public de santé (Palle et Rattanatray, 2018). Tous sont financés par le budget de l'Assurance-maladie pour ce qui concerne la prise

1. Devenue MILDECA en 2014.

en charge médico-sociale. Les CSAPA doivent en revanche rechercher des financements spécifiques pour les activités de prévention. Ces structures ont accueilli en 2016 environ 293 000 personnes, pour un contact ponctuel dans certains cas (au moins 20 %) et dans le cadre de suivis de plus ou moins longue durée pour les autres. En 2016, elles employaient environ 4 200 professionnels en équivalent temps plein, répartis en emplois sanitaires (49 %, dont 13 % de médecins), socio-éducatifs (22 %), de directeurs et de secrétaires (24 %) et « autres » (5 %). Le budget de ces structures représentait 324 millions d'euros en 2016 (Palle et Rattantray, 2018).

Le regroupement administratif des centres en ambulatoire auparavant spécialisés en alcoologie ou en toxicomanie, à la fin des années 2000, s'est traduit par un certain nombre de fusions entre centres au plan local et par une diversification progressive des publics au cours des années 2010. Cependant, les spécialisations antérieures demeurent très présentes, y compris dans les structures qui se revendiquent généralistes. En dehors des fusions, le nombre de CSAPA en ambulatoire a peu évolué entre 2010 et 2016. Cette période a d'autre part été marquée par la mise en place des CSAPA référents en milieu pénitentiaire (un par établissement pénitentiaire), dont la mission est d'améliorer la continuité des soins pour les personnes détenues (instruction du 17 novembre 2010).

Les centres avec hébergement, beaucoup moins nombreux (48 en 2016), se subdivisent en 40 centres thérapeutiques résidentiels (CTR) dévolus aux moyens séjours, et 8 communautés thérapeutiques (CT) pour les longs séjours. Ces dernières se caractérisent également par un mode de fonctionnement communautaire donnant aux résidents-pairs un rôle central dans le processus thérapeutique. L'ensemble de ces centres (CTR et CT) associent hébergement collectif et soins et assurent auprès de leurs publics les mêmes missions et prestations que les CSAPA en ambulatoire (circulaire DGS). Les prises en charge résidentielles sont indiquées pour les usagers de drogues pour qui la prise en charge en ambulatoire apparaît insuffisante, en raison de conditions de vie dégradées, de comorbidités somatiques ou psychiatriques, de problématiques sociales lourdes et, de façon générale, lorsqu'une rupture avec l'environnement habituel semble nécessaire. Dans la plupart des cas, les sevrages ont lieu préalablement à l'admission dans ces centres, souvent en milieu hospitalier. Depuis leur création, ces structures – autrefois appelées « postcure » – accueillent presque exclusivement des consommateurs de drogues illicites après sevrage, les usagers alcool-dépendants étant généralement orientés vers les centres de soins de suite en alcoologie rattachés, pour des raisons historiques, au dispositif hospitalier (voir ci-après). La situation a évolué et, en 2016, les CTR et CT ont accueilli une part importante de personnes prises en charge principalement en raison de leur consommation d'alcool mais qui reste minoritaire (38 %), les admissions liées aux drogues illicites restant prédominantes. Les CTR et les CT ont hébergé près de 3 000 personnes en 2016 (Palle et Rattantray, 2018).

Les CSAPA en ambulatoire ou avec hébergement peuvent également gérer des appartements thérapeutiques dans lesquels les personnes accueillies peuvent se préparer à mener une vie autonome. Près de 1 000 usagers de drogues ont été hébergés en 2016 dans ces logements. Un petit nombre de CSAPA (9 en 2016) gèrent des réseaux de famille d'accueil (RFA) et disposent ainsi de quelques places d'hébergement au sein d'une famille (75 au total en 2016 pour environ 200 personnes hébergées). Certains CSAPA proposent également des places d'hébergement

d'urgence dans des lieux spécialisés ou dans des hôtels. Il existe enfin une offre limitée de places pour des personnes qui sortent d'un établissement pénitentiaire (115 au total en 2016). Ce type d'accueil peut être géré par des CSAPA avec hébergement ou des CSAPA en ambulatoire. Le nombre d'emplois concernés par l'ensemble des activités d'hébergement est d'un peu plus de 1 000 ETP, dont 600 pour les CTR et les CT (Palle et Rattanatray, 2018).

Le pôle hospitalier

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème de conduites addictives sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologique regroupant différentes unités. Leur objectif est l'accès des patients à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, en recourant à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts.

- Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples, les activités de consultation et de liaison. Ces missions sont assurées respectivement dans le cadre d'unités de sevrage simple, de consultations hospitalières en addictologie qui accueillent les patients en ambulatoire et d'équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces dernières fournissent assistance aux équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et participent à leur formation. Les différents services hospitaliers, lorsqu'ils rencontrent un patient hospitalisé présentant des problèmes d'addiction, peuvent ainsi contacter l'ELSA pour un diagnostic et la mise en place, si besoin, d'un protocole de soins addictologiques et, le cas échéant, l'orientation vers une structure spécialisée adaptée.
- Les structures de niveau 2 offrent les mêmes services que celles de niveau 1, auxquels s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes² (unités de sevrages et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.
- Les structures de niveau 3 assurent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale (circulaire du 26 septembre 2008).

D'après les dernières données disponibles, en 2012, on comptait en France 249 établissements hospitaliers dotés de lits d'hospitalisation pour sevrage simple, 122 unités de sevrage complexe, et 76 hôpitaux de jour. Le nombre d'établissements répondant uniquement aux critères du niveau 1 s'élevait à 166. Il existait également 112 établissements remplissant les critères du niveau 2 et 6 pour le niveau 3 (données DGOS, 2012 « Enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie »).

Des données plus récentes (2016) font état de 112 établissements indiquant une activité de soins de suite en addictologie (données DGOS 2016, base de données DIAMANT). En 2017, 318 ELSA ont également été recensées (données DGOS 2017, PIRAMIG), ainsi que 351 établissements dotés d'une consultation hospitalière en addictologie (données DGOS 2017, base de données ARBUST). Un même établissement hospitalier peut rassembler plusieurs de ces structures.

En 2017, 125 600 patients ont été hospitalisés pour un problème de conduite addictive et 231 000 ont été vus en ambulatoire dans une consultation hospitalière d'addictologie (ATIH, 2017c).


2. La notion de soins complexes est définie en référence à des critères de gravité des addictions ou de comorbidités associées.

Le pôle médecine de ville

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin de ville, plus particulièrement le médecin généraliste, constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Il répond aux demandes spécifiques des patients portant sur les addictions, mais se trouve également en position de les dépister et de les prévenir.

D'après les dernières données disponibles (Gautier, 2011), près de 70 % des médecins généralistes ont vu en 2009 au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique et un peu plus de 50 % pour un sevrage à l'alcool. Les nombres de patients correspondant à ces activités étaient estimés respectivement à 90 000 et 50 000. La moitié des médecins ont déclaré avoir reçu au moins une personne dépendante aux opioïdes dans le mois, pour une prescription d'un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) dans près de 90 % des cas. Selon les données de l'Assurance-maladie, les médecins de ville ont prescrit des MSO à près de 141 000 patients en 2017 (Brisacier, 2019b).

Les microstructures



La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives problématiques fait appel à des compétences pluridisciplinaires que le médecin généraliste seul ne possède pas. L'idée s'est donc fait jour de constituer une équipe de soins au sein du cabinet du médecin. Cette microstructure est composée du médecin et d'au moins un psychologue et un travailleur social. Elle constitue une unité de soins primaires et s'inscrit dans le maillage territorial des soins de premier recours. Sa population cible est constituée par les patients présentant des situations complexes en matière de conduites addictives, des situations de précarité ou des comorbidités liées à l'usage de drogues.

En 2017, 51 microstructures médicales implantées dans sept régions ont suivi près de 1 700 personnes : dans le Grand-Est principalement (où elles ont vu le jour à Strasbourg dès 1999), les Hauts-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Bourgogne-Franche-Comté ainsi que, plus récemment, l'Occitanie, l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes (Coordination nationale des réseaux des microstructures, 2018).

Références législatives

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médicosociaux d'addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 3 du 15 avril 2008, p. 186-207. (NOR SJSP0830130C)

Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2008/10 du 15 novembre 2008, p. 166-181. (NOR SJSH0830983C)

Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. *BO Santé, Protection sociale, Solidarité* n° 2010/12 du 15 janvier 2011, p. 173-176. (NOR ETPS1029295J)

Interventions auprès de publics spécifiques

Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux, Carine Mutatayi,
Caroline Protais

Accueil spécifique de femmes présentant des addictions

Les femmes présentant des addictions rencontrent davantage de freins que les hommes pour accéder aux services d'addictologie, notamment compte tenu d'une forte précarité sociale, sanitaire et familiale et d'une plus grande crainte du stigmate (Escots et Sudérie, 2013 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2008 ; Mutatayi, 2014). Face à ces situations, exacerbées lors de grossesses ou quand des enfants sont impliqués, des services d'addictologie proposent parfois un accueil spécifique (Simmat-Durand *et al.*, 2013). Ainsi, 80 accueils de ce type ont été mis en œuvre en 2017 (Mutatayi, 2019). La moitié fonctionnait depuis moins de six ans. En 2017, ces accueils ont reçu 2 643 femmes et quelque 300 enfants accompagnants. Le plus souvent, les structures ont travaillé avec ces femmes sur l'estime de soi, le socio-esthétisme, la parentalité et le lien mère-enfant, ainsi que sur la socialisation. Quatre sur dix ont renforcé l'aide socio-administrative ou socio-éducative auprès des femmes accueillies. Un tiers a fourni une aide pratique (vêtements, produits d'hygiène, etc.). Certains accueils ont proposé des consultations médicales, gynécologiques, et des suivis de grossesse ou périnataux. Pour faciliter le recours des femmes à leur service, la moitié des structures ont aménagé des temps réservés (horaires, jours) par rapport à leur accueil général mixte.

Personnes sans abri ou mal logées présentant des troubles psychiatriques

L'absence durable de logement constitue un facteur de mortalité et de morbidité accrue dans le champ des conduites addictives et des pathologies mentales. En vue de favoriser une réponse intégrée à ces comorbidités ainsi qu'aux fragilités cumulées des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, l'État a engagé en 2011 l'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord », inspiré du modèle américain *Housing First*, dans quatre villes (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) (Tinland *et al.*, 2013). Ce programme renouvelle en profondeur les modalités d'accompagnement existantes en réunissant dans un même dispositif les approches psychiatriques, addictologiques et de l'action sociale. Il propose l'accès direct à un logement ordinaire moyennant un accompagnement au domicile par une équipe interdisciplinaire. L'intervention repose sur la perspective du « rétablissement » des personnes. L'inspiration directe du modèle du « recovery », cette orientation promeut le respect du libre choix des personnes et la mobilisation de leurs compétences propres dans une dynamique de changement (Estecahandy *et al.*, 2015). En 2017, au regard des résultats concluants de l'expérimentation, la pérennisation des sites expérimentaux et l'extension du programme ont été décidées. D'ici à 2022, il est prévu le déploiement de seize nouveaux sites sur le territoire (décret du 28 décembre 2016).

Les publics sous main de justice...

Depuis 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé des personnes détenues. La prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système à triple niveau : soins ambulatoires, soins de jour ou hospitalisation complète. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), qui sont principalement chargées de la santé somatique, délivrent les traitements de substitution depuis la fin des années 1990. Plus spécifiquement, les personnels des unités sanitaires de niveau 2 (psychologues, psychiatres...) ou des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) prennent en charge les usagers de drogues du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas de CSAPA pénitentiaire. Depuis 2010, les détenus peuvent être hospitalisés à temps complet dans l'une des 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au sein d'un centre hospitalier spécialisé ; 202 CSAPA se sont également implantés dans 162 établissements pénitentiaires (Palle et Rattanaray, 2018). Depuis 2013, différents textes proposent d'intensifier les mesures de réduction des risques en prison et d'articuler les prises en charge au moment de la sortie. La loi de modernisation du système de santé de 2016 réaffirme ces ambitions, malgré les obstacles lors de son implantation, en particulier concernant la politique de RdRD (voir chapitre « Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues » p. 78). Plusieurs programmes inspirés d'expériences étrangères sont également expérimentés à ce jour. Le plan gouvernemental 2013-2017 a permis l'expérimentation de programmes innovants : L'Ouvrage, au TGI de Bobigny met en place un suivi éducatif et médico-social alternatif à l'emprisonnement ; l'unité de réhabilitation pour usagers de drogue en milieu carcéral (URUD), ouverte en juin 2017 au centre de détention de Neuvic, fonctionne à la manière d'une communauté thérapeutique.

... dont les jeunes

Afin de mieux répondre à l'esprit de la circulaire de 1945, qui préconise une réponse des autorités judiciaires visant les mineurs à dominante éducative et sanitaire, et malgré un taux de réponse pénale important et en augmentation (Mainaud, 2015), les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les stages de sensibilisation ont offert aux parquets des solutions d'orientation à composante socio-sanitaire (Obradovic, 2012). Ainsi, en 2014-2015, plus de 40 % du public des CJC était adressé par la justice ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Par rapport aux consultants venus spontanément ou adressés par l'entourage, les personnes sous main de justice sont plus souvent des hommes, jeunes majeurs (18-25 ans), usagers de cannabis occasionnels, qui recherchent surtout plaisir ou convivialité. Au sein des CJC, les professionnels développent des pratiques professionnelles radicalisant certaines postures déjà connues en addictologie. L'enjeu pour les professionnels est double : « aller vers » les jeunes en intervenant en amont dans leurs lieux de vie (école, lieux festifs...), et s'adapter aux particularités d'un public plus « fragile », grâce à un plus grand engagement au sein de l'échange, une valorisation et un soutien permanent du consultant (Protais, 2017).

Références législatives

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». *JORF* n° 303 du 30 décembre 2016. (NOR AFSA1631837D)

Réponses pénales et conséquences judiciaires

Caroline Protais, Aurélie Lermenier-Jeannet

Au regard des dangers que la consommation de certaines substances fait courir à autrui, les pouvoirs publics ont posé des interdits légaux assortis de sanctions. Dans le cas des drogues illicites, toute consommation exposée à des peines, qui sont en France parmi les plus lourdes des pays européens (Protais, 2016a). Pour l'alcool, seule la consommation dans certaines circonstances (notamment la conduite automobile, au-delà d'un certain seuil) fait l'objet de sanctions. Entre le principe et son application, il peut exister un écart plus ou moins grand. Ce chapitre explore à l'aide des données des ministères de l'Intérieur et de la Justice (qui n'ont pas les mêmes modalités de comptabilisation) la réalité de la réponse pénale face aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et en matière d'alcoolémie au volant.

Les interpellations pour ILS

En France, le nombre de mis en cause pour ILS par les services de police et de gendarmerie avoisine 200 000 (données du ministère de l'Intérieur, non publiées). Alors qu'on observait une hausse constante entre 1995 et 2013, une légère baisse se dessine depuis 2014 (passant de 214 000 en 2014 à 199 000 en 2017). Cette évolution touche autant les hommes que les femmes, même si les premiers restent très largement majoritaires, puisqu'ils représentent 90 % des mis en cause en 2017. Par ailleurs, le recul des mis en cause concerne principalement la consommation de stupéfiants, qui compte pour 80 % de l'ensemble. Le nombre des cas pour trafic est en légère hausse, passant de 13 000 en 2013 à près de 15 000 en 2017.

La réponse des parquets aux ILS

Le nombre de personnes pour lesquelles une décision d'orientation¹ a été rendue par le parquet est d'environ 169 500 en 2017. À rebours de l'activité des services de police et de gendarmerie, ce nombre est en légère hausse depuis 2013 (Obradovic, 2015), année pour laquelle ce chiffre était de 160 000. Cette tendance se traduit par une augmentation du nombre de poursuites. Conformément à l'évolution décrite depuis 2005 (Obradovic 2015), elles concernent ainsi près de 44 % des personnes orientées par les parquets pour ILS en 2017, contre 36 % en 2013. Ce fait est particulièrement marqué concernant les infractions d'usage, qui représentent près de 65 % de l'ensemble. Lorsqu'ils sont poursuivis, les auteurs d'ILS sont principalement renvoyés devant le tribunal correctionnel (plus de 84 % d'entre eux en 2017) grâce à des procédures de traitement rapide. Parmi ces voies procédurales, l'ordonnance pénale concerne 43 % des auteurs en 2017 ;

1. Le parquet rend une décision concernant les suites à donner à une affaire en s'appuyant sur l'appréciation des faits, le droit et l'opportunité à poursuivre. Il peut décider de : a) engager des poursuites (devant un juge d'instruction, le juge des enfants, le tribunal correctionnel ou de police) ; b) classer sans suite ; c) choisir entre différentes voies d'orientation alternatives aux poursuites (rappel à la loi, mesure de réparation, injonction thérapeutique...) ; d) prononcer une composition pénale.

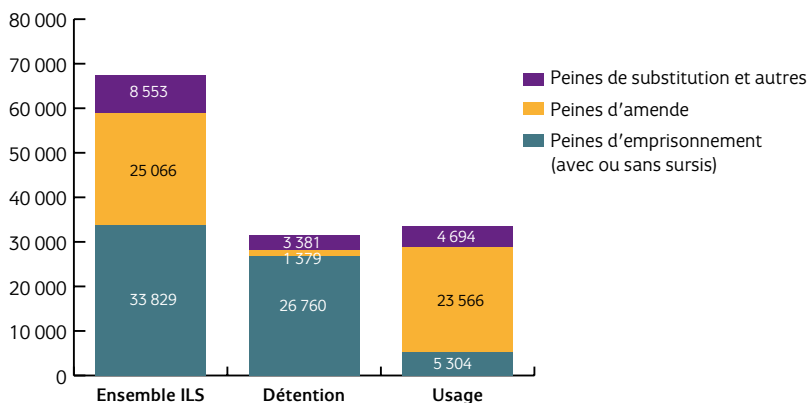
18 % comparaissent dans le cadre d'une reconnaissance préalable de culpabilité et 12 % d'une comparution immédiate ou préalable. À l'inverse, la transmission de l'affaire à un juge d'instruction ne vise que 5 % d'entre eux.

À l'opposé des poursuites, et alors qu'elle était en constante augmentation au début des années 2000, la part des personnes bénéficiant d'un classement sans suite après une procédure alternative aux poursuites a diminué, passant de 50 % en 2013 à près de 42 % en 2017. Ce type de réponse concerne principalement les infractions d'usage (72 % de l'ensemble), puis celles de détention (24 %). Le rappel à la loi est la voie procédurale majoritairement choisie par les parquets, représentant près de 74 % des procédures alternatives abouties en 2017. Viennent ensuite les orientations vers une structure sanitaire et sociale qui concernent 16 % des auteurs. L'injonction thérapeutique, mesure phare de la loi de 1970, reste très minoritaire : suivant une tendance amorcée depuis une dizaine d'années, elle s'adresse à 2 % des auteurs en 2017, contre 3,5 % en 2013. Elle atteint un taux remarquablement bas pour répondre aux infractions de détention de stupéfiants, concernant seulement 0,7 % des individus en 2017. Après un essor important des compositions pénales² à la suite de leur création en 1999, leur proportion reste stable au cours des cinq dernières années, avoisinant 5,5 % de l'ensemble. Au total, la hausse générale du nombre d'auteurs d'ILS orientés par les parquets ne se traduit pas par une augmentation du taux de réponse pénale³, qui avoisine les 92 % ces cinq dernières années toutes ILS confondues, et 95 % pour l'infraction d'usage.

2. Avant le déclenchement des poursuites pénales, le procureur de la République peut proposer pour un délit puni d'une peine d'amende ou d'une peine d'emprisonnement de cinq ans au plus ou d'une contravention une composition pénale. Cela consiste en une ou plusieurs des mesures énumérées à l'article 41-2 du code pénal (amende, reprise/retrait du permis de conduire ou de chasser, travail non rémunéré au profit de la collectivité...). L'exécution de la composition pénale éteint l'action publique ; elle figure toutefois au casier judiciaire.

3. Le taux de réponse pénale mesure la part des affaires « poursuivables » ayant fait l'objet soit d'une poursuite, soit d'une mesure alternative aux poursuites, y compris les compositions pénales.

Figure 1. Les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants en 2017



Source : Casier judiciaire national (CJN), sous-direction de la statistique et des études, ministère de la Justice

Les condamnations pour ILS

Entre 2013 et 2017, les condamnations (hors compositions pénales) pour ILS ont progressé de 16 %, passant de 56 300 à 67 500. Poursuivant une tendance ascendante depuis plus de trente ans, elles représentent à ce jour plus de 11 % des condamnations prononcées par les tribunaux. Cette augmentation reflète la hausse des condamnations pour détention-acquisition et usage de stupéfiants qui sont les deux principales ILS donnant lieu à des condamnations (respectivement 47 % et 50 %). Le recours aux peines d'emprisonnement est majoritaire dans la réponse donnée aux infractions de détention-acquisition (85 % en 2017) ; celles liées à l'usage de stupéfiants sont quant à elles principalement sanctionnées par des peines d'amende (70 % en 2017). Cette croissance des amendes est repérable depuis une quinzaine d'années et a été accentuée par l'introduction en 2007 de l'ordonnance pénale qui comprend le plus souvent une peine d'amende.

Les contrôles d'alcoolémie et de présence de stupéfiants

En France, la conduite d'un véhicule sous l'emprise de l'alcool (CEA) ou de stupéfiants (CES) est interdite. L'alcool est en effet présent⁴ dans 30 % de la mortalité routière et les stupéfiants (du cannabis dans huit cas sur dix) dans 23 %⁵, des proportions plutôt stables depuis cinq ans (ONISR, 2018a). Il est prévu qu'un contrôle d'alcoolémie et un dépistage de stupéfiants soient systématiquement réalisés en cas d'accident corporel, qu'il soit mortel ou pas. Toutefois, ils ne sont effectués que dans 75 % des accidents corporels pour l'alcool et dans 38 % des cas pour les drogues illicites (63 % pour les accidents mortels). Ces contrôles peuvent également être pratiqués à titre préventif, lors d'un contrôle routier, ou en cas d'infraction.

En 2017, un peu plus de 10 millions de contrôles d'alcoolémie ont été pratiqués par les forces de l'ordre, soit une légère baisse par rapport au début des années 2010. Le taux de positivité (tests positifs/nombre de dépistages effectués) de ces contrôles s'établit à 3,3 % en 2017. Après avoir baissé entre 2011 et 2014-2015, il augmente sensiblement. Cette évolution à la hausse est imputable aux contrôles préventifs ou en cas d'infractions (qui représentent 95 % du total des dépistages), dont le taux de positivité est passé de 2,7 % à 3,2 % entre 2015 et 2017. Elle résulte en partie d'un meilleur ciblage des contrôles (soirées des week-ends par exemple).

Concernant les stupéfiants, le nombre de dépistages est sans commune mesure avec l'alcool : un peu moins de 290 000 contrôles ont été opérés par les forces de l'ordre en 2017. Toutefois, ce chiffre croît continuellement depuis la mise en œuvre de l'infraction de CES en 2004, avec une multiplication des contrôles préventifs ou en cas d'infractions (passés de 97 500 en 2012 à 233 500 en 2017) facilitée par la mise à disposition des forces de l'ordre de « kits » de dépistage qui permettent d'éviter de faire une prise de sang. Le taux de positivité de ces dépistages atteint 23 %, mais il est moins élevé dans les accidents corporels (dont mortels) : 4,2 % en 2017. Au cours des cinq dernières années, la part des contrôles positifs a sensiblement reculé, quel que soit le cadre dans lequel ils ont été faits.

4. Cela signifie qu'une alcoolémie illégale (supérieure à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang) a été détectée chez au moins un des conducteurs impliqués dans l'accident ; dans le cas des stupéfiants, au moins un conducteur a été dépisté positif, sans aucun seuil limite.

5. Les deux facteurs pouvant se conjuguer : la moitié des conducteurs positifs aux stupéfiants impliqués dans un accident mortel présentait également une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l (ONISR, 2018a).

Les infractions et les condamnations

En 2017, les services de police et de gendarmerie ont relevé 204 108 infractions (dont 80 000 ont fait l'objet de contraventions) pour CEA, soit 20 % de moins qu'en 2012. C'est 2,5 fois plus que les délits de CES (49 135), mais l'écart entre ces deux infractions s'est réduit de moitié entre 2012 et 2017, puisque ces derniers ont augmenté de 67 % durant cette même période. Par ailleurs, 6 263 délits liés à la fois à l'alcool et aux stupéfiants ont été enregistrés en 2017, soit 10 % de plus qu'en 2016. Ainsi, l'alcoolémie illégale représente 21 % des délits routiers et la conduite après usage de stupéfiants, en constante progression, environ 8 % (ONISR, 2018b).

Avec 113 105 condamnations et compositions pénales prononcées en 2016, la CEA représente près de 45 % des condamnations pour infractions à la circulation routière et la CES environ 11 % (28 400 condamnations). Alors que le nombre de condamnations liées à l'alcool a sensiblement diminué par rapport à 2012 (- 21 %), bien plus que l'ensemble des condamnations liées à la sécurité routière (- 9 %), celles en relation avec les stupéfiants ont augmenté de 42 % en cinq ans. Cette évolution témoigne de l'attention croissante portée à la répression des usages de stupéfiants dans la délinquance routière. Les condamnations pour blessures involontaires et homicides par conducteur sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants sont plus rares, avec respectivement 1 778 et 149 cas en 2016.

En raison du recours croissant par les parquets à des voies de poursuites simplifiées ne pouvant aboutir au prononcé d'une peine d'emprisonnement (compositions pénales, ordonnances pénales et procédures alternatives), les parts des amendes et des peines de substitution (principalement des mesures de restriction relatives au permis de conduire et des jours-amende) dans les sanctions ont augmenté (respectivement 50 % et 21 % en 2016), au détriment des peines d'emprisonnement avec sursis total (21 %). Un emprisonnement partiellement ou totalement ferme est prononcé dans 8 % des condamnations pour CEA pour une durée moyenne de 4 mois d'emprisonnement (ONISR, 2018b). La structure et l'évolution des sanctions pour CES sont assez proches, mais les peines substitutives sont un peu plus fréquentes (24 % en 2016), notamment les suspensions ou annulations de permis de conduire.

Références législatives

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. *JORF* du 3 janvier 1971, p. 74-76.

Loi n° 99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale. *JORF* n° 144 du 24 juin 1999, p. 9 247-9 252. (NOR JUSX9800051L)

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. *JORF* n° 56 du 7 mars 2007, texte n° 1. (NOR INTX0600091L)



Produits et conduites addictives



Alcool

Christophe Palle, Olivier Le Nézet, Anne-Claire Brisacier, Jalpa Shah, Aurélie Lermenier-Jeannet, Stanislas Spilka

L'alcool est en France, comme dans la quasi-totalité des pays européens, la substance psychoactive la plus consommée. Associé à la gastronomie et à la convivialité, enraciné dans la culture française, ce produit représente un poids économique important, en dépit de la tendance de long terme à la baisse de sa consommation. Son deuxième visage est celui des décès, des maladies et des autres dommages que son usage peut provoquer. La question de l'alcool suscite en France des oppositions et des clivages qu'il demeure difficile de dépassionner.

Consommation en recul chez les adolescents

La part des adolescents ayant déjà consommé de l'alcool a diminué de 89 % en 2014 à 86 % en 2017. La consommation régulière (au moins dix usages d'alcool au cours des trente derniers jours), rapportée par 8,4 % des jeunes, est également en net recul par rapport à 2014 (12 %). Les proportions de consommateurs réguliers se situent en 2017 à leur plus bas niveau depuis 2000. Ces usages restent principalement masculins : ils concernent 12 % des garçons contre à peine 5 % des filles de 17 ans, l'amplitude de cet écart n'ayant pas évolué entre les deux dernières enquêtes (Spilka *et al.*, 2018a).

Les bières (63 % de consommations rapportées au cours de la dernière occasion) et les spiritueux (67 %) sont toujours les boissons alcoolisées les plus populaires à 17 ans. Viennent ensuite les prémix¹ (26 %), suivis du champagne (25 %) et des vins (18 %).

S'agissant des comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API)², un peu moins de la moitié des jeunes de 17 ans (44 %) disent avoir connu un tel épisode dans le mois précédant l'enquête. Cette proportion, qui avait nettement augmenté à la fin des années 2000, pour atteindre 53 % en 2011, retrouve ainsi revenu un niveau légèrement inférieur à celui de 2005 (46 %). Pour les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois), les niveaux ont également diminué (16 %, contre 22 % en 2014), alors que les API dites « régulières » (au moins dix fois) restent marginales parmi les adolescents (2,7 %).

Par ailleurs, la situation scolaire s'avère un facteur particulièrement discriminant vis-à-vis des consommations d'alcool à 17 ans. Ainsi, le niveau d'usage régulier est nettement plus élevé parmi les apprentis (18 %) et chez ceux sortis du système scolaire (13 %) que parmi les lycéens (8 %).

1. Les prémix, parfois également nommés alcopops, sont des boissons alcoolisées obtenues par mélange de boissons sucrées, sodas ou jus de fruits, avec de l'alcool ; ces produits, qui ciblent plus particulièrement les jeunes, font l'objet d'une taxe spécifique de 11 euros par décalitre d'alcool pur.

2. Chez les adolescents, consommation d'au moins cinq verres standards en une même occasion.

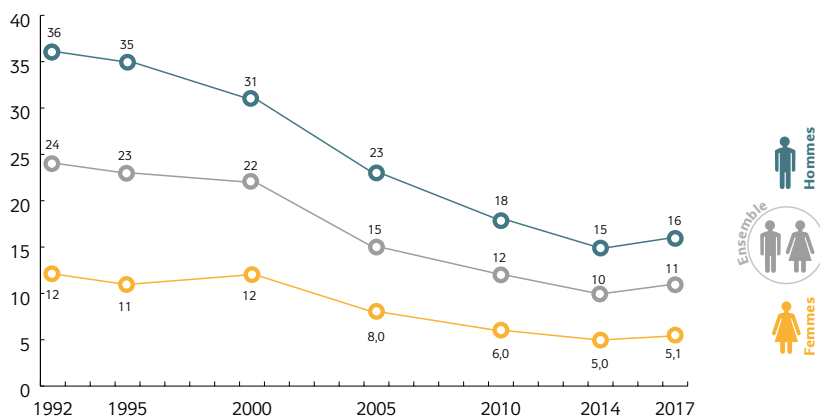
Des usages quotidiens d'alcool qui ne baissent plus chez les adultes

En 2017, près de 9 adultes de 18-75 ans sur 10 (86 %) déclarent avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année, 40 % au moins une fois par semaine et 11 % quotidiennement. Par rapport à 2014, le pourcentage de consommateurs dans la semaine est en baisse (- 9 points), alors que celui de l'usage quotidien n'a que très peu varié (+ 0,5 point). Le pourcentage de consommateurs quotidiens, en forte baisse dans les années 2000, semble s'être stabilisé entre 2010 et 2017.

La consommation de boissons alcoolisées est plus importante chez les hommes, quel que soit l'âge : comme en 2014, ils sont ainsi deux fois plus nombreux que les femmes à en faire un usage au moins hebdomadaire (53 % vs 28 %) et trois fois plus nombreux à en consommer tous les jours (16 % vs 5,4 %) (Beck *et al.*, 2015 ; Richard *et al.*, 2019).

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée chez les adultes : trois Français sur dix en boivent chaque semaine, proportion cependant en recul significatif par rapport à 2014 (39 %). Suivent la bière (17 %) et les spiritueux (9,7 %), également moins consommés que trois ans auparavant (respectivement 20 % et 15 %). La consommation de boissons alcoolisées évolue avec l'âge, de façon différente suivant les produits : la consommation de vin concerne ainsi 14 % des 18-25 ans, proportion qui croît régulièrement pour atteindre 50 % des 65-75 ans ; à l'inverse, la proportion de buveurs de bière dans la semaine est maximale chez les 18-25 ans (23 %) et décroît avec l'âge (12 % chez les 65-75 ans) ; celle de spiritueux dans la semaine varie beaucoup moins : elle passe de 11 % parmi les 18-25 ans à 8,1 % parmi les 35-44 ans, pour remonter à 12 % parmi les 65-75 ans.

Figure 1. Pourcentage de consommateurs quotidiens d'alcool parmi les 18-75 ans, 1992-2017 (en %)



Source : 1992 - 2017 : Baromètres santé, INPES puis SpF

Plus d'un tiers des adultes interrogés (35 %) déclarent au moins un épisode d'API³ au cours de l'année écoulée contre 39 % en 2014, ce qui ramène ce niveau quasiment à celui de 2005. Globalement, les alcoolisations excessives parmi les 18-25 ans se stabilisent après plusieurs années de hausse. Les API sont, là aussi, une pratique plus souvent masculine, 50 % des hommes déclarant un tel épisode au cours de l'année contre 21 % des femmes (54 % vs 24 % en 2014). Ce sont les hommes de moins de 35 ans qui apparaissent les plus concernés (66 % des 18-25 ans et 65 % des 26-34 ans). Parmi les femmes, la prévalence est maximale chez les 18-25 ans (42 %).

Ventes en volume : une diminution de plus en plus faible

En 2017, la consommation, mesurée à partir des ventes sur le territoire français, s'établit à 11,7 litres d'alcool pur⁴ par habitant âgé de 15 ans et plus (OFDT, 2018d). Cette quantité équivaut à une moyenne d'un peu moins de 2,6 unités standards par habitant et par jour. Les hommes consommant beaucoup plus d'alcool que les femmes, cette moyenne correspond à un peu moins de quatre verres par jour pour les hommes et un peu plus d'un verre pour les femmes.

Sur le total de l'alcool éthylique mis à la consommation en 2017, le vin représente 58 % (y compris vins mousseux, vins doux naturels et vins de liqueurs), les spiritueux 21 %, les bières un peu moins de 20 % et le reste (cidres et autres produits intermédiaires) 1,7 %. Par rapport au début des années 2000, la part du vin a régressé d'environ 3 points, principalement au profit des bières.

Les volumes d'alcool consommés en France ont baissé de façon presque continue depuis le début des années 1960. Entre 2000 et 2005, cette tendance se poursuivait à un rythme relativement rapide de 0,2 litre d'alcool pur par année. Sur la période 2005-2017, cette évolution à la baisse n'est plus en moyenne que de 0,1 litre par an. Le recul global depuis 2000 a concerné tout d'abord le vin (-20 % pour les quantités d'alcool pur consommé sous cette forme), les spiritueux moins fortement (-10 %) et très peu les bières (-0,6 %), en dépit de fluctuations annuelles.

Relativement aux pays à niveau de développement comparable, la France se classe en termes de volume d'alcool par habitant à un rang intermédiaire. Les pays à niveau de consommation en volume plus important se situent presque tous en Europe orientale et la France reste un des pays les plus consommateurs parmi ceux de l'ancienne Europe de l'Ouest ou comparée aux autres pays industrialisés hors Europe (voir chapitre « Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises » p. 45).

Mortalité en repli

D'après les dernières données disponibles (Bonaldi et Hill, 2019), la consommation d'alcool est à l'origine de 41 000 décès en 2015, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes. Sur l'ensemble des décès, 39 % sont provoqués par des cancers, 24 % par des maladies cardio-vasculaires, 17 % par des maladies digestives (cirrhose essentiellement), 13 % par accidents ou suicides, et 7 % par d'autres causes. Les décès liés à l'alcool concernent les hommes dans 73 % des cas. Au

3. Chez les adultes, consommation d'au moins six verres standards d'alcool en une même occasion.

4. Pour déterminer les quantités totales d'alcool consommées par la population française, les volumes de boissons alcoolisées doivent être exprimés en une unité commune, litre d'alcool pur ou unité d'alcool standard (ou verres standards) comprenant 10 grammes d'alcool pur.

total, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool. Par rapport à la dernière estimation réalisée sur les données de 2009 (Guérin *et al.*, 2013), le nombre de décès attribuables à l'alcool a baissé de 8 000, évolution qui semble surtout liée à une amélioration de la prise en charge de ces maladies se traduisant par une moindre mortalité.

Les évolutions de long terme de la mortalité liée à l'alcool peuvent être approchées en se limitant à une cause de mortalité très majoritairement imputable à la consommation d'alcool, comme les décès par cirrhose (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Les taux de mortalité pour cette maladie ont été divisés par un peu plus de 4 entre 1967 (plus haut niveau d'après-guerre) et 2014 chez les hommes, et par 5 chez les femmes (WHO Regional Office for Europe, 2018b). Cette évolution est en majeure partie liée à la diminution de la consommation d'alcool dans la population française. Entre 2010 et 2014, ce taux de mortalité a continué de diminuer, de 14 % pour les hommes et de 16 % pour les femmes.

L'alcool, deuxième cause de cancer lié au mode de vie et à l'environnement

Les décès sont la conséquence possible la plus dramatique de la consommation d'alcool. Mais pour évaluer plus complètement les dommages liés à cette substance, il faut également prendre en compte les personnes qui souffrent de maladies attribuables à l'alcool et dont la qualité de vie est ainsi plus ou moins fortement dégradée. Les études françaises sur cette question portent le plus souvent sur des pathologies spécifiques et n'embrassent en général pas l'ensemble des maladies pour lesquelles l'alcool est un facteur causal. Il a par exemple été estimé que 8 % des nouveaux cas de cancers étaient attribuables à l'alcool (soit 28 000 personnes), ce qui place l'alcool au second rang des causes de cancer attribuable au mode de vie et à l'environnement, derrière le tabac (Marant-Micallef *et al.*, 2018). Mais si on se réfère au nombre de personnes en affection de longue durée pour un cancer, le nombre total de personnes atteintes d'un cancer en raison de leur consommation d'alcool pourrait s'élever à au moins 150 000 personnes (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Seule une étude récente sur le coût social des drogues en France propose un chiffre global de morbidité attribuable à la consommation d'alcool : ce nombre annuel est estimé au début des années 2010 à un peu plus de 1,4 million de personnes (Kopp, 2015a), dont parmi elles un peu plus de 450 000 personnes hospitalisées avec un diagnostic mentionnant explicitement l'alcool. La difficulté d'interprétation de ces chiffres très globaux est qu'ils recouvrent des situations très différentes, comprenant aussi bien des hospitalisations de très courte durée à la suite d'une intoxication à l'alcool que celles pour traitement de maladies à niveau élevé de gravité telles que les cirrhoses alcooliques.

Prises en charge de l'addiction à l'alcool : un nombre d'hospitalisations stable

Ce paragraphe ne porte que sur la question du traitement de l'addiction elle-même et non de celui des maladies qui peuvent en être la conséquence (cirrhose, cancer, psychoses alcooliques, etc.) (voir sur ce dernier aspect le chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Les personnes en difficulté avec l'alcool cherchant de l'aide auprès d'un professionnel du soin peuvent s'adresser

aux structures spécialisées en addictologie (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA), aux hôpitaux (service d'addictologie, consultation en addictologie) ou à la médecine de ville. Les chiffres disponibles proviennent de différentes sources et peuvent en partie se recouper.

■ 142 000 personnes prises en charge dans les CSAPA en 2016 (dont au moins 20 % sont vues une seule fois), contre 132 000 en 2010 (+ 7 %). Ces personnes représentent en 2016 un peu moins de la moitié du public vu dans les CSAPA (Palle et Rattanaray, 2018).

■ En médecine chirurgie ou obstétrique, 108 000 personnes ont été hospitalisées en 2017 avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (code CIM10 : F10) ou de sevrage à l'alcool (code CIM10 : Z502), chiffre en diminution par rapport à 2013 (115 000 personnes) (données ATIH 2017, 2013). Cette baisse concerne en fait les personnes hospitalisées avec un diagnostic F10, alors que le nombre de celles avec un diagnostic de sevrage est resté stable. Parmi les personnes hospitalisées une proportion importante l'a été à la suite d'une intoxication aiguë, ce qui atteste sans doute pour une part importante de l'existence d'un problème avec l'alcool, mais pas forcément d'une prise en charge de l'addiction elle-même. Ces chiffres restent cependant partiels : ils ne prennent pas en compte les personnes vues en ambulatoire dans les consultations hospitalières en addictologie, ni celles qui peuvent avoir bénéficié d'une prise en charge de leur addiction à l'alcool dans les services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie et dans les établissements psychiatriques.

■ 50 000 personnes vues au cours d'une semaine par un médecin généraliste de ville dans le cadre d'un sevrage (chiffres 2009) (Gautier, 2011). Cette donnée est ancienne et le nombre de personnes ayant vu un médecin de ville pour soigner leur dépendance à l'alcool a certainement augmenté, en raison, notamment, de la croissance des prescriptions de baclofène (voir chapitre « Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins », p. 60). Le nombre de personnes concernées par la prescription de ce traitement a atteint un pic en 2014 et tend à diminuer depuis. D'après les données de remboursement de la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM), le nombre estimé de personnes ayant eu au moins une prescription de baclofène remboursée dans l'année s'est réduit de 236 000 en 2014 à 187 000 en 2017⁵.

Moins de condamnations pour conduite en état alcoolique

L'alcool est mentionné dans le texte de la loi à propos de certaines infractions : c'est le cas pour les ivresses publiques et manifestes et pour toutes les infractions liées à la conduite automobile sous influence de l'alcool (voir chapitre « Réponses pénales et conséquences judiciaires », p. 105). En tant que substance favorisant la désinhibition et le passage à l'acte, l'alcool peut également être associé à de nombreux délits et actes d'incivilité, notamment les violences contre les personnes. La mesure rigoureuse du lien entre alcool et délinquance est cependant difficile à réaliser et l'on ne dispose actuellement d'aucune donnée française récente sur la question.

5. Estimation réalisée par l'OFDT à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), base de données obtenue par tirage aléatoire au 1/100^e dans les données du système national d'information inter-régime de l'Assurance-maladie (SNIIRAM).

En ce qui concerne les infractions pour lesquelles l'alcool est explicitement mentionné, les principaux chiffres sont les suivants :

- près de 52 000 personnes ont été interpellées pour ivresse publique et manifeste en 2017. En augmentation par rapport au début des années 2000, le nombre de ces interpellations, après avoir connu un pic en 2007 (89 000), est en constante diminution depuis 2010 (OFDT, 2018b) ;

- près de 335 000 dépistages positifs de l'alcoolémie routière ont été réalisés en 2017, soit 3,3 % de l'ensemble des dépistages (10,1 millions) (ONISR, 2018a). Entre 1995 et 2011, la part des contrôles positifs a augmenté de façon presque continue, passant ainsi de 1,5 % à 3,5 %. Ce taux est ensuite descendu jusqu'à 2,9 % en 2014, pour remonter ensuite (ONISR, 2018a).

- un peu plus de 113 000 condamnations pour conduite en état alcoolique, 1 600 pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique (ONISR, 2018a) et 149 pour homicides involontaires par conducteur en état alcoolique (Ministère de la Justice, 2017) (chiffres provisoires pour les homicides) ont été prononcées en 2016. Après avoir fortement augmenté entre 2002 et 2007 (de 100 000 à 156 000), les condamnations pour conduite en état alcoolique sont depuis en constant recul. Les condamnations pour blessures involontaires ont quant à elles presque constamment diminué entre 2000 (3 911 condamnations) et 2016.

Domages pour les tiers : un Français sur deux concerné

Les dommages subis par des tiers en raison des consommations d'alcool sont rarement évalués ou de façon très incomplète. Une enquête menée en 2015 auprès de la population française âgée de 18 à 64 ans donne cependant un éclairage sur cette question. Il était en effet demandé aux personnes interrogées si elles avaient subi certains dommages en raison de la consommation d'alcool de personnes connues ou inconnues autour d'elles, comme par exemple avoir été empêché de dormir la nuit, avoir été agressé verbalement, physiquement, s'être senti en danger. La moitié des Français indiquent avoir subi au moins un de ces dommages au cours des douze derniers mois et un sur cinq en avoir été très affecté (Palle *et al.*, 2017).

Un poids économique et un coût social importants

En 2017, les dépenses des ménages pour l'achat de boissons alcoolisées (hors dépenses dans les hôtels, cafés et restaurants) se sont élevées à 21,4 milliards⁶, contre 18 milliards en 2010 (INSEE, 2018). Les prix des boissons alcoolisées, qui ont varié comme l'inflation entre 1990 et 2010, ont connu une croissance un peu plus rapide entre 2010 et 2017 (6 % de plus que l'inflation) (OFDT, 2018c). Les exportations de boissons alcoolisées ont représenté cette même année environ 12 milliards d'euros (données de la Direction générale des douanes et des droits indirects, non publiées). Les droits indirects perçus sur l'alcool se situaient, toujours en 2017, à 4,1 milliards d'euros, dont les trois quarts proviennent des droits sur les spiritueux (données ministère de la Santé, non publiées).

Le coût social de l'alcool a été évalué pour l'année 2010 à 118 milliards d'euros. La valorisation monétaire des décès et des maladies (pertes de qualité

6. Chiffres provisoires.

de vie) liés à l'alcool en constitue la plus grande part (84 %). Le coût pour les finances publiques (excès de dépenses sur les recettes liées à l'alcool) se situe à 3,7 milliards d'euros (Kopp, 2015a). Il peut être noté que certains décès liés à la consommation conjointe d'alcool et de tabac sont recensés à la fois dans les décès liés à l'alcool et dans ceux liés au tabac. Les coûts sociaux de l'alcool et du tabac se recoupent en partie et ne peuvent donc s'additionner.

Politique publique : moindre interdiction de la publicité

Au cours de la période 2013-2018, la politique publique a été marquée par l'affaiblissement de l'interdiction de la publicité pour l'alcool. La loi de modernisation du système de santé adoptée en 2016 a ainsi autorisé les alcools qui bénéficient d'une appellation de qualité ou liés au patrimoine culturel à mettre en avant un certain nombre d'aspects (terroirs, paysage, intérêt gastronomique, etc.) pour en faire la promotion. Autre événement important, un groupe d'experts, constitué par Santé publique France et l'Institut national du cancer à la demande de la MILDECA et de la DGS, a formulé en 2017 dix recommandations sur les conseils à délivrer au grand public en matière de consommation d'alcool (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017). L'une des principales est d'indiquer au public que toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé mais que ceux-ci restent limités lorsque la consommation ne dépasse pas 10 verres d'alcool standards par semaine, avec certains jours sans alcool. Parmi les mesures des pouvoirs publics qui se rapportent à l'alcool, il peut également être mentionné la hausse de 160 % des droits indirects sur la bière en 2013 et l'adoption par la Cour des comptes d'un rapport sur les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (Cour des comptes, 2016) qui relève un certain nombre de faiblesses de l'action publique et propose une série de mesures visant à les corriger.



Évolutions récentes

La proportion d'adultes qui consomment de l'alcool chaque semaine a diminué, alors que le pourcentage de consommateurs quotidiens semble en revanche se stabiliser autour de 10 %. Les comportements d'API sont en recul, dans l'année pour l'ensemble de la population, dans le mois chez les jeunes de 17 ans. Les volumes d'alcool consommés ont continué à se contracter, mais à un rythme qui se ralentit depuis le milieu des années 2000. Sous l'effet de la réduction constante de la consommation au cours des cinquante dernières années, les taux de mortalité par cirrhose sont orientés à la baisse. La mortalité attribuable à l'alcool a diminué entre 2009 et 2015, passant de 49 000 à 41 000 décès. Cette période a également été marquée par l'augmentation des prescriptions de baclofène jusqu'en 2014, qui ont ensuite reculé entre 2014 et 2017.

Référence législative

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Cannabis et cannabinoïdes de synthèse

Éric Janssen, Stanislas Spilka, Magali Martinez, Michel Gandilhon,
Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Thomas Néfau

Le cannabis est le nom générique de la plante consommée sous forme d'herbe (marijuana), de résine (haschisch) et plus rarement d'huile. L'espèce de cannabis la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets psychoactifs sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants et relaxants. Comme d'autres produits psychoactifs, sa consommation peut s'accompagner de troubles psychiatriques (troubles anxieux et dépressifs, troubles psychotiques).

Un usage en recul chez les adolescents, mais toujours répandu

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (39 %). Bien qu'il s'agisse de la prévalence la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD (inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002, lorsque la moitié des adolescents se disaient expérimentateurs), le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée à l'adolescence. L'usage dans l'année a diminué de 7 points entre 2014 et 2017, de 38 % à 31 %, alors que l'usage régulier (avoir consommé au moins dix fois du cannabis durant le mois) a reculé de 2 points, de 9,2 % à 7,2 %. Ce recul généralisé des usages de cannabis entre 2014 et 2017 s'observe pour les deux sexes. Les consommations sont d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée : ainsi, les niveaux d'usage régulier varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). Si la baisse de la prévalence d'expérimentation de cannabis est plus marquée parmi les filles (recul de 10 points contre 7 chez les garçons), le tassement des usages réguliers est, à l'inverse, davantage prononcé chez les garçons (baisse de 3 points vs 1 point chez les filles). En 2017, l'âge moyen de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes Français de 17 ans est de 15,3 ans, demeurant stable depuis la fin des années 1990 (voir figure p. 30). Cette initiation au cannabis reste un peu plus précoce chez les garçons que chez les filles (15,2 ans vs 15,4 ans).

Interrogés sur les modalités de leur dernière consommation, les deux tiers des adolescents de 17 ans (67 %) indiquent avoir fumé de l'herbe, même si la forme résine demeure encore la plus utilisée. Plus la consommation déclarée est importante ou fréquente, plus la part de ceux qui ont fumé de l'herbe lors du dernier usage décline. Parmi les usagers réguliers, un sur deux seulement dit avoir consommé de l'herbe la dernière fois et la proportion est encore plus faible parmi les usagers quotidiens (47 %). Chez les jeunes filles, dont la consommation de cannabis est moindre, la part des consommatrices d'herbe lors de la dernière prise est supérieure de dix points à celle des garçons (respectivement 71 % et 63 %).

Tableau 1. Type de cannabis fumé lors du dernier usage parmi les adolescents âgés de 17 ans, en 2017 (en %)

	Résine	Herbe	Autre*
Garçons	35	63	2,3
Filles	28	71	1,0
Ensemble	32	67	1,7

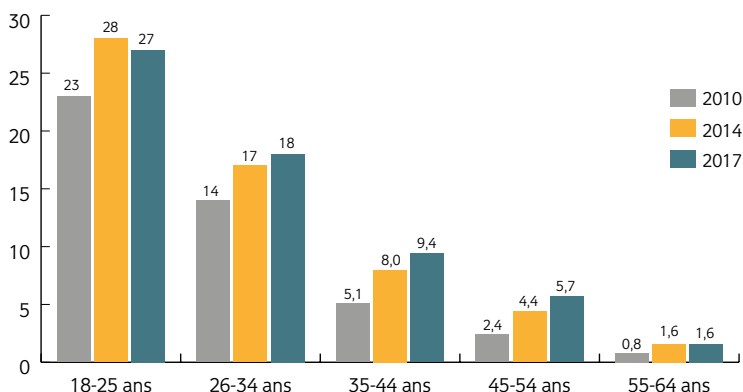
* : huile, pollen

Source : enquête ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

En 2017, un usager dans l'année de cannabis de 17 ans sur quatre (25 %) présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis, selon le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), outil de repérage des usages problématiques en population générale (Spilka et al., 2013). Cette proportion est légèrement plus importante qu'en 2014 (22 %) et la part d'usagers dans l'année potentiellement à risque est plus élevée chez les garçons (29 %) que chez les filles (19 %). Globalement, à 17 ans, 7,4 % des adolescents présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit environ 60 000 jeunes de cet âge (Spilka et al., 2018a).

Par ailleurs, la situation scolaire s'avère un facteur particulièrement discriminant vis-à-vis des consommations de cannabis à 17 ans. Ainsi, le niveau d'usage régulier est nettement plus élevé parmi les apprentis (14 %) et chez ceux sortis du système scolaire (21 %) que parmi les lycéens (6 %).

Figure 1. Part des consommateurs de cannabis au cours de l'année selon l'âge entre 2010 et 2017 (en %)



Source : Baromètres santé 2010, 2014 et 2017, exploitation OFDT

Une diffusion croissante parmi les plus âgés

En 2017, 45 % des adultes français âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes (50 %) que des femmes (37 %). L'usage au cours des 12 derniers mois concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes) et s'avère stable depuis 2014, tout comme l'usage au cours du mois, qui s'élève à 6 % en 2017 (9 % des hommes et 4 % des femmes).

L'expérimentation de cannabis chez les 18-64 ans est passée de 33 % en 2010 à 45 % en 2017, prolongeant la tendance observée depuis les années 1990. Cet accroissement correspond à l'augmentation mécanique du nombre de fumeurs, les nouvelles générations s'ajoutant aux personnes ayant déjà expérimenté. La proportion d'individus ayant expérimenté le cannabis s'avère maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes (62 %). L'augmentation de l'expérimentation entraîne progressivement une hausse pour toutes les tranches d'âge des usages au cours de l'année : de 8 % à 11 % entre 2010 et 2017 (figure 1). La consommation dans l'année concerne les plus jeunes (27 % pour les 18-25 ans en 2017, 34 % des hommes et 20 % des femmes) et diminue avec l'âge, pour atteindre moins de 2 % des 55-64 ans. Entre 2010 et 2017, cette consommation a crû dans toutes les classes d'âge, mais de manière plus marquée chez les 35 ans et plus. Un quart des usagers au cours de l'année (28 % des hommes et 19 % des femmes) présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance au cannabis, soit 2,8 % des 18-64 ans, équivalant à un peu plus de 1 million de personnes (Spilka *et al.*, 2018b).

À propos du CBD

Le cannabidiol (CBD) est un cannabinoïde présent dans la plante de cannabis qui, comme le Δ^9 -THC, agit sur les récepteurs aux endocannabinoïdes mais sans entraîner les mêmes effets. Le CBD a des propriétés anxiolytiques, relaxantes, voire sédatives, mais semble dépourvu de qualités euphorisantes. Il serait efficace dans le traitement des crises d'épilepsie (Carlini et Cunha, 1981), contre les douleurs neuropathiques résistantes aux antalgiques opiacés (Costa *et al.*, 2007) et de nombreuses autres affections (Pisanti *et al.*, 2017). Sans pouvoir addictogène, il serait lui-même efficace dans le traitement des addictions à d'autres substances (Prud'homme *et al.*, 2015). Le CBD est notamment le principe actif de quelques spécialités ayant obtenu une AMM en France (*cf.* ci-après).

En 2018, l'apparition de certains produits contenant du CBD sur le marché, via Internet et l'ouverture de boutiques physiques en France, a conduit la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) à rappeler l'interdiction du commerce de cette molécule, hormis les spécialités autorisées par l'ANSM (MILDECA, 2018b). Cette position fait toutefois l'objet de controverses au plan juridique.

Éléments de comparaison européenne

La France devance les autres pays européens pour les niveaux d'usage de cannabis des 15-16 ans au cours du dernier mois. La prévalence atteint 17 % en France vs 7 % pour la moyenne européenne (The Espad Group, 2016). Les consommateurs français se classent également au premier rang s'agissant de l'expérimentation ou de la consommation au cours de l'année chez les adultes (voir chapitre « Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises » p. 45). Il en va de même à propos des usages au cours de l'année des 15-34 ans qui atteignent 22 % en France (EMCDDA, 2018a).

Circulation de cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse (CS) représentent une des familles de NPS les plus connues (voir chapitre « Nouveaux produits de synthèse », p. 151). Ils agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que le Δ^9 -THC. Pour cette raison, les CS sont souvent présentés comme imitant les effets du cannabis. Cependant, les usagers soulignent que ces effets sont différents et varient selon les CS. Entre 2008 et 2017, 68 CS différents ont été identifiés en France (Pélissier-Alicot, 2015 ; Wennig, 2015)¹ et 172 l'ont été au niveau européen. En 2018, les principaux CS, connus pour être en circulation sur le marché, sont classés comme stupéfiants.

Les CS sont vendus quasi exclusivement sur Internet, soit sous la forme d'une poudre pour les personnes averties de ce qu'elles achètent, ou sous des formes familières pour un consommateur de cannabis. Un ou plusieurs CS en poudre sont incorporés à une pâte imitant la résine, ou bien pulvérisés sur un mélange d'herbes. Dans ce cas, la présentation des CS sur les sites de vente se fait sous des noms commerciaux fantaisistes, dans des emballages colorés parfois sans mention des molécules contenues. Les CS peuvent également être vendus sous la forme d'e-liquide, consommables par cigarette électronique (voir chapitre « Tabac, chicha et cigarette électronique », p. 160).

Malgré les incertitudes sur les taux de réponses recueillis sur les NPS lors des grandes enquêtes, l'expérimentation des CS chez les 18-64 ans au cours de la vie semble avoir stagné entre 2014 (1,7 %) et 2017 (1,3 %). C'est un taux à peu près équivalent à celui de l'héroïne (Spilka et al., 2018b). Ces expérimentateurs sont avant tout des hommes ayant moins de 35 ans (4,3 % des 18-34 ans). Pour ce qui est des jeunes de 17 ans, en 2017, près de 4 % ont déclaré « avoir déjà consommé un produit imitant les effets d'une drogue » (Spilka et al., 2018a). Il semble qu'il s'agisse pour la grande majorité d'un CS. Ces expérimentations parmi les jeunes seraient en France équivalentes à la moyenne européenne (Spilka et al., 2016).

Il existe peu de complications sanitaires recensées en France ; toutes sont des intoxications aiguës, aucun décès n'ayant été directement relié à des CS. Ces situations montrent que les personnes les plus exposées sont des consommateurs chroniques de cannabis (plus de 10 usages dans le mois), quel que soit leur âge, ou des personnes qui n'ont pas été informées de ce qu'elles consommaient. Les CS peuvent engendrer des symp-

1. Tableau des CS identifiés en France et frise chronologique : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>

tômes divers d'intoxication, se traduisant notamment par une forte agitation et une hyperthermie, des problèmes pulmonaires et cardiaques. Des épisodes psychotiques ou des convulsions peuvent survenir, plus violents qu'avec le cannabis naturel. Un usage chronique peut faire apparaître un syndrome de sevrage (Pélissier-Alicot, 2015). Les conséquences à long terme sont moins connues, mais il est possible que des séquelles cognitives subsistent (Compton *et al.*, 2012).

Conséquences sanitaires et prise en charge

À court terme, la prise de cannabis altère la perception, l'attention et la mémoire immédiate, troubles susceptibles de perturber la réalisation de tâches telles que le travail scolaire des plus jeunes et la conduite automobile. Les conducteurs sous l'influence du cannabis ont un risque d'accident de la route multiplié par 2 (Hartman et Huestis, 2013). L'association du cannabis à l'alcool conduit à un risque nettement supérieur, avec un risque multiplicatif compris entre 11 et 14 (Biecheler *et al.*, 2008 ; Hartman et Huestis, 2013). L'intoxication aiguë peut également donner lieu à des troubles anxieux sous la forme d'attaques de panique (*bad trip*) ou d'un syndrome de dépersonnalisation très angoissant.

Une consommation régulière peut conduire à l'installation d'une dépendance – psychique surtout – et être associée à des problèmes relationnels, scolaires ou professionnels. L'usage régulier de cannabis augmente par ailleurs le risque de troubles psychotiques, notamment en cas d'antécédents personnels ou familiaux, et peut précipiter le développement d'une schizophrénie (Volkow *et al.*, 2016). Le syndrome cannabinoïde associant des épisodes répétés de douleurs abdominales et de nausées a été décrit chez les consommateurs chroniques de cannabis (Bajgoric *et al.*, 2015). Enfin, la consommation de cannabis favorise la survenue d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Le cannabis est impliqué dans 30 décès (par un mécanisme cardio-vasculaire), soit 7 % des décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances en 2016 (CEIP-A Grenoble, 2018b).

Le cannabis est la première substance à l'origine des recours aux urgences en lien avec l'usage de drogues, responsable de 27 % d'entre eux, soit 5 500 passages dénombrés en 2018, chiffre probablement sous-estimé en raison de l'imprécision du codage diagnostique des recours aux urgences, selon les données du réseau OSCOUR (Santé publique France) (Brisacier, 2019a).

En 2016, près de 59 000 personnes ont été vues en consultation en raison de leur usage de cannabis dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ce qui représente environ 20 % des personnes accueillies dans les CSAPA (Palle et Rattanaray, 2018). Ce nombre a fortement augmenté par rapport à 2010 (38 000 personnes). Parmi les personnes entrées en contact avec un CSAPA pour usage de cannabis, environ 40 % (24 000 personnes) ont été reçues dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC) gérées par les CSAPA (Palle et Rattanaray, 2018). Une part importante (40 %) des usagers de cannabis accueillis en 2016 dans les CSAPA ont été orientés par les services judiciaires (OFDT, 2017b). Dans les établissements de santé (médecine, chirurgie, obstétrique, établissements spécialisés en psychiatrie, établissements de soins de

suite et de réadaptation), 37 000 personnes ont été hospitalisées en 2017 avec un diagnostic principal, associé ou relié de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (données ATIH 2017). Ce nombre de personnes a assez fortement augmenté depuis 2013 (23 000).

Un marché dynamique

Le marché du cannabis en France est un des plus importants de l'Union européenne (EMCDDA, 2018a). S'il semble que l'on assiste, depuis quelques années, à un rééquilibrage du marché en faveur de l'herbe de cannabis, la résine demeure le premier produit illicite à faire l'objet de trafic. En 2017, les saisies globales de cannabis ont atteint leur plus haut niveau depuis dix ans, avec 67,3 tonnes de résine (soit une hausse de 28 % par rapport à l'année 2016), tandis que les confiscations d'herbe culminaient avec plus de 20 tonnes. Entre 2010 et 2017, celles-ci ont été multipliées par près de 3,5 (DEASRI, 2018). En considérant non plus les quantités saisies, mais leur nombre, on observe également une augmentation sensible : 17 195 en 2010 vs 44 301 en 2017 (DEASRI, 2018). Les saisies de plants, reflet indirect du dynamisme de la culture de cannabis sur le territoire national, restaient en 2017, avec plus de 137 000 pieds, à des niveaux élevés. La résine de cannabis qui approvisionne la France est produite quasi exclusivement au Maroc, tandis que l'herbe, outre la production locale, provient de plus en plus d'Espagne, et ce au détriment des Pays-Bas, jusqu'alors le principal pays d'origine des saisies.

L'autre évolution majeure tient à la nature des produits proposés avec une prédominance de plus en plus importante de variétés hybrides dotées de fortes teneurs en Δ^9 -THC. Cette situation ne concerne pas seulement l'Europe de l'Ouest (Weinberger, 2011), mais aussi le Maroc où l'on constate un processus de substitution des variétés traditionnelles au profit d'hybrides, en provenance des Pays-Bas notamment (Afsahi et Chouvy, 2015). Les données relatives aux teneurs moyennes en THC, ont, en quinze ans, presque quadruplé pour la résine, passant entre 2003 et 2017 de 6,5 % à 23 %, et plus que doublé pendant la même période pour l'herbe, de 4,7 % à 11,5 % (INPS, 2018).

Cette « montée en gamme » des produits proposés, de même que la dynamique du marché français, favorisent une hausse des prix de détail de la résine et de l'herbe. En 2016, ils atteignent respectivement 7 euros le gramme vs 5 euros en 2010 et 9 euros vs 7 euros (OCRTIS, 2017). Toutefois, une prise en compte du ratio prix/pureté montre que le prix du gramme de THC « pur » est en baisse.

Cannabis à visée thérapeutique : vers une expérimentation ?


En France, l'usage thérapeutique du cannabis est légal depuis un décret de juin 2013 qui autorise la commercialisation de médicaments dérivés du cannabis. Bien que le Sativex[®], spray buccal contenant des dérivés du cannabis (indiqué pour soulager les contractures – spasticité – résistantes aux autres traitements chez les patients atteints de sclérose en plaques) ait obtenu une AMM en 2014, il n'a pas été commercialisé. Le Comité économique des produits de santé (CEPS), organisme interministériel qui fixe les prix des médicaments, a jugé trop élevé le prix proposé par le laboratoire. Seul l'Épidiolex[®], médicament dérivé du cannabis et

riche en cannabidiol, en cours d'expertise par l'Agence européenne du médicament et récemment autorisé aux États-Unis pour le traitement de certaines formes sévères d'épilepsie, est disponible dans le cadre très restrictif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) depuis 2017 sous forme de solution buvable.

Le dronabinol (Marinol[®]), médicament contenant du THC synthétique (et de ce fait n'étant pas considéré stricto sensu comme du cannabis thérapeutique) est disponible depuis 1999 sous forme de gélules. Il est autorisé dans des indications très limitées (comme les douleurs neuropathiques après échec des traitements habituels) et dans le cadre d'ATU nominatives.

En septembre 2018, l'ANSM a créé un Comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) sur l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France (s'entend de la plante de cannabis à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques citées plus haut). En décembre 2018, ce comité a estimé pertinent d'en autoriser l'usage dans certaines situations thérapeutiques (douleurs réfractaires aux thérapies accessibles ; certaines formes d'épilepsie ; dans le cadre des soins de support en oncologie ; dans les situations palliatives et dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques). Par ailleurs, considérant les risques pour la santé, la voie d'administration fumée a été exclue de cet usage (ANSM, 2018a). L'accès à l'usage du cannabis à visée thérapeutique devrait faire l'objet dans un premier temps d'une expérimentation.

Évolutions récentes



Le cannabis demeure la première substance illicite déclarée en France. En recul parmi les adolescents, son usage en population adulte s'est récemment étendu à des tranches d'âge jusque là non concernées. L'offre de cannabinoïdes de synthèse s'est diversifiée, sans pour autant entraîner une hausse des prévalences. Alors que la résine caractérise toujours les usages plus fréquents, la forme herbe s'est répandue. Les nombreuses saisies de plants de cannabis illustrent un recours persistant à l'autoculture. Les teneurs plus élevées de Δ^9 -THC se sont accompagnées d'une hausse des prix du détail. L'usage thérapeutique du cannabis est autorisé depuis 2013 via des médicaments dérivés du cannabis, mais un seul d'entre eux est actuellement disponible, dans un cadre très restrictif.

Référence législative

Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. JORF n° 130 du 7 juin 2013, p. 9469, texte n° 13. (NOR AFSP1308402D)

Cocaïne, crack, free base

Michel Gandilhon, Éric Janssen, Christophe Palle

La cocaïne est un psychoactif recherché pour ses effets stimulants, physiques et cognitifs, et désinhibants. C'est un alcaloïde qui provient des feuilles du cocaïer, un arbuste cultivé en Amérique du Sud (Colombie, Pérou, Bolivie principalement). L'extraction de celui-ci s'effectue en plusieurs étapes pour obtenir un sel, le chlorhydrate de cocaïne. C'est sous cette forme que la cocaïne est sniffée ou injectée.

Crack et free base, les deux appellations de la forme basée de la cocaïne, sont obtenus à partir du sel de cocaïne, à l'aide de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque. Sous cette forme, la cocaïne peut être fumée (inhalation de ses vapeurs) sans être dégradée. Si crack et free base sont en réalité un seul et même produit, l'usage recouvre des publics hétérogènes, souvent persuadés de consommer des substances différentes. Plus communément, l'appellation « crack » est utilisée lorsque la cocaïne est vendue sous cette forme (base), tandis que le terme « free base » désigne une cocaïne basée par l'utilisateur lui-même. Le crack, vendu en petites quantités, est présent dans la région parisienne et dans certains départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique). Il est moins cher que la cocaïne en poudre et s'est diffusé dans des réseaux spécifiques d'utilisateurs souvent précarisés. Le profil des consommateurs de free base, apparu en France à la fin des années 1990, s'apparente sur le plan sociologique davantage aux consommateurs récréatifs de cocaïne en poudre qu'aux usagers de crack.

Un usage en recul parmi les adolescents...

En 2017, 2,8 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie, contre 3,2 % en 2014, une différence statistiquement significative (Spilka et al., 2018a). Comme souvent, les garçons étaient plus souvent expérimentateurs que les filles (3,1 % vs 2,4 %, différence là aussi significative). Les niveaux d'usage de crack en population adolescente (0,6 %) sont beaucoup plus modestes que pour la cocaïne, tant pour les garçons que pour les filles. Cette expérimentation est significativement en recul par rapport à 2014 (1,1 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une expérience qui n'a pas donné lieu à d'autres prises par la suite.

... et qui s'enracine chez les adultes

Deuxième substance illicite la plus consommée en France, la cocaïne est bien moins répandue que le cannabis : dans l'ensemble, 5,5 % des adultes de 18-64 ans en avaient consommé au moins une fois au cours de leur vie en 2017 (contre 5,6 % en 2014), et 1,6 % au cours de l'année (1,1 % en 2014, une hausse statistiquement significative) (Spilka et al., 2018b). La forte différence entre hommes et femmes persiste (8,0 % vs 3,2 %), mais elle tend néanmoins à se réduire par rapport à 2014 (8,3 % vs

3,1 %). C'est parmi les 26-34 ans que la prévalence-vie est la plus élevée (10,1 % vs 10,2 % en 2014) et chez les 55-64 ans qu'elle est la plus faible (2,0 % vs 1,4 % en 2014). Au plan européen la France a longtemps occupé un rang moyen mais elle s'est rapprochée aujourd'hui des pays les plus consommateurs, le Royaume-Uni et l'Espagne notamment (EMCDDA, 2018a).

Estimation du nombre d'usagers de cocaïne basée au cours du mois

La cocaïne basée désigne les usagers de crack et de free base, regroupant des publics extrêmement hétérogènes. Une estimation récente (OFDT, 2018a) fait état d'une hausse du nombre d'usagers en France métropolitaine, de 12 800 (12 000-14 000) individus en 2010 à un peu plus de 27 000 (25 000-29 000) en 2017. Aussi notable soit-il, cet accroissement sur une période de sept années concerne toujours une part marginale de la population : la prévalence reste bien en deçà du seuil de 1 pour mille. Cette population d'usagers est fortement masculine, avec quatre usagers sur cinq qui sont des hommes, une proportion demeurée stable entre 2010 et 2017.

Des consommations y compris au sein des populations précaires

La diffusion de la cocaïne en France au cours des vingt dernières années ne s'est pas limitée aux personnes les plus insérées. L'usage s'est également répandu dans les populations fréquentant notamment les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Ainsi, en 2015, l'étude ENa-CAARUD a montré que l'usage dans le mois de cocaïne sous toutes ses formes (incluant la cocaïne basée) est relativement élevé, puisqu'il concerne plus d'un usager sur deux (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018). A contrario, les consommations de cocaïne basée, y compris sous son appellation « crack », ne se limitent plus aux populations les plus marginalisées. Les observations du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT, notamment à Paris, montrent que le marché de la cocaïne basée de rue ou de « cités » peut être fréquenté par des personnes insérées qui avaient l'habitude de consommer de la cocaïne, puis de la cocaïne basée qu'elles fabriquaient elles-mêmes (Gandilhon *et al.*, 2013).

Des conséquences sanitaires et sociales plus visibles

La consommation de cocaïne et de cocaïne basée, qu'elle soit occasionnelle ou régulière, peut engendrer de nombreux problèmes sanitaires, psychiques (dépressions, tentatives de suicide, troubles anxieux, etc.) et/ou physiques (atteintes cardio-vasculaires, complications neurologiques, etc.). La cocaïne est pareillement à l'origine de dépendances susceptibles d'entraîner des consommations compulsives du produit, pouvant mettre en danger la situation sociale de l'utilisateur. Les données qualitatives recueillies dans le cadre du dispositif TREND font de plus

en plus état du passage d'usages occasionnels, réservés au moment festif, à des consommations plus régulières (Cadet-Taïrou et al., 2017). Un phénomène qui affecte également les usagers précaires, les professionnels du soin observant un basculement plus fréquent de l'usage d'opiacés vers celui de la cocaïne, facilitée par le polyusage préexistant et les pratiques d'injection. Ces observations qualitatives sont renforcées par l'inflexion à la hausse, entre 2015 et 2017, de la part (passée de 19 % à 23 %) des personnes ayant consommé de la cocaïne dans le mois parmi celles prises en charge dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour usage de drogues illicites autres que le cannabis. La part de ceux qui ont consommé du crack ou de la cocaïne basée dans le mois a progressé de 7,6 % à 10 % (OFDT, 2018e).

La cocaïne peut également provoquer des décès par surdose. En 2016, 75 personnes sont décédées des suites d'une consommation de cocaïne seule ou en association, ce qui représente 18 % du total des décès consécutifs à la consommation de drogues. Cette proportion a presque doublé entre 2010 et 2016 (CEIP-A Grenoble, 2018b).

Hausse des prises en charge

En 2016, la cocaïne était citée comme produit posant le plus de problèmes par environ 10 000 personnes prises en charge dans les CSAPA, contre 6 500 personnes en 2010 (Palle et Rattanatrav, 2018). Mais la cocaïne est souvent consommée par les usagers polyconsommateurs. Parmi l'ensemble des personnes prises en charge dans les CSAPA ayant répondu à la question sur les produits leur posant le plus de problèmes en 2016, 10 % indiquent avoir consommé de la cocaïne dans le mois, alors que seuls 3 % la citent comme produit posant le plus de problèmes (OFDT, 2018e). En ce qui concerne les prises en charge à l'hôpital, il est difficile de distinguer ce qui relève de la prise en charge de l'addiction elle-même de celle des conséquences des consommations. Dans le secteur hospitalier (médecine, chirurgie et obstétrique, établissements spécialisés en psychiatrie, établissements de soins de suite et de réadaptation), les troubles mentaux et du comportement liés à la cocaïne apparaissent en diagnostics principaux associés ou reliés pour 9 500 personnes en 2017, contre 4 400 en 2013 (données ATIH 2017). Ce chiffre, qui confirme la forte augmentation observée dans les CSAPA, est sans doute sous-estimé en raison d'un codage non systématique des diagnostics associés et de la non-prise en compte des personnes avec un diagnostic d'intoxication à la cocaïne¹ (code CIM10 : T405 et codes X42-44, X62, Y12). Par ailleurs, les personnes prises en charge en ambulatoire à l'hôpital ne sont pas non plus recensées.

Un marché en forte augmentation

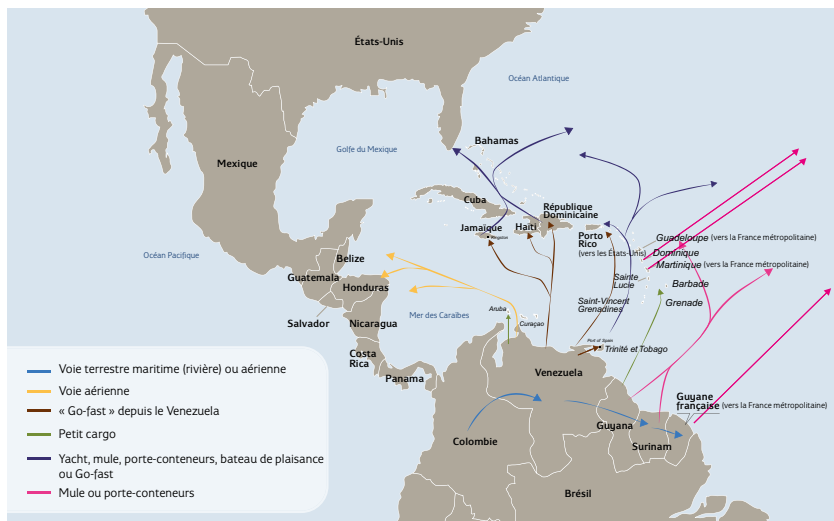
La cocaïne consommée en France provient essentiellement de Colombie, où la production a atteint des niveaux historiques en 2016 (UNODC, 2018). Cette offre croissante, qui affecte nombre de pays européens (EMCDDA, 2018), se retrouve dans les statistiques de l'OCRIS, puisque les saisies en France, réalisées par les douanes, la police et la gendarmerie, ont atteint un niveau sans précédent en 2017, avec 17,5 tonnes (DEASRI, 2018).

1. Code CIM10 : T40.5 (intoxication à la cocaïne).

La France est particulièrement touchée par le développement du trafic international, du fait de la présence en Amérique latine de trois départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane). Ainsi, le trafic maritime par conteneur ne cesse de croître depuis des années entre les Antilles françaises et Le Havre, premier port commercial français, tandis que le trafic par voie aérienne à l'aide de passeurs (« mules ») s'est fortement développé depuis 2014, entre la Guyane et la métropole (Gandilhon et Weinberger, 2016). Une partie significative de la cocaïne vendue en France provient également des Pays-Bas, où des organisations de trafic viennent s'approvisionner sur le marché du demi-gros et du gros. L'Espagne, du fait de sa position importante de porte d'entrée de la cocaïne en Europe, joue aussi un rôle déterminant dans l'alimentation du marché français. Ce phénomène est renforcé par la présence dans le sud de la péninsule Ibérique des négociants français en gros de la résine de cannabis, lesquels tendent de plus en plus à prendre le contrôle du marché français de la cocaïne au détriment du grand banditisme « traditionnel ». La traduction de ces évolutions est visible dans l'offre dite de « cités », où la cocaïne est de plus en plus présente de Lille à Marseille, en passant par Rennes et Toulouse.

En matière de vente au détail, le phénomène le plus innovant concerne la région parisienne, avec l'émergence depuis cinq ans des « cocaïne call centers ». Adaptation du trafic aux réticences de nombre d'utilisateurs insérés à se rendre sur les lieux de trafic, dans un contexte où la présence policière, du fait de la menace terroriste s'est faite plus visible, ces centres d'appel, situés généralement dans les banlieues, organisent la livraison du produit à domicile, tout en relançant les clients via SMS (Cadet-Tairou et al., 2017).

Carte 1. Les flux de cocaïne dans la mer des Caraïbes et vers la Guyane




Source : OFDT

La disponibilité de la cocaïne sur le marché français s'accompagne de niveaux historiquement élevés en matière de teneurs moyennes en principe actif. Ainsi, en 2017, la pureté moyenne dans les saisies inférieures à 10 grammes, reflet de la situation qui prévaut sur le marché de détail, atteignait près de 60 %, soit un quasi doublement en dix ans (INPS, 2018). En 2017, les prix moyens de la cocaïne mesurés par l'OCRTIS et le dispositif TREND étaient compris entre 65 et 80 euros le gramme (Gérome *et al.*, 2018).

Le marché du crack est, compte tenu du nombre limité de consommateurs, beaucoup plus réduit, tant sur le plan social que géographique. Limité depuis le début des années 1990 à des usagers très marginalisés et cantonné, outre les Antilles-Guyane, dans le nord-est de Paris et une partie de la Seine-Saint-Denis, il connaît toutefois une certaine dynamique en lien avec la forte disponibilité de la cocaïne (Pfau et Cadet-Taïrou, 2018). Si, depuis les années 1990, les revendeurs originaires d'Afrique de l'Ouest, les « modous », jouent un rôle central, le démantèlement d'un gros lieu de revente dans une cité parisienne en 2015 montre que d'autres acteurs, issus notamment du monde des « cités », s'intéressent à ce trafic. En outre, bien que le marché du crack reste parisiano-centré, des signalements concordants (CAARUD, acteurs du respect de la loi) montrent le développement de points de vente dans les départements d'Île-de-France (Essonne, Yvelines, etc.), mais également dans l'Oise (Hauts-de-France) ou même à Lille et à Rennes où ils restent toutefois encore sporadiques (Gérome *et al.*, 2018).

La cocaïne basée revendue dans la rue circule sous l'appellation « galette », qui constitue l'unité de vente principale du produit, même si des doses plus réduites dénommées « caillou » peuvent être revendues. La « galette », vendue entre 13 et 15 euros le gramme, permet en général de faire trois ou quatre prises (inhalation).

Évolutions récentes



Si l'usage de chlorhydrate de cocaïne en population adolescente s'est réduit entre 2014 et 2017, il est en revanche plus souvent déclaré par les adultes (nombre d'usagers dans l'année en forte progression depuis 2014), notamment les 26-34 ans. Outre l'augmentation constante de sa disponibilité, nourrie par une production colombienne en forte hausse, le produit qui circule se caractérise par une hausse des teneurs moyennes en principe actif. Reflet de la progression des usages, le nombre de personnes hospitalisées ou en traitement a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Moins diffusée, la cocaïne basée, sous sa forme « crack », gagne en visibilité à Paris, tandis que l'offre semble progresser en Île-de-France et dans le nord du pays.

Écrans interactifs

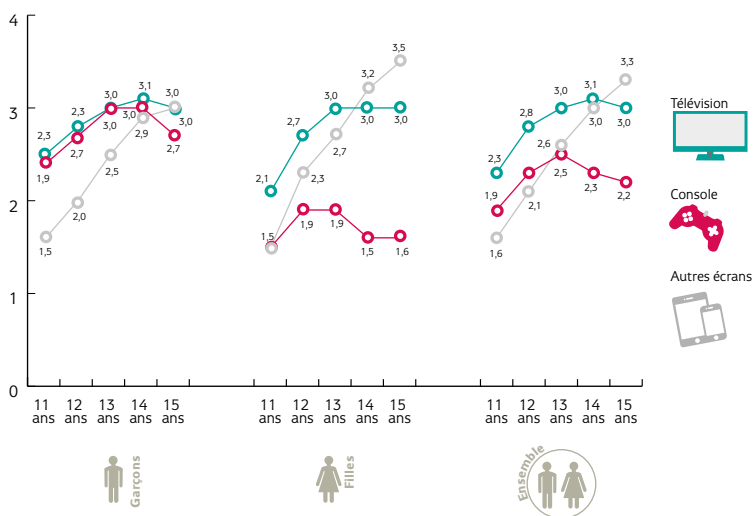
Antoine Philippon, Alex Brissot, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka

Le taux d'équipement des ménages en appareils électroniques munis d'écrans, le plus souvent nomades et offrant un accès à Internet, a quasiment doublé ces dix dernières années en France (INSEE, 2016). L'intensification de l'utilisation des ordinateurs, consoles de jeu et autres types d'écrans (outre la télévision) est de plus en plus manifeste parmi les plus jeunes. Cette omniprésence des écrans marque une rupture culturelle et générationnelle inédite (Obradovic *et al.*, 2014), dont les conséquences sur le développement cognitif et social sont encore mal connues. En l'absence d'études menées en population adulte, ce chapitre dresse un état des lieux des usages d'écrans interactifs chez les adolescents, usages qui n'ont eu de cesse de s'intensifier et se diversifier.

Les collégiens et collégiennes face aux écrans

Les résultats de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 montrent que les durées cumulées passées devant un écran (tous types confondus) atteignent en moyenne 5,8 heures par jour à 11 ans et 8,4 heures à 15 ans. Les résultats de l'enquête témoignent de la difficulté de mesurer ces usages cumulés,

Figure 1. Moyennes quotidiennes des heures passées devant différents types d'écrans selon l'âge



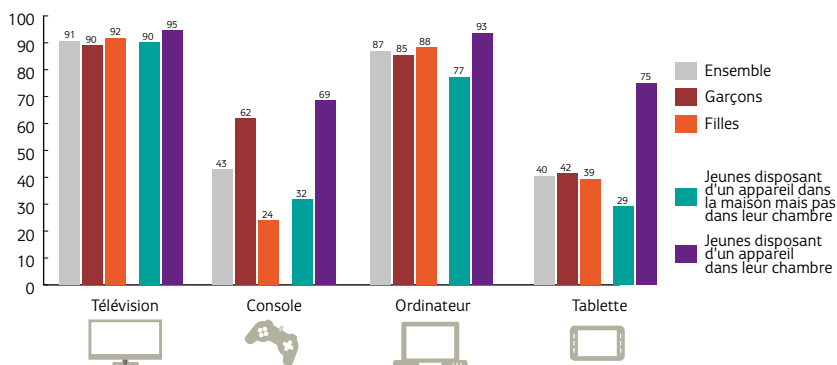
Source : HBSC 2014

qui diffèrent selon les centres d'intérêt et le sexe des répondants (figure 1). Ainsi, les consoles de jeu sont particulièrement prisées par les garçons, qui déclarent y jouer chaque jour en moyenne une heure de plus que les filles. Dans les deux cas, après une légère augmentation entre l'âge de 11 et 13 ans, le nombre d'heures passées à jouer sur une console baisse au profit des autres pratiques d'écran. L'utilisation d'un écran d'ordinateur pour faire des devoirs, envoyer des mails, communiquer sur des réseaux sociaux et surfer sur Internet progresse avec l'âge : de 1,6 heure par jour en moyenne chez les 11 ans, ce temps passe à 3,3 heures par jour chez les élèves de 15 ans. Les collégiens passent jusqu'à 3 heures par jour devant la télévision. Ce niveau maximum est atteint à 14 ans sans différence entre les sexes.

Les lycéens et Internet

Plus de la moitié des lycéens interrogés dans le cadre de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Others Drugs (ESPAD) en 2015 déclarent se connecter à Internet 4 heures ou plus par jour et plus de 80 % d'entre eux 2 heures ou plus. Les réseaux sociaux sont en tête : la moitié des lycéens les consultent au moins 2 heures par jour. Viennent ensuite les activités de téléchargement et de streaming (43 % y consacrent au moins 2 heures quotidiennes), puis les recherches et lectures (32 %), et enfin les jeux vidéo en ligne (24 %). Au lycée, contrairement au collège, la durée d'utilisation d'Internet est semblable entre les sexes. Certaines distinctions se font cependant jour : les filles se disent sensiblement plus actives sur les réseaux sociaux, ce qui suscite, selon leurs dires, des tensions au sein de leur famille, alors que les garçons demeurent plus enclins à la pratique des jeux vidéo, dont l'usage excessif est reconnu par l'OMS comme un trouble mental (WHO, 2018). À l'approche des épreuves du baccalauréat, l'utilisation des réseaux sociaux et des jeux vidéo recule en faveur d'un temps accru consacré à la lecture et aux recherches sur Internet en lien avec les devoirs et les révisions.

Figure 2. Taux d'usage hebdomadaire d'appareils électroniques (en %)



Source : ESCAPAD 2017, OFDT

Les résultats scolaires restent corrélés au temps passé devant les écrans : les adolescents passant plus de 4 heures quotidiennes devant un écran sont plus nombreux à déclarer des résultats au-dessous de la moyenne, ce que confirme la littérature scientifique (Sharif et Sargent, 2006). Le temps passé devant les écrans a également une incidence négative sur le temps de sommeil, indispensable à la santé des adolescents (Léger *et al.*, 2012). En outre, selon les études internationales utilisant divers critères de définition, 1 % à 5 % des adolescents seraient dépendants aux jeux vidéo (Kuss et Griffiths, 2012).

Les écrans à 17 ans

La plupart des jeunes de 17 ans utilisent un ordinateur au moins une fois par semaine (87 % d'entre eux, figure 2). Quatre jeunes sur dix (40 %) indiquent passer plus de 2 heures par jour devant l'ordinateur. À 17 ans, neuf jeunes sur dix ont regardé la télévision durant la semaine précédant l'enquête (91 %) et plus de un jeune sur trois (36 %) le fait en moyenne au-delà de 2 heures par jour. Quelque quatre jeunes sur dix ont utilisé une console de jeu au cours de la semaine écoulée (43 %, dont 62 % des garçons et 24 % des filles). Quatre jeunes sur dix déclarent avoir utilisé une tablette durant les 7 jours précédant l'enquête (40 %). Ils sont 12 % à l'utiliser plus de 2 heures par jour et 4,0 % plus de 6 heures. Enfin, six jeunes sur dix disent ne jamais éteindre leur téléphone portable lorsqu'ils dorment, les deux tiers ne jamais l'éteindre lorsqu'ils sont en cours et les trois quarts (74 %) le gardent toujours allumé lorsqu'ils font leurs devoirs ou révisent.

Évolutions récentes

À mesure de leur avancée en âge, les adolescents passent de plus en plus de temps devant des écrans interactifs. Les usages qu'ils en font sont variés : il s'agit principalement d'échanges sur des réseaux sociaux, mais aussi de consommation de contenus culturels, de recherche d'information et de jeux vidéo. Si l'usage excessif de ces derniers est susceptible de générer des troubles mentaux, il convient de noter que les adolescents passant le plus de temps devant des écrans, y compris pour d'autres usages, ont davantage tendance à être en échec scolaire.



GHB/GBL, poppers et protoxyde d'azote

Clément Gérome

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) comme le GBL (gamma-butyrolactone), les poppers, composés chimiques dilués dans des solvants liquides, et le protoxyde d'azote sont des produits détournés de leurs usages médical ou industriel à des fins récréatives. Le GHB et le GBL sont ingérés tandis que les poppers et le protoxyde d'azote sont inhalés. Ce sont des substances psychoactives qui provoquent des manifestations ébrieuses plus ou moins intenses et durables, parfois suivies de troubles de la perception puis d'une phase de sédation suivie d'une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience. L'intensité des effets dépend des substances entrant dans leur composition, de la quantité ingérée ou inhalée et de l'éventuelle tolérance développée par l'utilisateur.

À la différence d'autres solvants et gaz (colle, éther, etc.), marginalement détournés et qui ne sont pas décrits ici, les consommations de GHB/GBL, de poppers et de protoxyde d'azote sont visibles dans les espaces festifs.

Le GBL, un solvant qui s'est substitué au GHB

Le GBL est un solvant industriel qui, une fois ingéré, est intégralement métabolisé en GHB, une molécule utilisée dans le cadre médical comme anesthésique. Le GHB et le GBL sont utilisés de manière récréative pour leurs effets euphorisants et relaxants, d'où le surnom d'« ecstasy liquide » (Fournier et Escots, 2010 ; Milhet et Néfau, 2017). Dans les années 2000, le GBL remplace progressivement le GHB à la suite du classement de ce dernier comme stupéfiant en France en 1999. Le GBL ne fait quant à lui l'objet d'aucun classement juridique en raison d'une utilisation courante dans l'industrie. Sa cession et sa vente au grand public sont toutefois interdites en 2011. Malgré cela, l'approvisionnement en GBL s'effectue facilement par Internet ou via de petites filières de détournement auprès de l'industrie (Gérome et Chevallier, 2018).

Avant d'être consommé, le GBL est dilué dans un soda ou de l'eau. Les effets apparaissent 15 à 20 minutes après l'ingestion et durent de une à deux heures. Le GBL exige un dosage extrêmement précis du fait de l'écart étroit entre la dose nécessaire à l'obtention des effets recherchés et l'intoxication aiguë qui peut entraîner une perte de conscience et une dépression respiratoire¹. Depuis 2011, l'enquête nationale DRAMES fait état en moyenne de un à deux décès tous les ans où le GHB/GBL est impliqué seul ou de façon prédominante. Par ailleurs, le GHB/GBL consommé régulièrement peut entraîner une dépendance. Celle-ci se manifeste par une accoutumance, une envie irrépressible de consommer (craving), un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation, et peut s'accompagner d'anxiété et de dépression.

1. Quelques millilitres du produit sont suffisants dans le cadre d'un usage récréatif, c'est pourquoi le GBL doit théoriquement être dosé à la pipette.

Le poppers, un produit légal et facile d'accès

Les poppers désignent des préparations liquides volatiles ayant pour principe actif des nitrites d'alkyle. Initialement utilisés en médecine pour le traitement de certaines maladies cardiaques, les poppers sont consommés dans un cadre récréatif en raison de leur effet euphorisant qui s'accompagne d'une accélération du rythme cardiaque et d'une sensation d'ébriété. Les poppers sont conditionnés dans des petits flacons que les usagers portent à leur nez pour en inhaler les vapeurs. Leur effet ne dure pas plus de deux minutes (Cadet-Tairou et al., 2009).

Une prise de poppers peut s'accompagner de nausées, de vomissements ou de céphalées et exceptionnellement entraîner un malaise cardiaque. L'association avec certains médicaments, dont le Viagra®, fréquente chez certains usagers, potentialise les risques d'accidents cardiovasculaires. Par ailleurs, leur usage chronique peut entraîner une dermatite de contact qui se traduit par des lésions nasales et du visage et parfois par la survenue d'une anémie due à l'altération des globules rouges (méthémoglobinémie) (Cadet-Tairou et al., 2009).

Retirés de la vente en 1990, les poppers furent ensuite autorisés partiellement (certains types de nitrites restant interdits), avant d'être de nouveau totalement interdits, pour retrouver finalement un statut légal en 2013². Aujourd'hui, les poppers sont vendus en bureau de tabac, dans les sex-shops, dans certains établissements festifs et sur Internet. Les récentes observations menées par le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT en milieu festif indiquent une augmentation de la présence de ces substances et de nouvelles pratiques, comme la dilution des poppers dans des boissons gazeuses qui sont inhalées. Ces pratiques ont pu alors provoquer des accidents chez des personnes qui, n'étant pas informées de la présence de poppers dans le verre ou la bouteille, en ont bu le contenu. Entre janvier 2011 et novembre 2015, les services d'addictovigilance français ont recensé 30 cas graves de méthémoglobinémies liés à l'usage de poppers, deux cas graves d'altération visuelle et trois décès pour lesquels une cyanose avec méthémoglobinémie a été constatée. Des cas de dépendance ont par ailleurs été rapportés (ANSM, 2016a).

Le protoxyde d'azote, un gaz détourné de son usage médical pour ses effets euphorisants

Le protoxyde d'azote, plus communément appelé « gaz hilarant » ou « proto », est un gaz utilisé dans le milieu médical pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques. Il est également employé comme gaz de pressurisation d'aérosol alimentaire, comme par exemple dans les cartouches pour siphon à chantilly ou les aérosols d'air sec, d'où la facilité avec laquelle ses consommateurs peuvent se le procurer pour des usages récréatifs en raison de son effet euphorisant. Le contenu de la cartouche est vidé dans un ballon de baudruche puis inhalé par l'utilisateur. Ses effets durent tout au plus quelques minutes. La consommation de protoxyde d'azote peut entraîner des maux de tête et des vertiges. Répété à intervalles trop rapprochés et sans reprise suffisante d'oxygène, l'usage par inhalation fait courir un risque d'asphyxie. Un décès a été signalé depuis 2016.

² Décision du Conseil d'État n°35248 (JO 07/06/2013) qui annule l'arrêté du 29 juin 2011 interdisant la vente et la cession au public (JO 07/07/2011).

Niveaux de consommation en population générale très variables

Les niveaux d'expérimentation des poppers sont élevés et en progression : 7,3 % des 18-64 ans en avaient consommé au cours de leur vie en 2014, contre 8,7 % en 2017 (Spilka *et al.*, 2018b). L'usage de poppers au cours de la vie concerne, à 17 ans, près de un adolescent sur dix (8,8 % en 2017, contre 5,4 % en 2014) (Spilka *et al.*, 2018a). Les poppers sont aujourd'hui un des produits psychoactifs le plus expérimentés par les jeunes à 17 ans, après l'alcool, le tabac et le cannabis.

La consommation de protoxyde d'azote ne fait pas l'objet d'une mesure spécifique, ce gaz étant inclus dans la catégorie plus large des produits à inhaler (éther, colles, autres solvants, etc.). En 2017, 2,3 % des 18-64 ans et 3,1 % des jeunes de 17 ans avaient consommé un ou plusieurs produits à inhaler au cours de leur vie. L'expérimentation de GHB-GBL est beaucoup plus rare, puisqu'elle concerne 0,2 % des 18-64 ans en 2017.

Une visibilité accrue des usages récréatifs en contexte sexuel et festif

Les poppers comme le GBL sont utilisés dans certains milieux homosexuels, dès les années 1970 pour les poppers, à partir des années 1990 pour le GHB-GBL (Fournier et Escots, 2010). Ces produits sont consommés pour lever certaines inhibitions et optimiser les performances sexuelles (augmentation de la durée de l'érection, accroissement des sensations, etc.). Initialement cantonnées à ces milieux, les consommations de poppers et de GHB/GBL se sont progressivement étendues à d'autres usagers fréquentant les espaces festifs (Gérome et Chevallier, 2018).

Plusieurs sites TREND font état ces dernières années, d'une visibilité accrue des usages de poppers dans les établissements festifs commerciaux (clubs et boîtes de nuit), traduisant une banalisation du produit, notamment auprès des plus jeunes et des étudiants (Pavic, 2018 ; Tissot, 2018). Moins fréquents, des usages de GBL sont toutefois observés au sein d'espaces festifs commerciaux de plusieurs grandes métropoles françaises (Pfau *et al.*, 2018 ; Tissot, 2018). En 2017 et en 2018, les expérimentations de GBL par des usagers qui ont une faible connaissance du produit (précision des dosages, risques d'association avec d'autres substances, notamment l'alcool) ont provoqué une recrudescence des intoxications, donnant lieu à des comas et parfois des décès. Le CEIP-A d'Île-de-France observe ainsi une augmentation des comas pour lesquels le GHB/GBL est incriminé, qui passent de 9 en 2014 à 30 en 2017 dans cette région (Gérome et Chevallier, 2018).

Des usages de protoxyde d'azote sont observés par le dispositif TREND dès 1999 dans le milieu festif techno alternatif où le produit, aisément disponible, est vendu sous forme de ballon à un prix modique (1 à 2 euros). Alors qu'ils avaient quasiment disparu au milieu des années 2000, les usages de protoxyde d'azote sont à nouveau bien visibles en free parties et, plus sporadiquement, dans d'autres contextes.

Évolutions récentes



La période récente est marquée par une plus grande visibilité des consommations de poppers dans l'espace festif commercial. Les usages de protoxyde d'azote et de GHB-GBL se diffusent quant à eux au-delà de leurs cercles de consommateurs habituels. Initialement circonscrite au milieu gay, la consommation de GHB-GBL se développe au sein de certains établissements festifs commerciaux. De même, la présence du protoxyde d'azote ne se cantonne plus au milieu festif alternatif. Des consommations sont observées dans des contextes variés : en festival généraliste, soirée étudiante ou dans les espaces publics de certaines agglomérations. Comme les poppers, le protoxyde d'azote est aujourd'hui particulièrement consommé par des populations de lycéens et d'étudiants, en partie pour les mêmes raisons : facilité d'accès au produit (statut légal), effets appréciés pour leur vitesse d'apparition (euphorie soudaine) et leur fugacité (quelques minutes).

Héroïne et autres opioïdes

Agnès Cadet-Taïrou, Thomas Néfau, Éric Janssen

Les opiacés constituent une famille de substances dérivées de l'opium, lui-même tiré de la culture du pavot (tableau 1). Leur produit de référence est la morphine, à partir de laquelle est produite l'héroïne (ou diacétylmorphine), qui existe sous deux formes : le sel (chlorhydrate), communément appelé « blanche », et la base, nommée « brune ». Par rapport aux opiacés, le terme opioïdes inclut également des molécules qui ont un effet de type morphinique, mais ne dérivent pas de la morphine et sont produites par synthèse (tableau 1).

Les opioïdes rencontrés en France ont différents statuts, selon leur utilisation : les substances illicites, sont produites clandestinement à partir du pavot, à l'instar de l'héroïne, ou achetées illégalement sur Internet, comme les nouveaux opioïdes de synthèse. Les médicaments opioïdes, quant à eux, sont produits légalement par des laboratoires pharmaceutiques. Leurs deux indications majeures sont le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres antalgiques et les traitements de substitution aux opioïdes (TSO). Ces derniers peuvent faire l'objet d'usage en tant que drogues, de même que le sulfate de morphine (Cadet-Taïrou et Gandilhon, 2014).

Tableau 1. Les différentes catégories de substances opioïdes

Opioïdes pharmaceutiques		Substances illicites
Analgésiques opioïdes faibles ¹	Codéine ² (1/6) ³ Poudre d'opium Tramadol (1/5) ³	Opium* et rachacha*
Analgésiques opioïdes forts ¹	Morphine et sulfate de morphine* Oxycodone* (x 2) ³ Fentanyl* (x 160 minimum) ³	Héroïne* (x 2 à 3) ³ NPS opioïdes* dont dérivés du fentanyl (jusqu'à x 1000) ³
Médicaments de substitution aux opioïdes	Méthadone* (x 10) ³ Buprénorphine haut dosage (BHD) (x 30) ³	

Opioïdes naturels, opioïdes semi-synthétiques, opioïdes synthétiques

* Opioïdes classés comme stupéfiants

1. Selon la classification OMS

2. La codéine est également utilisée comme antitussif.

3. Les mentions (1/a) et (x b) concernent la puissance antalgique par rapport à la morphine. Elles signifient que la substance est environ a fois moins puissante que la morphine ou b fois plus puissante.

Sources : OFDT, EMCDDA et Fédération nationale de lutte contre le cancer

D'autres antalgiques opioïdes (tramadol, poudre d'opium, fentanyl et oxycodone) sont moins détournés par des usagers de drogues, mais sont à l'origine de cas de dépendance ou d'abus survenant chez des malades souffrant de douleurs aiguës ou chroniques. La codéine, également utilisée pour ses propriétés antitussives, a aussi fait l'objet d'usages détournés, en particulier chez les jeunes (Cadet-Tairou et al., 2016 ; Spilka et al., 2018b). Depuis l'arrêt du 12 juillet 2017, une prescription est nécessaire pour se voir délivrer une spécialité contenant cette molécule.

La puissance de leurs effets n'est pas homogène. Les plus dangereux sont classés comme stupéfiants (tableau 1). Les molécules synthétiques les plus récentes (fentanyl et ses dérivés) sont jusqu'à 1000 fois plus puissantes que l'héroïne.

Opioides illicites, faible niveau d'usage en population générale

On estimait, en 2017, que 500 000 personnes avaient expérimenté l'héroïne, soit 1,3 % des adultes de 18 à 64 ans (2,1 % des hommes et 0,5 % des femmes) (Spilka et al., 2018b) et 0,7 % des adolescents de 17 ans (0,7 % des garçons, 0,6 % des filles) (Spilka et al., 2018a). Chez les adultes ce taux d'expérimentation s'est stabilisé depuis 2014, après avoir doublé entre 2000 et 2014. À 17 ans, en revanche, le recul de l'expérimentation observé depuis 2008 (Cadet-Tairou et Dambélé, 2013b) se poursuit entre 2014 (1 %) et 2017. Le nombre estimé de consommateurs d'héroïne au cours d'un mois donné s'établit à 100 000 (IC = 87 000-147 000) en 2017 (Janssen, 2017). L'usage des nouveaux opioïdes de synthèse, comme l'U-47700 ou les dérivés du fentanyl (ocfentanyl, acétylfentanyl, butyrfentanyl, carfentanyl...) reste très marginal sur le territoire français, probablement du fait de l'accessibilité des autres opioïdes. Il concerne le plus souvent des personnes déjà consommatrices d'opioïdes qui préfèrent s'approvisionner sur Internet ou recherchent des produits plus puissants.

Les médicaments opioïdes, une exposition plus large

Le nombre de personnes recevant un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage (BHD) ou méthadone est estimé, en France, à 180 000 personnes (Brisacier, 2019b). Quant à l'usage thérapeutique des analgésiques opioïdes faibles, stable depuis 2012, il a concerné 17,1 % des assurés sociaux¹ en 2017, le tramadol devançant légèrement ceux à base de codéine et d'opium. Les opioïdes forts ont été prescrits à 1,1 % des assurés en 2017, pourcentage qui a doublé entre 2004 et 2017 (Chenaf et al., 2019). Cette croissance, qui s'explique essentiellement par l'élargissement de leur usage pour des douleurs non cancéreuses, est portée par l'oxycodone, très rarement prescrite avant 2008. La plus large utilisation thérapeutique de ces médicaments s'est accompagnée du développement de cas d'addiction et d'abus. Le tramadol, par exemple, est, en 2017, le deuxième produit le plus souvent objet d'ordonnances falsifiées en France (CEIP-A de Toulouse, 2018). Cependant, le niveau de prescription des opioïdes, notamment celui des opioïdes forts, reste, en France, très inférieur à celui qui a provoqué l'épidémie de décès et de dépendance en Amérique du Nord (Dart et al., 2015 ; Roussin et al., 2015 ; van Amsterdam et van den Brink, 2015).

1. Part des assurés sociaux du régime général remboursés pour une prescription d'opioïdes faibles.

Des profils d'usagers qui se sont diversifiés

Les opioïdes, qui souvent s'intègrent à un polyusage de drogues, occupent une place importante dans les consommations des usagers problématiques de drogues : 74 % des usagers interrogés en 2015 dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en avaient consommé au cours du mois précédent l'enquête (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015 ; Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). L'héroïne ne constitue souvent plus la base de leurs consommations opioïdes mais plutôt un produit pris de manière plus irrégulière pour casser la monotonie d'un TSO ou à l'occasion de rentrées d'argent. La place de ce produit dans l'éventail des opioïdes consommés dépend du rapport, variable, entre sa « qualité » et son prix (Gérome *et al.*, 2018 ; Lahaie et Cadet-Taïrou, 2014). En 2015, 31 % des usagers rencontrés dans les CAARUD en avaient consommé au cours du mois passé (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018). Dans cette population d'usagers actifs, souvent socialement très vulnérables, elle reste majoritairement injectée (55 % de ses usagers récents), mais aussi sniffée (45 %) ou fumée² (28 %). Parmi les usagers d'opioïdes illicites ou détournés, la consommation régulière d'héroïne est plutôt le fait des plus insérés socialement, entrés dans l'usage à la suite de l'évolution de son image et de sa pénétration, même modeste, dans l'espace festif alternatif. En effet, l'impact des politiques de réduction des risques et des dommages (RdRD) (baisse du sida et des surdoses et accessibilité des TSO dans les années 1990) a déconnecté le lien systématique entre héroïne et déchéance sanitaire et sociale, d'autant que le snif est devenu, si l'on considère l'ensemble des usagers, le mode d'usage majoritaire (62 % des usagers suivis dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA) (Palle et Rattanatray, 2018). Les usages, au départ récréatifs, peuvent déboucher sur une dépendance.

En 2015, les médicaments opioïdes de substitution, méthadone et BHD, étaient consommés par respectivement 34 % et 35 % des usagers des CAARUD. Prescrits dans 8 cas sur 10, ils sont parfois utilisés hors du strict cadre thérapeutique³ (dans 7 cas sur 10 pour la BHD, 2 sur 10 pour la méthadone) (Cadet-Taïrou *et al.*, 2016 ; Lermenier-Jeannet et Cadet-Taïrou, 2017). Le sulfate de morphine, (Skenan[®], 16,5 % d'usage récents chez les usagers des CAARUD en 2015) est quant à lui souvent consommé en remplacement de l'héroïne. Enfin, 8,5 % des usagers interrogés avaient pris un médicament codéiné et 7,4 % un autre antalgique opioïde, hors d'un cadre médical strict pour la moitié environ. L'usage d'antalgiques opioïdes progresse cependant parmi les poly-usagers de drogues. L'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse, réseau des CEIP-A) montre que leur consommation a été multipliée par 2,7 dans les CSAPA entre 2006 et 2016 (RESPADD, 2018). La tendance a été portée par la morphine jusqu'en 2014 environ, puis par le tramadol et l'oxycodone, à des niveaux de consommations bien inférieurs cependant (Centre d'addictovigilance PACA-Corse, 2018).

Au cours de ces dernières années, une nouvelle figure de la dépendance aux opioïdes s'est faite plus visible : des personnes non usagères de drogues illicites, aux profils multiples, devenues dépendantes à la suite d'un traitement analgésique, particulièrement pour des pathologies non cancéreuses (Cadet-Taïrou *et al.*, 2016 ; Chenaf *et al.*, 2019 ; RESPADD, 2018).

2. Ou plus exactement absorbée par inhalation de vapeurs après chauffage du produit (chasse au dragon).

3. Défini par un effet recherché non lié au soin, un mode d'approvisionnement illicite et un mode d'usage différent de la norme thérapeutique.

Un rôle toujours central dans les surdoses et les dépendances

Outre les pathologies liées aux modes d'usage (infections, thromboses, voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49), les principaux risques sanitaires liés aux opioïdes sont, d'une part, la dépendance physique, qui se traduit par une tolérance et un syndrome de sevrage à l'arrêt (état de manque pendant quelques jours) et psychique (craving), qui peut durer des années, et, d'autre part, les surdoses (intoxications).

Le nombre d'usagers problématiques d'opiacés entre 15 et 64 ans était estimé, en 2015, aux alentours de 230 000 (200 000-270 000), dont 78 % seraient en traitement de substitution (Brisacier, 2019b ; Janssen, 2017 ; OFDT, 2018a). En 2016, un opioïde constitue le produit posant le plus de problèmes pour environ 45 000 personnes prises en charge pour abus ou dépendance dans les CSAPA, représentant un tiers des demandes de traitement pour des produits autres que l'alcool et le tabac. Elles étaient 51 500 en 2010 (Palle et Rattanraty, 2018).

Quant aux problèmes aigus, près du quart (23 %) des passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues reportés par les données OSCOUR (Santé publique France) en 2015, impliquaient les opioïdes, seulement « dépassés » depuis 2012 par le cannabis. S'y ajoute probablement une part des cas où les substances sont multiples ou non précisées (36 %) (Brisacier, 2019a).

Les opioïdes ont une bien plus forte responsabilité (seuls ou en association) dans les décès par surdose, avec une présence stable dans environ 8 surdoses sur 10, soit 83 % sur 406 surdoses documentées⁴ en 2016 par le dispositif DRAMES (CEIP-A Grenoble, 2018b). La méthadone est depuis plusieurs années le premier produit en cause (36 % des cas en 2016), devant l'héroïne (26 %). Les autres cas de surdoses se répartissent entre la BHD (10 %), la morphine (6 %) et les analgésiques opioïdes synthétiques (6 %) (CEIP-A Grenoble, 2018a).

Depuis 2015, les nouveaux opioïdes de synthèse sont plus visibles dans les signalements sanitaires. Entre 2012 et 2017, le réseau français d'addictovigilance a enregistré 8 intoxications, dont 2 décès, liés à la consommation volontaire d'analogues non médicamenteux du fentanyl (Authier *et al.*, 2017 ; Martinez *et al.*, 2018). Des cas repérés d'utilisation comme produits de coupe de l'héroïne font également craindre des risques élevés de surdose. Ils sont la cause d'un nombre élevé d'intoxications, fatales ou non, en Amérique du Nord en particulier (Dart *et al.*, 2015 ; van Amsterdam et van den Brink, 2015).

Une offre croissante

L'héroïne qui circule sur le marché français est très majoritairement de l'héroïne brune produite en Afghanistan (Gérome *et al.*, 2018). Sa disponibilité et son accessibilité sur le territoire français connaissent des disparités régionales liées au degré de proximité avec les points d'entrée en Europe : Pays-Bas, Belgique. Cependant, depuis le milieu de la décennie 2010, de nouveaux réseaux dits, « albanais », ont ouvert une voie à travers la Suisse vers la région lyonnaise et tendent à progresser au-delà. Les saisies françaises d'héroïne,

4. Chiffre non exhaustif au plan national, mais le plus exhaustif disponible.

qui peuvent varier de manière marquée d'une année sur l'autre, s'élevaient en moyenne à 886 kilos annuels au cours de la période 2014-2017 et semblent, après la phase de pénurie observée en 2012-2013, s'être stabilisées à leur niveau élevé précédent (2005-2011). Le prix au gramme, qui avait alors atteint 47 euros en 2013, est redescendu à 40 euros en 2016 et 2017⁵. Parallèlement, depuis un minimum observé en 2012, au plus fort de la pénurie (7 %), la pureté moyenne des saisies d'héroïne a progressé régulièrement jusqu'à 17 % (14 % sur le marché de rue), taux qui n'avait pas été observé depuis l'année 2000 (OFDT, 2013).

Les médicaments opioïdes, quel que soit leur usage, sont majoritairement reçus par prescription. Il existe cependant un marché noir bien installé de la BHD (4 euros le comprimé de 8 mg en moyenne en 2017). Celui de la méthadone reste plus étroit, relevant encore beaucoup de pratiques de dépannage (5 euros le flacon de 60 mg), du don ou de l'échange. Concernant le sulfate de morphine, les prix sont très hétérogènes géographiquement (7,50 euros la gélule de 200 mg, là où le produit circule). Un marché du tramadol émerge localement, alors que les opioïdes forts ne semblent pas concernés. Un ensemble d'actions ont déjà été menées pour un meilleur accompagnement des prescriptions (RESPADD, 2018).

Les nouveaux opioïdes de synthèse sont achetés sur Internet, sur le web de surface comme les autres nouveaux produits de synthèse (NPS), mais aussi sur le darknet, contrairement aux autres familles de NPS. Ils s'en démarquent aussi par des prix de vente qui peuvent être très élevés, selon leur puissance et la disponibilité des molécules, jusqu'à plusieurs centaines d'euros pour un gramme.

5. Soit moins de la moitié de celui qui prévalait dans les années 1990 : 85 euros, en euros constants, le gramme, en 1999 (Gérome et al., 2018).

Évolutions récentes

L'héroïne reste un produit dont l'usage est marginal en population générale, sans évolution majeure au cours des cinq dernières années. L'apparition de filières albanaises en France, déjà connues en Suisse depuis 2014-2015, couplée à un rapport pureté-prix en croissance depuis 2013, pourrait modifier les consommations des polyusagers consommateurs d'opioïdes. Si les détournements de médicaments de substitution se poursuivent, certains usagers se tournent de plus en plus vers les antalgiques opioïdes.

Par ailleurs, les cinq dernières années ont été marquées par la visibilité croissante des situations de dépendance et d'abus et de leurs conséquences (demande de traitements et intoxications parfois mortelles), faisant suite à une utilisation thérapeutique d'antalgiques opioïdes.

Référence législative

Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses. *JORF* n° 165 du 16 juillet 2017, texte n° 5. (NOR SSAP1720470A)

Jeux d'argent et de hasard

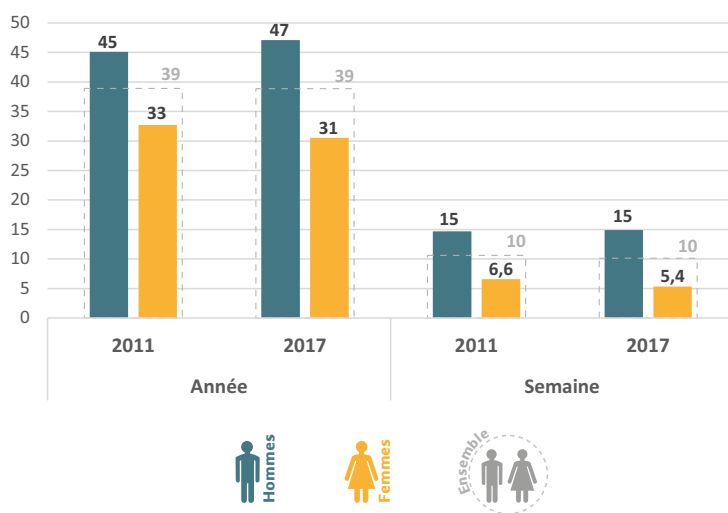
Alex Brissot, Stanislas Spilka

Dans le cadre de réflexions sur les addictions dites « sans substance » et des dommages socio-sanitaires potentiellement importants, les jeux d'argent et de hasard (JAH) font, depuis une dizaine d'années, l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics. Deux enquêtes en population générale chez les jeunes et chez les adultes ont intégré un module questionnant ces pratiques, en s'intéressant également aux jeux sur Internet.

Les jeux privilégiés à la fin de l'adolescence

En 2017, 39 % des 17 ans ont répondu avoir joué à un jeu d'argent et de hasard au moins une fois dans l'année, alors que un sur dix y a joué au moins une fois par semaine (figure 1). Parmi les joueurs dans l'année, la part des garçons a augmenté, passant de 45 % à 47 % entre 2011 et 2017, tandis que celle des joueuses a baissé de 33 % à 31 % au cours de la même période (Brissot et al., 2018).

Figure 1. Part des jeunes de 17 ans ayant joué à un jeu d'argent et de hasard dans l'année/ dans la semaine précédant l'enquête en 2011 et 2017 (en %)



Source : ESCAPAD 2017, OFDT

Les jeux de tirage, de grattage ou jeux instantanés constituent la première catégorie de jeux pratiqués dans l'année à l'adolescence (31 %). Viennent ensuite les pronostics et les paris sportifs, avec 17 % des adolescents, puis les « jeux de casino » déclarés par 3,6 % de joueurs. Quel que soit le type de jeu, les garçons sont plus souvent joueurs. La part des jeunes jouant sur Internet reste minoritaire, passant de 14 % en 2011 à 17 % en 2017. En 2017, 1,6 % des jeunes de 17 ans ayant joué au moins une fois dans l'année présentent un risque élevé de jeu problématique, selon l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE), questionnaire de repérage de problèmes liés aux jeux d'argent et de hasard, avec là encore une très nette surreprésentation masculine (tableau 1). Rapportée à l'ensemble de la population adolescente de 17 ans, la prévalence des comportements de jeux à risque excessif est de 0,6 %.

Tableau 1. Score à l'ICJE parmi l'ensemble de la population de 17 ans en 2017 (en %)

Joueurs dans l'année	Ensemble	Garçons	Filles
Sans risque	71,2	59,8	88,7
Faible risque	19,8	26,7	9,2
Risque modéré	7,4	11,0	1,9
Risque excessif	1,6	2,5	0,2

ICJE : Indice canadien du jeu excessif. Source : ESCAPAD 2017, OFDT

Les jeux d'argent et de hasard pratiqués par les adultes

D'après les données du Baromètre santé 2014, 74 % des 15-75 ans ont joué au cours de leur vie et plus de la moitié (56 %) durant l'année écoulée (Costes *et al.*, 2015). Les jeux de loterie (tirage ou grattage) sont le plus souvent déclarés, devant les paris hippiques ou sportifs, les jeux de casino et le poker. Les supports de jeu traditionnels (points de vente de la FDJ ou du PMU, casinos) demeurent largement dominants. Le jeu en ligne concerne 7,3 % de l'ensemble des joueurs, soit environ 2 millions de personnes (tableau 2).

Tableau 2. Jeux pratiqués par les 15-75 ans en 2014 au cours de l'année écoulée (en %)

	Prévalence année	Jouent sur Internet
Tirage	40	5,4
Grattage	33	1,7
Paris hippiques	6,3	9,5
Paris sportifs	4,1	24
Poker	2,7	39
Machines à sous	5,4	1,6
Autres jeux de casinos	2,0	2,2
Autres jeux de cartes	1,0	6,4

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ODJ

Le jeu est plus souvent déclaré par des hommes, de 25 à 54 ans, professionnellement actifs, chez les ouvriers et employés davantage que chez les cadres ou les individus de professions intellectuelles supérieures. Les joueurs ont un niveau de diplôme un peu moins élevé que celui des non-joueurs. Parmi les personnes ayant déclaré avoir joué à un jeu d'argent et de hasard au cours de l'année écoulée, 3,9 % peuvent être classés comme joueurs à risque modéré et 0,9 % comme des joueurs excessifs (tableau 3). Rapportée à l'ensemble de la population, la prévalence de joueurs à risque modéré atteint 2,2 % et celle de joueurs excessifs 0,5 %, ce qui représente, en effectifs, 1 million de Français d'une part et 200 000 d'autre part. Selon les résultats de l'enquête e-Games France 2017, être un homme, jeune, diplômé, être actif, chômeur ou étudiant, avoir de faibles revenus sont des caractéristiques socio-démographiques liées à une plus forte proportion de jeu problématique (Costes et Eroukmanoff, 2018).

Tableau 3. Score à l'ICJE parmi les 15-75 ans en 2014 et parmi les joueurs (en %)

	Population générale	Joueurs dans l'année
Non joueur	43,8	--
Sans risque	47,8	85,2
Faible risque	5,7	10,1
Risque modéré	2,2	3,9
Risque excessif	0,5	0,9

ICJE : Indice canadien du jeu excessif. Source : Baromètre santé 2014, exploitation ODJ

Évolutions récentes

Les prévalences constatées au cours des dernières années illustrent l'enracinement des JAH au sein de la population française, tant adolescente qu'adulte. On peut dès lors s'interroger sur le devenir de ces mêmes prévalences alors que se profile la privatisation de l'opérateur historique français, la Française des jeux (FDJ).

Chez les adolescents, la pratique des JAH reste stable depuis 2011, mais est de plus en plus masculine. Les types de jeu pratiqués ont évolué : les jeux de tirage ou de grattage restent le plus fréquemment pratiqués mais apparaissent en recul, tandis que davantage de jeunes disent faire des pronostics ou des paris sportifs. En population adolescente comme adulte, la proportion de joueurs excessifs est similaire.

LSD, champignons, autres hallucinogènes et hallucinogènes de synthèse

Magali Martinez, Éric Janssen

Les substances hallucinogènes provoquent des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et, pour certains, de la perception de soi-même. Elles sont présentes dans certains végétaux (hallucinogènes naturels) ou produites chimiquement (hallucinogènes synthétiques). Par rapport aux autres groupes de substances, celui des hallucinogènes rassemble le plus grand nombre de produits, et plus encore, depuis l'émergence des nouveaux produits de synthèse (NPS ; voir chapitre « Nouveaux produits de synthèse » p. 151). Par ailleurs, l'utilisation d'Internet comme mode d'approvisionnement a en partie modifié leur diffusion (voir chapitre « Internet et le commerce de substances psychoactives illicites », p. 71). Les champignons hallucinogènes, dont certaines variétés poussent en France, sont les hallucinogènes naturels les plus consommés, tandis que les plantes comme la *Salvia divinorum* ou la *Datura stramonium*, ainsi que les substances à la base de breuvages, comme la diméthyltryptamine (DMT) pour l'ayahuasca, ou encore l'iboga, connaissent une diffusion nettement plus modeste.

Les principaux hallucinogènes synthétiques, bien moins consommés que les champignons, sont : le LSD, ou diéthyllysergamide, parfois appelé « trip » ou « acide » (Milhet *et al.*, 2017), la kétamine, substance utilisée comme anesthésique en médecine vétérinaire et humaine (Gandilhon *et al.*, 2014), ou, parmi les NPS appartenant au groupe des hallucinogènes, le 2C-B, le DOC ou les 25x-NBOMe (Martinez *et al.*, 2017).

Toutes les substances citées sont inscrites en France sur la liste des stupéfiants, sauf la *Salvia divinorum*, classée comme substance vénéneuse, et le DOC.

Des substances surtout essayées par les jeunes adultes

Les champignons et le LSD sont les seuls hallucinogènes dont la consommation est suffisamment répandue en population générale pour être quantifiée (tableau 1). Malgré les quelques variations constatées, les usages au cours de l'année pour ces deux substances restent entre 2014 et 2017 aux alentours de 0,3 % parmi les 18-64 ans. Par ailleurs, même si l'usage des champignons hallucinogènes est faible en population générale adulte, ce sont les produits illicites les plus expérimentés après le cannabis par les moins de 30 ans.

Les expérimentations de LSD au cours de la vie chez les adultes (18-64 ans) et chez les jeunes de 17 ans entre 2014 et 2017 restent stables. Au cours de la même période, l'expérimentation des champignons chez les jeunes de 17 ans a régressé, atteignant son niveau le plus bas depuis 2001 (3,1 %). En revanche, elle augmente chez les adultes, notamment du fait d'une hausse chez les 18-25 ans et 26-34 ans. Pour les hallucinogènes synthétiques, cette hausse pourrait être liée à leur plus grande disponibilité, ainsi qu'à l'amélioration de leur image.

Tableau 1. Expérimentation de LSD et de champignons hallucinogènes, adultes et jeunes, au cours de la vie (en %)

	LSD		Champignons hallucinogènes	
	2014	2017	2014	2017
18-64 ans	2,6	2,7	4,8	5,3
Hommes		4,0		8,0
Femmes		1,4		2,7
17 ans	1,6	1,6	3,8	2,8
Hommes		1,9		3,6
Femmes		1,5		1,9

Sources : Baromètres santé 2014, 2017, ESCAPAD 2014, 2017, OFDT

Lente diffusion hors des cercles d'initiés, nouvelles pratiques

L'usage des hallucinogènes concerne traditionnellement des publics précis, observés dans des espaces spécifiques. Ainsi, ils exercent un attrait important sur les consommateurs de l'espace festif alternatif, où une surprévalence d'expérimentations de ces substances par rapport à la population générale a été constatée (Reynaud-Maurupt, 2006 ; Reynaud-Maurupt *et al.*, 2007). De récentes études locales sur des analyses biologiques confirment la poursuite de ces pratiques (Daveluy *et al.*, 2018 ; Dumestre-Toulet *et al.*, 2018). Alors que au début des années 2000, les produits phares comme la kétamine, le LSD, le 2C-B ou la DMT étaient réservés à des cercles d'initiés (Costes, 2000 ; Hautefeuille et Velea, 2002 ; Jansen, 2000), ils se diffusent lentement et sporadiquement, dans des espaces festifs de plus en plus divers (Gandilhon *et al.*, 2014 ; Martinez *et al.*, 2017 ; Milhet et Néfau, 2017).

Ce mouvement contribue aux changements observés des représentations et des pratiques de consommation. Déjà en 2013, les hallucinogènes sont perçus comme ne générant pas de dépendance, lors d'usages très ponctuels. Cette image positive est entretenue par la médiatisation de leur usage¹ et les travaux scientifiques récents sur leur potentiel thérapeutique (Coppola et Mondola, 2012 ; Grady *et al.*, 2017 ; Joignot, 2018). De plus en plus perçus comme ludiques, ces produits sont moins utilisés pour répondre à une démarche individuelle et davantage avec un but festif (Gérome *et al.*, 2018 ; Milhet et Néfau, 2017). Cette évolution est particulièrement perceptible avec la kétamine. Dans les années 1990-2000, les consommateurs considéraient le produit comme puissant, avec des effets difficilement contrôlables (Costes, 2000). Aujourd'hui, les consommateurs maîtrisent mieux les doses pour parvenir à une euphorie et une légère stimulation, sans entraîner de bouleversement marqué des sens (Cadet-Taïrou et Dambélé, 2013a ; Gérome *et al.*, 2018).

Cette évolution des pratiques a des répercussions sur la variété des profils d'usagers, qui incluent désormais davantage de personnes insérées (Gérome *et al.*, 2018 ; Milhet et Néfau, 2017). Ces dernières sont sans doute à l'origine de l'introduction des substances hallucinogènes dans des espaces urbains et auprès de consommateurs d'autres milieux.

1. <https://www.konbini.com/fr/tendances-2/micro-doses-lsd-alternative-cafe/>

Un marché mieux approvisionné

Seules les données des saisies, les cas d'agressions² et les observations ethnographiques permettent d'apprécier le trafic de ces substances.

Entre 2014 et 2016, les chiffres des saisies de LSD sont relativement bas (5 400 doses en moyenne par an), bien que les consommateurs évoquent une hausse de sa disponibilité en 2017. La kétamine et la DMT présentent une accessibilité sans précédent et font partie des nouvelles substances psychoactives le plus souvent saisies depuis 2015 (OFDT, 2016, 2017a, 2018a). La présence des NPS imitant respectivement le LSD (Martinez et al., 2017), la kétamine (Lahaie et Martinez, 2011) ou le DMT (5-MEO-DMT) est aussi régulièrement signalée, sans que ceci puisse être démontré systématiquement par des analyses chimiques.

Cette poussée de l'offre est possiblement due à Internet, et en particulier au darknet (voir chapitre « Internet et le commerce de substances psychoactives illicites », p. 71). Cette disponibilité accrue est une conséquence de l'évolution des modalités d'accès, notamment dans l'espace urbain (Gérome et al., 2018).

Des conséquences sanitaires encore mal explorées

Les principales conséquences sanitaires de la consommation des substances hallucinogènes sont souvent connues pour être le *bad trip*, le risque de décompensation psychiatrique ou des accidents générés indirectement (Cadet-Taïrou et Dambélé, 2013a). On peut noter ces dernières années un nombre plus élevé de cas sanitaires rapportés (intoxications ou décès), qui reste relativement faible par rapport à d'autres substances. Il concerne des NPS hallucinogènes (Eiden et al., 2018 ; Martinez et al., 2017), dont la toxicité reste encore mal cernée, mais aussi la kétamine. En 2016, le dispositif DRAMES a enregistré un nombre plus élevé de décès³, possiblement en lien avec un usage en contexte sexuel (Milhet et Néfau, 2017). Un point marquant durant ces dernières années est la prise en considération plus importante du risque urologique, néphrologique ou hépatique causé par une prise régulière ou des doses élevées de kétamine (Micallef et al., 2018).

2. Des cas d'agression ont été rapportés : une soumission chimique par usage de scopolamine (pratique existant notamment en Amérique du Sud) et un recours au breuvage de l'ayahuasca. Un décès enregistré est en lien avec l'obtention sur Internet d'une poudre faussement présentée comme de l'iboga, mais contenant du rauwolfia sp., un produit souvent substitué à l'iboga. Voir pour chacun de ces produits : Alcaraz et al., 2018 ; Gicquel et al., 2015 ; Hoizey et al., 2017.

3. Huit décès dont 4 pour la kétamine et 3 pour le LSD sont enregistrés en 2016, vs 3 en 2015, 0 en 2014 et 3 en 2013.

Évolutions récentes

Les usages de substances hallucinogènes demeurent globalement très faibles. Les hausses constatées sont liées à des tranches d'âge précises, à la plus grande disponibilité de ces produits, ainsi qu'à l'amélioration de leur image. Au final, les substances hallucinogènes semblent très progressivement faire l'objet de plus d'expérimentations, chez des publics plus variés, mais fréquentant en priorité les espaces festifs. L'élément marquant de ces dernières années concerne les pratiques de consommations, qui se sont affinées, témoignant d'une appropriation plus importante de ces produits par les consommateurs.



Médicaments psychotropes non opioïdes

Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale : l'ensemble anxiolytiques-hypnotiques, appelés communément tranquillisants et somnifères (benzodiazépines et médicaments apparentés pour la plupart), les antidépresseurs, les antipsychotiques (neuroleptiques), les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) et les psychostimulants comme le méthylphénidate (Ritaline®). La prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques addictives, mais thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une automédication (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme). Toutefois, du fait des modifications de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risque. Si certaines classes de médicaments psychotropes apparaissent peu détournées ou mésusées (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium), d'autres le sont fréquemment notamment, par les usagers de drogues illicites (anxiolytiques-hypnotiques).

Des usages répandus en population générale

Un niveau global de consommation en baisse

Les psychotropes non opioïdes les plus consommés en France sont les anxiolytiques avec, en 2017, 1,4 boîte remboursée par habitant de 20 ans et plus, contre 0,7 boîte d'hypnotiques et 1,2 boîte d'antidépresseurs. Les consommations, plus exactement les remboursements, d'anxiolytiques ont diminué de 6 % sur la période 2012-2017. La baisse est plus importante pour ceux d'hypnotiques (moins 28 %), tandis que ceux d'antidépresseurs sont restés stables (Caisse nationale de l'Assurance-maladie, 2018). Les Français occupaient, en 2015, la deuxième place parmi huit pays européens¹ pour la consommation des benzodiazépines, soit 20 % de moins que leurs homologues en Espagne, mais 5 fois plus qu'en Allemagne, pays le moins consommateur (ANSM, 2017b). Les remboursements de méthylphénidate (Ritaline® ou autres) ont fluctué de 2012 (508 606 boîtes) à 2017 (813 500 boîtes), avec un maximum en 2014 (936 939 boîtes) (Caisse nationale de l'Assurance-maladie, 2018).

Une consommation plutôt féminine qui augmente avec l'âge...

En 2017, 21 % des 15 ans et plus ont été remboursés d'au moins un médicament psychotrope au cours de l'année (pour 15 % un anxiolytique, 6 % un hypnotique, 9 % un antidépresseur, 0,5 % un régulateur de l'humeur et 2 % un neuroleptique). Les remboursements sont nettement plus fréquents chez les femmes (26 % contre 16 % chez les hommes) et augmentent fortement avec l'âge, l'écart entre les sexes s'amplifiant avec le vieillissement. Chez les

¹ Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Suède.

femmes, ils progressent de 9 % chez les 15-24 ans, à 49 % chez les 85 ans et plus. Chez les hommes, ils s'élèvent à 5 % chez les 15-25 ans, pour atteindre 33 % chez les 85 ans et plus (figure 1).

... mais une banalisation chez les jeunes

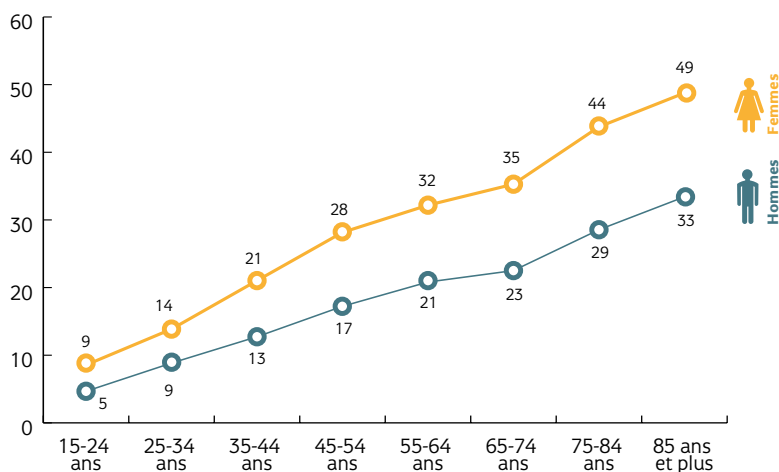
En 2017, plus d'un jeune de 17 ans sur cinq déclarait avoir utilisé un médicament psychotrope au cours de la vie (22 %, contre 25 % en 2014), les filles bien plus souvent que les garçons (30 % contre 14 %). Tranquillisants (13 % vs 16 % en 2014) et somnifères (10 % vs 13 %) sont parmi les plus communément cités. Les prévalences déclarées des antidépresseurs (5,2 %) et des stimulants (1,6 %) sont quant à elles demeurées stables (données ESCAPAD 2017 non publiées).

Des médicaments à risque de mésusage

En population générale

Un écart par rapport aux recommandations, particulièrement fréquent en France, concerne la durée des traitements. Pour 15 % des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines, le premier épisode de traitement est déjà plus long que les prescriptions recommandées (au maximum 12 semaines pour les anxiolytiques, 4 semaines pour les hypnotiques) (ANSM, 2017b). À l'inverse, alors que la durée recommandée des traitements antidépresseurs est d'au moins six mois, la plupart des patients (83 %) l'interrompent avant (Fagot et al., 2016).

Figure 1. Prévalence des remboursements des médicaments psychotropes en 2017 selon l'âge et le sexe (en %)



Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié, CNAM, exploitation OFDT

Le potentiel addictif et les effets des benzodiazépines favorisent la survenue de dépendances, d'usages abusifs ou en automédication en population générale (ANSM, 2017b). Les benzodiazépines ou encore le méthylphénidate sont également utilisées par certains jeunes pour des motivations et dans des cadres divers : expérimentation, fête, automédication ou dopage en vue de la réussite scolaire (données TREND non publiées) (Milhet et Langlois, 2016).

Et chez les usagers de drogues

Les principaux médicaments psychotropes non opioïdes consommés par les usagers de drogues illicites sont les benzodiazépines (BZD). En 2015, 36 % des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), usagers qui sont souvent précarisés, déclarent en avoir pris au cours du dernier mois (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). Les deux tiers d'entre eux semblent se conformer au cadre thérapeutique² (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018), même si la limite entre soins et « défonce »³ apparaît souvent floue. Les BZD restent très majoritairement consommées par voie orale (96 %) (Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). Le mésusage de ces médicaments est proportionnellement plus important chez les plus jeunes, les hommes, les plus précaires et les usagers fortement polyconsommateurs (Cadet-Taïrou, 2015). En 2015, selon l'enquête OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) de l'ANSM, majoritairement menée parmi les usagers des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les molécules les plus fréquemment consommées en décalage avec la norme thérapeutique⁴ étaient l'oxazépam (Séresta®), le clonazépam⁵ (Rivotril®), l'alprazolam (Xanax® et génériques) et le bromazépam (Lexomil® et génériques) (CEIP et ANSM, 2017). Cependant, le clonazépam est devenu très peu accessible pour le détournement à la suite de l'augmentation des contraintes encadrant sa prescription en 2012 (baisse de 84 % des personnes traitées entre 2012 et 2015) (ANSM, 2017b).

Les mésusages de méthylphénidate (Ritaline®) sont concentrés régionale-ment dans le sud de la France (données TREND non publiées) (ANSM, 2017c ; Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017) et ceux de trihexyphénidyle (Artane®) sur l'île de La Réunion, et concernent, au plan national, une faible part des usagers des CAARUD (respectivement 4 % et 2 %) (Cadet-Taïrou *et al.*, 2015b ; Lermenier-Jeannet *et al.*, 2017). Ils sont, dans cette population, quasi systématiquement consommés hors du cadre thérapeutique. On note l'émergence de pratiques d'usage détourné, initialement importées par des usagers migrants, d'une part de prégabaline⁶ (Lyrica®) consommée dans le cadre d'un polyusage, repérées depuis 2014 (ANSM, 2015) et plus particulièrement visibles en région PACA en 2018 (Dupont, 2018) et, plus rarement, de tropicamide (Mydriaticum®) (Ponté *et al.*, 2017).

2. Obtention par prescription, consommation per os, prise pour se soigner.

3. Tel qu'exprimé par les usagers.

4. Mesurés par l'ANSM/CEIP-A chez les personnes suivies pour usage problématique via les indicateurs suivants : dose supérieure à 2 fois celle recommandée, souffrance à l'arrêt, abus ou dépendance, obtention illégale, prise concomitante d'alcool.

5. Particulièrement recherché par les usagers de drogues très précarisés.

6. Prescrit notamment dans le cas de douleurs neuropathiques ou comme anticonvulsivant.

Des produits majoritairement obtenus par prescription

Comme l'ensemble de la population, les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social acquièrent principalement des BZD par prescription : dans 8 cas sur 10 chez les usagers interrogés dans les CAARUD en 2015. En revanche, c'est le cas de 2 usagers sur 10 seulement pour le méthylphénidate et le trihexyphénidyle (Cadet-Taïrou *et al.*, 2018), les autres ont recours au marché parallèle. Bien visible dans certaines zones urbaines, il s'agit rarement de trafic organisé. L'achat de médicaments sur Internet semble peu pratiqué par les usagers de drogues. En outre, l'étude OSIAP 2017 (Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possibles de l'ANSM/CEIP-A) indique que les quinze premières molécules concernées par l'utilisation d'ordonnances falsifiées ont toutes un effet psychotrope (opioïdes inclus) et sept d'entre elles sont des BZD ou apparentées. La présence du tropicamide (7^e) et de la prégabaline (15^e) dans cette liste suggère des utilisations non conformes bien au-delà des populations de polyusagers de drogues (CEIP-A de Toulouse, 2018).

Un impact sanitaire peu documenté

L'usage thérapeutique des benzodiazépines donne lieu à des altérations de la vigilance et de l'état de conscience avec, en particulier, des risques lors de la conduite de véhicule (risque d'accident entre 60 % et 80 % plus élevé et multiplié par 8 en cas d'association avec l'alcool) et des risques de chutes chez les personnes âgées (ANSM, 2017b). Concernant les conduites addictives, la part des médicaments psychotropes dans les demandes de traitement en CSAPA paraît marginale et stable entre 2010 et 2017 (1,7 % des demandes en 2017 dans les CSAPA, hors prise en charge de l'alcool et du cannabis). Cependant, le nombre de ces demandes a progressé de 35 % entre 2015 et 2017 (Palle et Rattanatray, 2018).

Évolutions récentes

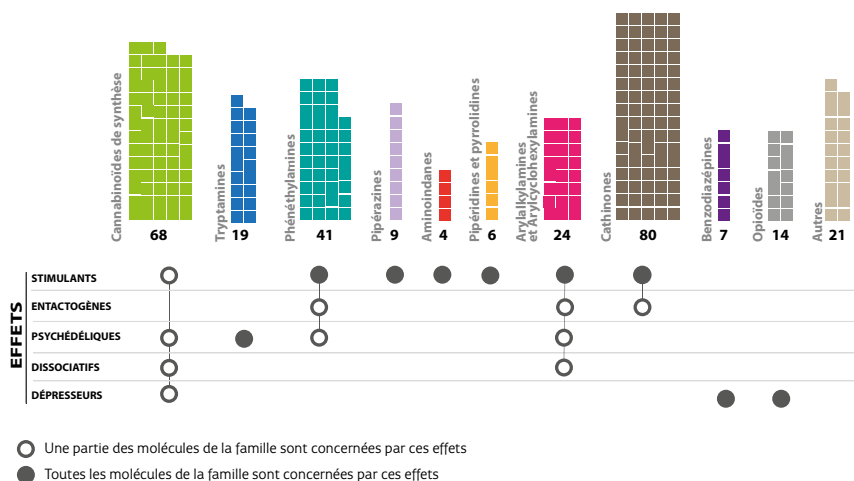
La prescription des médicaments psychotropes non opioïdes les plus utilisés en France, anxiolytiques et hypnotiques, continue de reculer progressivement sans modification sensible de leur répartition dans la population. L'augmentation des demandes de traitement en CSAPA entre 2015 et 2017 pourrait être le signe d'une accessibilité moindre de ces substances. Chez les usagers de produits illicites, pour qui la limite entre usage thérapeutique ou à visée de « défonce » est souvent floue, les molécules les plus détournées varient, sans changement notable de l'usage. Le mésusage de certains médicaments (Lyrica® et Mydraticum®) gagne en visibilité tout en restant marginal.

Nouveaux produits de synthèse

Magali Martinez

Le phénomène des nouveaux produits de synthèse (NPS) a pris son essor en 2008, après l'apparition de produits comme la BZP, le « Spice » (Launet, 2009) ou la méphédronne (4-MMC) (Roussel *et al.*, 2009), qui n'étaient pas interdits lors de leur mise sur le marché. Ces substances tentent de reproduire les effets des drogues illicites les plus connues. La majorité des NPS consommés en France sont classés sur la liste des stupéfiants (voir chapitre « Cadre légal relatif aux addictions : les axes majeurs », p. 82). En France, depuis dix ans, 274 NPS ont été identifiés, mais seule une dizaine d'entre eux ont une visibilité avérée. Classés en 11 familles chimiques, ils peuvent être rassemblés en 5 groupes d'effet principal, selon le produit qu'ils tentent d'imiter (cannabis, cocaïne et MDMA, héroïne, amphétamine, LSD et kétamine - figure 1). Les cannabinoïdes de synthèse (CS, 68 molécules) et les cathinones (80) correspondent respectivement au cannabis, à la MDMA et à la cocaïne. On trouve ensuite le groupe des hallucinogènes (84), puis des opiacés et des dépresseurs (21), et enfin celui d'autres stimulants proches de l'amphétamine (4). Les autres familles de NPS (17) se répartissent à la marge de ces groupes, en fonction de chaque molécule considérée.

Figure 1. Répartition des NPS identifiés en France selon leurs familles chimiques et leurs groupes d'effets



Données issues du SCL des douanes, INPS de Lyon, SINTES, compilées et mises en forme par l'OFDT

Usages confidentiels hormis au sein de groupes spécifiques

Les usagers concernés par l'expérimentation de NPS sont essentiellement décrits à travers des éléments qualitatifs, car les prévalences sont délicates à mesurer (encadré ci-dessous). Les CS sont la seule famille de NPS pour laquelle il existe des informations chiffrées, tant en population générale que parmi les jeunes (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117).

Une étude exploratoire menée en ligne auprès de consommateurs de NPS souligne qu'il s'agit d'un public déjà usager de produits psychoactifs, plutôt inséré, disposant d'un logement, vivant en ville et diplômé de l'enseignement supérieur (Cadet-Taïrou, 2016b). Dans le groupe des patients du dispositif de soins en addictologie, plus fréquemment précarisés, on observe au contraire une consommation de NPS très faible (ANSM, 2016b ; Cadet-Taïrou et al., 2015b). Les e-psychonautes, expression qui consacre l'intrication entre l'adhésion au psychédéisme¹ et l'usage d'Internet, représentent l'archétype des consommateurs de NPS (Martinez, 2016). Ces usagers sont peu visibles dans les données sanitaires, à la différence des usagers de drogues en contexte sexuel (voir chapitre « Stimulants de synthèse : MDMA/ecstasy, amphétamines et cathinones », p. 155). Les consommateurs de l'espace festif alternatif pourraient constituer le groupe qui expérimente le plus souvent les NPS, du fait de sa taille, de sa plus grande exposition à des consommations involontaires et de son faible recours aux services de santé.

1. Le psychédéisme est un courant contre-culturel des années 1960 dans la musique et dans les arts graphiques. L'usage de produits psychoactifs était considéré comme un moyen de découverte et d'apprentissage de soi-même. Le terme psychonautisme est en comparaison plus large, en incluant tout moyen permettant de modifier les sens (plantes, technique corporelle). Ce dernier terme, théorisé au milieu du XX^e siècle, peut davantage avoir une finalité thérapeutique ou spirituelle.

Les difficultés pour estimer la prévalence de NPS

Établir un taux de consommation des NPS est complexe, en premier lieu du fait de l'importante variété des produits existants, de leurs noms mais aussi de leurs formes. La difficulté majeure provient de l'absence de terme standardisé qui ferait sens pour tous. Ainsi, sur un pourcentage de personnes ayant répondu avoir déjà expérimenté un NPS au cours de la vie, une grande part d'entre elles peuvent ne pas être en mesure de nommer correctement le produit en question. Certaines peuvent aussi avoir répondu favorablement, en se méprenant sur le sens de la question ou sur la nature du produit consommé (par exemple, en citant un médicament).

Enfin, une part de ces usagers peut être moins visible dans les dispositifs d'observation, compte tenu de leur insertion et du fait qu'ils n'appartiennent pas aux groupes traditionnellement observés par les enquêtes dans le champ des drogues.

Enfin parmi les consommateurs, on note la présence d'usagers chroniques de cannabis, sans distinction d'âge (voir chapitre « Cannabis et cannabinoïdes de synthèse », p. 117), et celle d'anciens usagers de drogues dont les consommations peuvent être réactivées du fait de l'attrait de la nouveauté que les NPS représentent. L'usage de la e-cigarette pour des CS semble être particulièrement prégnant dans ces groupes.

Peu d'éléments de comparaisons au plan européen

En 2015, l'enquête européenne European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) plaçait la France dans la moyenne européenne s'agissant des niveaux d'usage, en estimant que 5 % des lycéens de 16 ans auraient déjà expérimenté un NPS (Spilka et al., 2016). C'est la seule étude permettant une comparaison entre les pays de l'Union européenne. Sur la base de l'ensemble des données existantes, il est cependant possible d'indiquer que les pays dans lesquels il a existé ou il existe toujours des magasins vendant physiquement des NPS (Irlande, Pologne), ainsi que ceux dans lesquels on observe un accès très limité à certaines drogues classiques (Allemagne, Suède) connaissent des prévalences d'expérimentation et des incidents sanitaires (intoxications non fatales ou décès) remarquables.

Conséquences sanitaires encore méconnues

Les données sanitaires autour des NPS sont disparates, selon les sources d'information, et hétérogènes, selon le produit considéré. Entre 2009 et 2014, l'ANSM a réceptionné 288 signalements de cas sanitaires ou de simples consommations de NPS, impliquant au total 57 substances (ANSM, 2017a). L'enquête DRAMES montre que le nombre de décès directement imputables aux NPS est faible par rapport à ceux liés aux médicaments dans un contexte d'addiction ou aux « drogues classiques », mais en augmentation régulière (2013 : 2 cas ; 2015 : 15 cas). Chaque année, l'OFDT est informé de 20 à 30 cas sanitaires, le plus souvent des intoxications non fatales concernant majoritairement des cathinones, puis des psychédéliques, et à parts égales des CS ou des opioïdes.

En dehors des opioïdes de synthèse, il n'existe pas pour les NPS de signes caractéristiques pour alerter d'une surdose, tant les symptômes sont divers (Pélicier-Alicot, 2015). Tous peuvent mener à des situations aiguës de prises en charge, appelant des soins symptomatiques calqués sur ceux utilisés avec les drogues classiques imitées. Elles incluent souvent des sédations, à l'aide de benzodiazépines ou d'antipsychotiques, une assistance respiratoire et de l'hydratation. Des différences notables sont observées, comme des accidents vasculaires cérébraux ou des insuffisances rénales aiguës avec des CS (EMCDDA et al., 2016b). En marge des prises en charge, les consommateurs évoquent souvent un syndrome sérotoninergique léger², dont l'apparition est favorisée par le polyusage de substances.

2. Il est induit par la prise d'un ou de plusieurs produits, illicites ou médicamenteux, augmentant la présence de sérotonine dans les synapses et notamment lorsqu'il s'agit de produits proches de l'amphétamine. Dans les cas les plus graves il se manifeste par une hyperthermie, des convulsions et une agitation importante. Les formes légères se traduisent par des contractions musculaires, de la confusion, de la tachycardie et des troubles du toucher (fourmillements...).

Un marché des NPS essentiellement lié à Internet

Les réseaux de distribution des NPS reposent sur une organisation horizontale, où les personnes ne sont pas liées entre elles par un lien hiérarchique, comme c'est le cas dans la criminalité organisée traditionnelle (Eurojust, 2018). Les NPS sont produits par des laboratoires situés en Asie (EMCDDA et Europol, 2016), achetés par des vendeurs qui les commercialisent sur des sites de vente en ligne (voir chapitre « Internet et le commerce de substances psychoactives illicites », p. 71). Bien qu'Internet soit pour les consommateurs la voie principale d'approvisionnement, la majorité d'entre eux ont l'opportunité d'expérimenter les NPS via leur entourage proche (don, échange, rachat) ou bien à la suite d'arnaques, consistant à vendre un NPS en lieu et place d'un produit connu. Il n'existe pas d'étude longitudinale permettant d'estimer avec exactitude les prix des NPS. Les prix sont en général plus bas que ceux des produits imités, avec des différences importantes selon le NPS et la quantité achetée.

Évolutions récentes



Le phénomène des NPS s'est caractérisé par la fulgurance du rythme d'apparition de nouvelles molécules, avec un nombre record d'identifications atteint en 2014, tant en France (54) que dans l'Union européenne (101). Les premières années ont été marquées par des cas sanitaires, notamment chez les usagers réguliers de cannabis, auprès de personnes ayant été victimes d'arnaques ou bien chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). La plupart des usagers concernés semblent, aujourd'hui, soit faire preuve d'une prise de distance prudente, soit se replier sur quelques substances spécifiques. Depuis 2014, en effet, le dynamisme de l'offre s'est affaibli au profit d'une stabilisation du marché sur des substances activement recherchées par les consommateurs, qui sont avant tout des cathinones ou des CS (3-MMC, 5F-AKB48...). Le développement de l'offre en 2017-2018 est axé sur les opioïdes de synthèse et les hallucinogènes, des produits qui visent une frange plus confidentielle des consommateurs privilégiant ces deux familles, mais qui peuvent faire preuve d'une consommation plus importante et stable dans le temps.

Stimulants de synthèse : MDMA/ecstasy, amphétamines et cathinones

Thomas Néfau, Éric Janssen

La MDMA (3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine), l'amphétamine et les cathinones sont des drogues de synthèse stimulantes de la famille des phénéthylamines qui ont pour propriétés de dissiper les sensations de fatigue et de faim, de provoquer un sentiment d'euphorie et d'hyperconcentration, de confiance en soi, et de faciliter la communication.

La MDMA est plus spécifiquement recherchée pour ses effets empathogènes et entactogènes¹. À forte dose, elle peut, de plus, entraîner des modifications des perceptions sensorielles. Le cristal ou la poudre sont surtout consommés par voie orale en « parachute » c'est-à-dire conditionnés dans du papier à rouler pour cigarettes, ou dilués dans une boisson, plus rarement en snif.

L'amphétamine, ou « speed », est un psychostimulant plus puissant se présentant sous la forme de poudre destinée à être sniffée et plus rarement injectée.

La méthamphétamine, dérivé synthétique, appelé aussi « tina », « ice » ou « crystal meth », se distingue par ses effets particulièrement puissants et durables et par son potentiel addictif. Sa consommation demeure marginale en France.

Les cathinones (méphédronne, 4-MEC, 3-MMC, pentédronne, alpha-PVP...) sont des molécules stimulantes mais présentant également des propriétés empathogènes et entactogènes (ou MDMA-like) plus ou moins intenses. Souvent appelées « sels de bain », vendues sur des sites de vente en ligne spécialisés, elles font partie de la catégorie des nouveaux produits de synthèse (NPS). Elles sont consommées en snif ou par voie orale sous forme de « parachute », comme la MDMA, et parfois injectées (voir ci-après). La première apparition des cathinones en France date de 2007 avec l'identification de la méphédronne. Leur diversification s'est accrue jusqu'à aujourd'hui, ainsi que leur usage, mais celui-ci semble circonscrit à des publics aux profils particuliers.

Stabilisation de la consommation en population générale après une forte augmentation

En 2017, 5,0 % des adultes de 18-64 ans ont pris de la MDMA/ecstasy au moins une fois dans leur vie, une expérimentation en hausse statistiquement significative comparée à 2014 (4,3 %), avec une différence marquée selon le sexe : 7,3 % des hommes vs 2,7 % des femmes (6,1 % vs 2,5 %). Ce sont les 26-34 ans qui expérimentent le plus (9,5 %) et les 55-64 ans le moins (0,4 %).

La part des adultes ayant consommé ce produit dans l'année, qui avait baissé entre 2005 et 2010, a connu ensuite une forte augmentation jusqu'en 2014 (de 0,3 % à 0,9 %), pour plafonner ensuite à 1 % en 2017.

1. Néologismes servant à décrire les effets de la MDMA qui provoquent l'envie d'échanger avec les gens et de les toucher.

L'expérimentation d'amphétamines est moindre (2,2 %), avec là encore une différence significative entre hommes et femmes (3,2 % vs 1,2 %) et selon l'âge (4,0 % des 26-34 ans vs 1,2 % des 55-64 ans). Comme en 2014, l'usage au cours de l'année atteint 0,3 %.

Chez les adolescents de 17 ans, la MDMA/ecstasy est le stimulant illicite le plus fréquemment consommé : 3,4 % en ont consommé au cours de leur vie, dont 3,9 % des garçons et 2,8 % des filles. Ces prévalences sont en recul après une augmentation entre 2011 (1,9 %) et 2014 (3,8 %). À l'instar de ce qui est observé pour les adultes, l'expérimentation d'amphétamines est inférieure : 2,3 % (2,9 % pour les garçons et 1,8 % pour les filles), là aussi en recul par rapport à 2014 (2,8 %).

Usages de MDMA conformes aux moyennes européennes

La prévalence d'usage des amphétamines au cours de la vie (15-64 ans) est de 3,6 % dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, plaçant la France en deçà de cette moyenne (2,2 %), tandis que, pour la MDMA, le niveau français (4,2 %) est quasiment identique au niveau européen (4,1 %). Les pays où les prévalences d'expérimentation des amphétamines sont les plus élevées sont le Royaume-Uni (9,2 %), le Danemark (7,0 %) et les Pays-Bas (5,3 %). Pour la MDMA, toujours chez les 18-64 ans, les Pays-Bas et l'Irlande présentent la prévalence d'expérimentation la plus élevée (9,2 %), suivis par le Royaume-Uni (9,0 %). Ces dernières années, les consommations d'amphétamines (amphétamine et méthamphétamine) ainsi que les consommations de MDMA semblent plutôt stables (EMCDDA, 2018a).

Des groupes de consommateurs avant tout festifs

Durant les années 1990-2000, la MDMA était exclusivement présente sous la forme de comprimés d'ecstasy, produit emblématique de la scène festive, jouissant d'une bonne réputation et n'ayant pas l'image d'une drogue auprès des « teufeurs ». En 2008, à la suite d'une pénurie de MDMA (voir ci-après), les ventes d'ecstasy ne contenant aucun principe actif se sont multipliées et les consommateurs se sont détournés de ce produit. Réintroduite ensuite sur le marché sous la forme de cristal/poudre, la MDMA a provoqué un nouvel engouement lié à cette nouvelle galénique et à ses fortes teneurs en principe actif. Son succès est aussi lié au développement des musiques électroniques et des espaces de diffusion de ce courant musical. Enfin, en remettant sur le marché dans les années 2012-2013 des pilules d'ecstasy aux couleurs vives et aux formes 3D imitant des logos de marques célèbres, les trafiquants ciblent tout particulièrement les plus jeunes. Ce produit a ainsi pu toucher de nouveaux publics en apparaissant comme une nouvelle drogue auprès des jeunes et, d'autre part, en se diffusant en dehors des seuls espaces festifs habituels liés au mouvement électro : soirées privées, fêtes d'étudiants, discothèques généralistes, bars... (Cadet-Tairou et al., 2016).

L'usage de l'amphétamine s'observe également essentiellement dans le milieu festif, et plus particulièrement alternatif, où son moindre prix par rapport à la cocaïne, pour des effets relativement proches, lui assure une certaine popularité. La cocaïne est elle préférée dans l'espace festif commercial. L'amphétamine est également appréciée des usagers plus précaires qui fréquentent les CAARUD. En 2015, 17 % des répondants à l'enquête ENa-CAARUD déclaraient en avoir

consommé au cours du mois précédant l'enquête, loin derrière le cannabis (76 %) et la cocaïne (50 %), mais devant la MDMA/ecstasy (15 %). Cependant, que ce soit dans le milieu festif ou parmi les usagers marginalisés, l'usage de l'amphétamine tend à se réduire du fait de la diminution du prix de la cocaïne et de l'augmentation de sa pureté (voir chapitre « Cocaïne, crack, free base », p. 124).

La méthamphétamine est très peu consommée en France, contrairement à d'autres pays européens, les pays nordiques notamment. Cependant, elle connaît ces dernières années une légère diffusion au sein de la population des d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) qui la consomment en contexte sexuel (chemsexers : personnes qui pratiquent le chemsex, c'est-à-dire la consommation de produits psychotropes durant un acte sexuel dans le but d'augmenter la libido, les sensations et/ou les performances).

Les cathinones sont également peu visibles dans l'espace public en France. Leur consommation semble se limiter à quelques anciens polyusagers de drogues et des HSH (Milhet et Néfau, 2017). Les usages de cathinones en contexte sexuel visent à augmenter la libido, le plaisir et l'endurance, et permettent aux HSH de maintenir une activité sexuelle pendant plusieurs heures. Dans le cadre de pratiques plus extrêmes, les cathinones peuvent également être injectées. Les usagers déclarent alors pratiquer le slam, selon le terme anglais qui signifie « claque » et qui exprime la puissance des effets ressentis au moment de l'injection. Enfin, les cathinones apparaissent de façon marginale au sein de certains espaces festifs.

Conséquences sanitaires et prise en charge

Les consommations de stimulants de synthèse peuvent entraîner des troubles physiques ou psychologiques, mais également être à l'origine d'intoxications, fatales ou non, d'autant plus lorsqu'ils sont consommés en mélange. En 2015, les stimulants de synthèse (MDMA/ecstasy, amphétamines) étaient impliqués dans seulement 3 % des cas de passage aux urgences en lien avec l'usage de drogues (données OSCOUR, en cours de publication). Au niveau européen, l'amphétamine et la MDMA se placent respectivement en cinquième et sixième position des produits impliqués dans des troubles ayant conduit à un passage aux urgences, au sein des 19 hôpitaux sentinelles répartis dans 13 pays (EuroDEN (EMCDDA, 2018a)), derrière l'héroïne, la cocaïne, le cannabis et le GHB/GBL. La méthamphétamine arrive, elle, en neuvième position. Quant à la première cathinone, la méphédronne, elle apparaît en seizième position dans ce classement.

Concernant les décès, les données de l'enquête DRAMES indiquent qu'il y en a eu 27 en 2015 et 22 en 2016 dans lesquels étaient impliqués l'amphétamine ou la MDMA, soit un pourcentage de 5 %, une proportion relativement stable depuis 2012.

Parmi les personnes prises en charge dans les CSAPA en 2016, près de 1 300 citaient comme produit posant le plus de problèmes un stimulant de type ecstasy ou amphétamines (Palle et Rattanatrasy, 2018), un nombre en augmentation par rapport à 2010 (près de 800 personnes).

Ces substances apparaissent rarement comme étant celles principalement impliquées dans la prise en charge. Elles sont un peu plus souvent présentes dans les tableaux de personnes polyconsommatrices : en 2017, la consommation d'ecstasy est mentionnée par 1,3 % des personnes prises en charge et celle d'amphétamines par 0,8 % (OFDT, 2018e).

Réduire les risques

Les acteurs de la réduction des risques prodiguent ces conseils en lien avec la consommation de stimulants de synthèse, principalement la MDMA/ecstasy, qui connaît une plus large diffusion :

- éviter les mélanges, surtout avec l'alcool ;
- fractionner les doses, surtout avec les comprimés d'ecstasy actuels, plus gros et plus fortement dosés ;
- bien s'hydrater, boire de l'eau par petites quantités et régulièrement ;
- se poser/se reposer.

Concernant les usagers de cathinones, il s'agit le plus souvent d'individus qui ne fréquentent pas les lieux d'accueil dans lesquels l'information est transmise, il convient donc d'adapter les messages et la façon de les diffuser, à travers Internet par exemple ou dans les services de santé sexuelle pour le public chemsexers et slamers.

Un marché marqué par le retour de l'ecstasy et l'arrivée des cathinones

Les productions de MDMA et d'amphétamine se concentrent essentiellement en Belgique et aux Pays-Bas, mais des laboratoires de fabrication d'amphétamine ont également été démantelés en Pologne, dans les États baltes, en Bulgarie et en Allemagne. La production de méthamphétamine en Europe semble limitée aux pays d'Europe centrale, notamment la République tchèque.

En 2008, la destruction d'importantes quantités de cultures de sassafra (arbuste dont on extrait le safrôle, un des précurseurs chimique de MDMA) et des saisies de safrôle en Asie du Sud-Est (OICS, 2009) ont entraîné une pénurie en Europe et une prolifération sur le marché de comprimés d'ecstasy sans principe actif ou contenant d'autres substances. Peu après, les chimistes ont découvert ou exploité de nouvelles voies de synthèse de la MDMA. Pour reconquérir un public qui se méfie de la forme ecstasy, trop associée aux « arnaques », cette substance a été réintroduite sur le marché sous la forme cristal/poudre, c'est-à-dire non transformée. Finalement, l'ecstasy a entamé un retour dès 2013, mais sous la forme de comprimés de meilleure facture, moins friables, parfois pelligulés comme peuvent l'être des comprimés pharmaceutiques. Ils sont aussi plus gros et, le plus souvent, plus riches en principe actif (EMCDDA et Europol, 2016 ; Néfau *et al.*, 2015). Sous sa forme poudre/cristal, la MDMA se vend actuellement entre 40 et 60 euros le gramme et le « parachute », comme le comprimé d'ecstasy, est généralement vendu 10 euros.

Le prix de l'amphétamine est assez stable depuis 2010 et se situe autour de 15 euros le gramme. La méthamphétamine, quant à elle, peu accessible sur le marché français, s'achète essentiellement sur le darknet à des prix beaucoup plus élevés, entre 150 et 250 euros le gramme. Elle circule parfois dans des micro milieux d'utilisateurs qui l'ont obtenue lors de déplacements touristiques dans des pays où elle est plus accessible (Milhet et Néfau, 2017).

Enfin, les cathinones, principalement produites en Chine, sont transportées en grosses quantités jusqu'en Europe, le plus souvent dans les pays de l'Est, où elles sont conditionnées en petits paquets avant d'être envoyées aux clients. Elles s'achètent sur Internet et sont reçues à domicile par la poste. Elles présentent, selon les substances et les sites d'achat, des prix variables, allant de 20 à 80 euros le gramme, avec un tarif dégressif en fonction des quantités achetées. Elles sont fréquemment saisies dans le fret postal (environ 40 % des saisies annuelles de NPS), plus dans le cadre de micro trafics ou d'achats groupés que de consommations personnelles. Non classées comme stupéfiants lors de leur apparition sur le marché, elles le sont quasiment toutes depuis 2012 (arrêté du 27 juillet 2012).

Évolutions récentes



La période la plus récente est marquée par la diffusion de la consommation de MDMA auprès de publics plus variés, au-delà des habituels usagers des scènes festives alternatives et commerciales, mais surtout auprès des plus jeunes. Cette diffusion tient moins au succès de la forme poudre qu'au retour de l'ecstasy sous la forme de comprimés plus gros, plus fortement dosés et surtout plus attrayants du fait de leurs nombreuses formes 3D et de leurs couleurs vives.

Les usages d'amphétamine sont quant à eux plutôt stables, voire présentent une légère baisse, probablement due à un report des usagers sur la cocaïne, dont la disponibilité a été croissante et les prix inférieurs à ceux des années 1990-2000.

L'apparition de nouveaux stimulants de synthèse, principalement les cathinones, constituent le phénomène le plus marquant de ces cinq dernières années. Cependant, si le nombre de molécules identifiées est élevé, celles sur lesquelles les usagers portent leur intérêt restent peu nombreuses. Et les usages eux-mêmes ne semblent concerner que certains publics spécifiques.

Référence législative

Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. *JORF* n° 178 du 2 août 2012, p. 12 664, texte n° 28. (NOR AFSP1230815)

Tabac, chicha et cigarette électronique

Aurélie Lermenier-Jeannet, Olivier Le Nézet, Christophe Palle, Sandra Chyderiotis, Anne-Claire Brisacier, Stanislas Spilka

Le tabac, dont la nicotine est l'agent psychoactif majeur, est consommé sous différentes formes. La cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France, loin devant le tabac à rouler et les cigares et cigarillos. Elle contient du tabac séché ainsi que de nombreux additifs, comme les agents de saveur et de texture. La chicha (ou narguilé) est consommée avec du « tabamel », dérivé du tabac, chauffé grâce à du charbon et dont la fumée est aspirée au moyen d'un tuyau souple.

La cigarette électronique (ou e-cigarette/vapoteuse), qui ne contient pas de tabac, est un dispositif permettant d'inhaler un liquide aromatisé contenant ou non de la nicotine, chauffé par une résistance (un « atomiseur »), qui forme un nuage de vapeur (d'où le terme de vapotage) rappelant celui de la cigarette de tabac lors de sa combustion.

Récemment, un autre type de produit est apparu, à l'initiative des industriels : le tabac chauffé, à l'image de l'IQOS (pour « I Quit Ordinary Smoking »), dont la forme rappelle celle d'un stylo dans lequel est insérée une cartouche de tabac. Présenté comme à nocivité réduite par rapport à la cigarette classique grâce au recours au chauffage plutôt qu'à la combustion, les études scientifiques indépendantes manquent encore pour apprécier les risques à moyen et à long terme de ce type de tabac (European Respiratory Society, 2018 ; Farsalinos et al., 2018).

Un net recul du tabagisme adolescent...

En 2017, six jeunes de 17 ans sur dix (59 %) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, soit une baisse de 9 points par rapport à 2014 (tableau 1). Il en est de même avec la prévalence du tabagisme quotidien, qui, en baissant de 9 points entre 2014 et 2017 (respectivement 32 % et 25 %), atteint son niveau le plus bas depuis 2000. Si les filles demeurent toujours plus nombreuses que les garçons à expérimenter la cigarette (60 % contre 58 %), ces derniers se déclarent, en revanche, plus souvent fumeurs quotidiens (26 % contre 24 %).

La situation scolaire s'avère un facteur particulièrement discriminant vis-à-vis des consommations de tabac à 17 ans. Ainsi, le niveau d'usage quotidien est deux fois plus élevé parmi les apprentis (47 %) et chez ceux sortis du système scolaire (57 %) que parmi les lycéens (22 %).

La moitié des jeunes de 17 ans (50 %) ont essayé la chicha, soit un recul de 15 points par rapport à 2014. L'expérimentation exclusive de la chicha, c'est-à-dire sans avoir jamais fumé de cigarette par ailleurs, concerne 7,7 % des jeunes de 17 ans. Au final, deux tiers des jeunes (67 %) ont expérimenté du tabac en 2017, que ce soit avec une cigarette ou une chicha, contre plus des trois quarts (77 %) en 2014 (Spilka et al., 2018a).

Parmi les adolescents de 17 ans, l'usage de la cigarette électronique demeure occasionnel : 35 % des expérimentateurs se sont contentés d'essayer, notamment les filles (40 %, contre 30 % des garçons). L'usage dans le mois a diminué de 5 points par rapport à 2014 et le « vapotage » quotidien reste quasi inexistant (1,9 %).

Tableau 1. Niveaux d'usage de la cigarette, d'expérimentation de la chicha et de la cigarette électronique selon le sexe chez les adolescents français de 17 ans en 2017 et évolution 2014-2017

Usage (%)	Garçons 2017	Filles 2017	Sex ratio ^a	Ensemble 2017	Évolution 2014-17 (en points)
Expérimentation de la cigarette	58	60	0,97*	59	- 9
Usage quotidien (au moins 1 cig./jour)	26	24	1,11*	25	- 7
Expérimentation de la chicha	54	45	1,20*	50	- 15
Expérimentation de la cigarette électronique	57	48	1,17*	52	- 1

^a Le sex-ratio correspond au rapport entre la prévalence parmi les garçons et celle parmi les filles

* indique une différence statistiquement significative.

Sources : ESCAPAD 2014, 2017 (France métropolitaine), OFDT

... et parmi les adultes

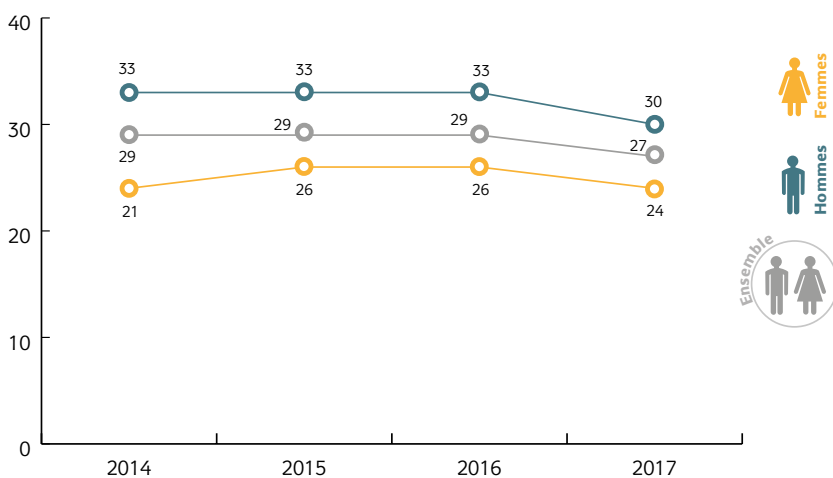
En 2017, 32 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer, les hommes un peu plus souvent que les femmes (35 % vs 29 %). La consommation quotidienne de tabac, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, concernait 27 % des 18-75 ans (30 % des hommes et 24 % des femmes). Après une période de stabilité entre 2010 et 2016, la part des fumeurs quotidiens a nettement baissé entre 2016 et 2017 (moins 3 points, figure 1). Cette baisse de la consommation quotidienne, partagée globalement par les hommes et les femmes, se révèle particulièrement marquée parmi les hommes de 18-24 ans (passant de 44 % à 35 %), s'agissant du plus bas niveau atteint depuis 2000.

On constate également un moindre tabagisme quotidien parmi les hommes de 45-54 ans (passant de 36 % à 31 %). Chez les femmes, une baisse sensible (- 3,5 points) est observée pour la première fois depuis dix ans parmi celles âgées de 55 à 64 ans.

Par ailleurs, si les personnes les moins diplômées, ayant les plus bas revenus ou au chômage, sont plus fumeuses que celles des catégories socio-professionnelles élevées, les inégalités sociales de santé se sont stabilisées en 2017, alors qu'elles étaient croissantes depuis le début des années 2000 (Pasquereau et al., 2018).

En 2017, l'expérimentation de l'e-cigarette était déclarée par 33 % des 18-75 ans, dont 36 % des hommes et 30 % des femmes, marquant une augmentation par rapport à 2014 (24 %, 29 % et 22 % respectivement). À l'inverse, usages actuels et quotidiens sont en recul : parmi les 18-75 ans, 3,8 % l'utilisaient au moment de l'enquête, dont 4,0 % des hommes et 2,6 % des femmes (respectivement 6,1 %, 6,8 %, et 5,4 % en 2014). Les vapoteurs quotidiens représentaient 2,7 % des 18-75 ans en 2017, dont 3,4 % des hommes et 1,9 % des femmes (respectivement 3,0 %, 3,7 % et 2,3 % en 2014).

Figure 1. Niveaux du tabagisme quotidien selon le sexe chez les 18-75 ans en France entre 2014 et 2017 (en %)



Sources : Baromètres santé 2014, 2016, 2017 et Baromètre cancer 2015, Santé publique France

Les ventes du réseau ruraliste en très nette baisse

En 2018, les ventes de tabac dans le réseau ruraliste français s'élèvent à 49 740 tonnes, soit une baisse de 15 % en 5 ans : les cigarettes représentent environ 80 % du marché, viennent ensuite les tabacs à rouler (plus de 7 600 tonnes en 2018, soit 15 % du marché) et les cigares et cigarillos (autour de 1 milliard d'unités). Les ventes de tabac à pipe et des autres formes de tabac (à priser et à mâcher) sont plus rares (Lermenier-Jeannet, 2019).

Le réseau buraliste français a vendu 40,2 milliards de cigarettes en 2018, soit 9 % de moins qu'en 2017, à nombre égal de jours de livraison. Les ventes de tabac à rouler sont quant à elles en baisse de 10 % entre 2017 et 2018. Ce net recul des ventes est en très grande partie lié à l'augmentation des prix intervenue en mars 2018 (en moyenne, + 1 euro environ pour le paquet de 20 cigarettes et + 2 euros pour 30 grammes de tabac à rouler). Le chiffre d'affaires du tabac s'élève à près de 19 milliards d'euros en 2018, soit un de plus qu'en 2017, l'augmentation des prix compensant la baisse des ventes.

Les achats hors du réseau buraliste sont devenus un moyen d'approvisionnement relativement fréquent : en 2016, un fumeur sur cinq déclarait acheter toujours, presque toujours ou souvent dans un commerce à l'étranger (Lermenier-Jeanet et Palle, 2017).

Pour s'adapter à ce déclin du marché du tabac classique, l'industrie investit massivement en recherche et développement et en marketing dans les secteurs de l'e-cigarette et du tabac chauffé (Cougard, 2018 ; *Le Losange rédaction*, 2018 ; *Revue des tabacs rédaction*, 2018). Toutefois, concernant ce dernier, les ventes sont encore peu importantes en France.

Première cause de mortalité évitable

La consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable, avec 73 000 décès attribuables au tabac en 2013, soit 13 % de la mortalité totale en métropole (Bonaldi *et al.*, 2016). Alors que la part des décès masculins liés au tabac est en baisse depuis la fin des années 2000, celle des décès féminins ne cesse de progresser, passant de 4,7 % en 2005 à 6,3 % en 2013, du fait du développement du tabagisme des Françaises depuis une cinquantaine d'années (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Par ailleurs, le coût social du tabagisme a été estimé à 120 milliards pour l'année 2010 (Kopp, 2015b).


Le marché des traitements pour l'arrêt progresse fortement

Les fumeurs souhaitant diminuer ou arrêter leur consommation disposent aujourd'hui d'une large palette de méthodes, allant des traitements de sevrage en vente libre en pharmacie aux consultations de tabacologie, sans oublier les lignes téléphoniques spécialisées. Ils peuvent aussi recourir à la cigarette électronique, moyen de réduire les risques et dommages de la consommation de tabac, mais dont le rôle d'outil de sevrage est discuté (Haut Conseil de la santé publique, 2016).

Entre 2013 et 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt ont augmenté de moitié, en particulier grâce au dynamisme des formes orales (gommes à mâcher et comprimés). Le marché avait toutefois connu un recul en 2014-2015, attribuable à l'attrait des (ex-)fumeurs pour la cigarette électronique (Lermenier-Jeanet, 2019). Il a largement retrouvé son niveau, puisqu'il dépasse les trois millions d'« équivalents patients traités » en 2018, un niveau jamais atteint. Ce dynamisme s'explique par la hausse de la prise en charge par l'Assurance-maladie. D'un montant forfaitaire de 50 euros par an et par personne lors de sa mise en œuvre en février 2007, elle a progressivement augmenté (150 euros pour certains

publics, puis pour tous à partir de novembre 2016) et rejoint depuis mars 2018 le cadre classique de remboursement des médicaments, à hauteur de 65 %. En décembre 2018 (dernières données disponibles), 119 827 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour des substituts prescrits, dont seulement 5 737 au titre du forfait de 150 euros.

Évolutions récentes



À la suite d'une évaluation très négative en 2012 par la Cour des comptes (Cour des comptes, 2012) des politiques de lutte contre le tabac menées par la France, les cinq dernières années ont été marquées par une (re)mobilisation des pouvoirs publics, avec le lancement du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014) en 2014. Il a permis de mettre en place différentes mesures préconisées dans le cadre de la convention-cadre de lutte antitabac (OMS, 2003), dont le paquet neutre standardisé. Le Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) (Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2018), qui prend le relais sur la période 2018-2022, prévoit des hausses de prix successives jusqu'en 2020, pour atteindre un prix du paquet de cigarettes de 10 euros. On peut aussi souligner la mise en place du « Mois sans tabac », lancé par le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'Assurance-maladie et Santé publique France ; la création du « Fonds tabac » destiné à financer des actions de prévention grâce à une taxe payée par les industriels ; ou le meilleur remboursement des traitements d'aide à l'arrêt.

Dans ce contexte, on a observé récemment une baisse sensible du nombre de fumeurs, tant parmi les adolescents que parmi les adultes, bien que la dynamique demande à être confirmée pour rejoindre les niveaux de prévalence des autres pays développés (voir chapitre « Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises », p. 45). Néanmoins, les capacités d'adaptation et d'anticipation des industriels face à la « fin du tabac » incitent à une certaine vigilance (Bialous et Glantz, 2018).



Annexes

Références bibliographiques

Sites accessibles au 23/01/2019

Publications de l'OFDT disponibles à l'adresse <https://www.ofdt.fr>

Afsahi K., Chouvy P.-A. (2015) Le haschich marocain, du kif aux hybrides. *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 8, 8 p.

Alcaraz E., Dufayet L., Marillier M., Rey-Salmon C., Alvarez J.C. (2018) Tentative de soumission chimique par la scopolamine : à propos d'un cas. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 30, n° 2 Suppl., p. S22.

Aldridge J., Stevens A., Barratt M.J. (2018) Will growth in cryptomarket drug buying increase the harms of illicit drugs? [Addiction debate]. *Addiction*, Vol. 113, n° 5, p. 789-796.

ANAES (2004) Conférence de consensus. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis, ANAES, 28 p.

Andler R., Cogordan C., Richard J.-B., Demiguel V., Regnault N., Guignard R., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. (2018) Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice, Santé publique France, 9 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>.

ANSM (2015) Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CT022015033. Compte rendu de la séance du 28 mai 2015. Saint-Denis, ANSM, 21 p. https://ansm.sante.fr/content/download/83939/1059879/version/1/file/CR_CT022015033_pharmacod%C3%A9pendance_28_05_2015.pdf.

ANSM (2016a) Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CT022016013. Compte rendu de la séance du 21 janvier 2016. Saint-Denis, ANSM, 16 p. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a8d567fe9271f990d0a0bdf42fe2c29f.pdf.

ANSM (2016b) Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CT022016033. Compte rendu de la séance du 26 mai 2016. Saint-Denis, ANSM, 18 p. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c8b7c8ad1eaec2eff470707e205a3e6d.pdf.

ANSM (2017a) Commission des stupéfiants et psychotropes. Compte rendu de la séance n° 3 du 12 janvier 2017. Saint-Denis, ANSM, 21 p. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3805d88f37cf2cd7bb99f858bcc8c17e.pdf.

ANSM (2017b) État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, Avril 2017. Saint-Denis, ANSM, 58 p. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>.

ANSM (2017c) Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Saint-Denis, ANSM, 33 p. <https://ansm.sante.fr/content/download/105139/1331877/version/1/file/Rapport+m%C3%A9thylph%C3%A9nidate+-+VF.pdf>.

ANSM (2018a) Cannabis thérapeutique en France : l'ANSM publie les premières conclusions du CSST - Point d'information du 13/12/2018. <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cannabis-therapeutique-en-France-l-ANSM-publie-les-premieres-conclusions-du-CSST-Point-d-Information>.

ANSM (2018b) Journées d'échange partenarial de la Commission des stupéfiants et des psychotropes sur les traitements de substitution des pharmacodépendances majeures aux opioïdes en France : état des lieux en vue de l'élaboration d'un plan d'actions de réduction du nombre d'overdoses. [https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/\(offset\)/3](https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Commissions-consultatives/Commission-des-stupefiants-et-des-psychotropes/(offset)/3).

ANSM, INDIVOR UK Ltd (2018) Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte. Résumé du rapport de synthèse périodique n° 13. Nalscuc 0,9 mg/0,1 ml, solution pour pulvérisation nasale en récipient unidose. Période du 25/09/2017 au 07/01/2018, 2 p. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5c8d832400b3de2f650f567b1f5a877b.pdf.

APPRI (2004) Conférence de consensus, Grossesse et tabac, Lille, 7 et 8 octobre. Lille, Association périnatalité prévention recherche et information, 169 p.

ATIH (2017a) Addiction chronique, prise en charge ambulatoire sanitaire. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. <https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2017&typezone=fe&zone=fe>.

ATIH (2017b) Addiction chronique, prise en charge en établissement de santé (hors ambulatoire). Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. <https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2017&typezone=fe&zone=fe>.

ATIH (2017c) Addictions chroniques. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. <https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques>.

Authier N., Tournebize J., Mallaret M., Boucher A., Pion C. (2017) Dérivés du fentanyl ou fentanylloïdes : un risque majeur d'overdose. *Le Courrier des addictions*, Vol. 19, n° 3, p. 19-20.

Avril E. (2018) Salle Jean-Pierre LHOMME - Espace GAIA, Paris. Bilan, enjeux et perspectives. In: Commission des stupéfiants, Saint-Denis, 05/04/2018, ANSM.

Bader D. (2018) Argos, the drug consumption room in Strasbourg, first results. In: Drug-related deaths expert meeting, 19 september 2017, Lisbon, EMCDDA.

Bajgoric S., Samra K., Chandrapalan S., Gautam N. (2015) Cannabinoid hyperemesis syndrome: a guide for the practising clinician. *BMJ Case Reports*, doi : 10.1136/bcr-2015-210246.

Bakken S.A., Moeller K., Sandberg S. (2018) Coordination problems in crypto-markets: Changes in cooperation, competition and valuation. *European Journal of Criminology*, Vol. 15, n° 4, p. 442-460.

Beck F., Peretti-Watel P. (2000) EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. Paris, OFDT, 203 p.

Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. (2015) Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*, OFDT, n° 99, 8 p.

Beck F. (Dir.) (2016a) *Jeunes et addictions*. Saint-Denis, OFDT, 208 p.

Beck F. (2016b) Le mythe contemporain du rajeunissement des usages. In: *Jeunes et addictions*, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 45-47.

Beck F., Couteron J.-P., Obradovic I. (2016a) Éléments pour une politique des addictions. In: *Traité de santé publique*. 3^e édition, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 360-377.

Beck F., Díaz Gómez C., Brisacier A.-C., Cadet-Taïrou A., Obradovic I. (2016b) Éléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développées en France et à l'étranger depuis 30 ans. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 38, n° 4, p. 349-374.

Beck F., Lermenier-Jeannet A., Nguyen-Thanh V. (2019) Lutte contre le tabagisme et autres addictions : état des lieux et perspectives. *Bulletin du Cancer*, doi : 10.1016/j.bulcan.2018.11.008.

Ben Lakhdar C., Lalam N., Weinberger D., Spilka S., Janssen E. (2015) Estimation des marchés des drogues illicites en France. Synthèse. Paris, INHESJ, 12 p. http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2015/11/synthese_ri_ad.pdf.

Bialous S.A., Glantz S.A. (2018) Heated tobacco products: another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. *Tobacco Control*, Vol. 27, Suppl. 1, p. S111-S117.

Biecheler M.-B., Peytavin J.-F., Facy F., Martineau H., SAM Group (2008) SAM survey on "drugs and fatal accidents" search of substances consumed and comparison between drivers involved under the influence of alcohol or cannabis. *Traffic Injury Prevention*, Vol. 9, n° 1, p. 11-21.

- Blondel B., Gonzalez L., Raynaud P. (Dir.) (2017) Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris, INSERM, DREES, 317 p.
- Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., Boussac-Zarebska M., Cao B., Benmarhnia T., Grémy I. (2016) Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 30-31, p. 528-540.
- Bonaldi C., Hill C. (2019) La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *BEH - Bulletin épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 97-108.
- Branchu C., Guedj J., D'Almeida S., Zientara-Logeay S., De Blasi M., Lopez F. (2015) Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 176 p. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>.
- Brisacier A.-C. (2015) Premiers résultats de l'enquête « Cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants ». Saint-Denis, OFDT, 12 p.
- Brisacier A.-C. (2019a) Recours aux urgences pour usage de substances illicites. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 41, n° 1.
- Brisacier A.-C. (2019b) Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » 2019. Saint-Denis, OFDT, 19 p.
- Brissot A., Philippon A., Spilka S. (2018) Niveaux de pratique des jeux d'argent et de hasard à la fin de l'adolescence en 2017. Enquête ESCAPAD 2017. Note 2018-03. Saint-Denis, OFDT, 12 p.
- Brouard C., Pillonel J., Sogni P., Chollet A., Lazarus J.V., Pascal X., Barin F., Jauffret-Roustide M. (2017) Hepatitis B virus in drug users in France: Prevalence and vaccination history, ANRS-Coquelicot Survey 2011-2013. *Epidemiology and Infection*, Vol. 145, n° 6, p. 1259-1269.
- Brunt T.M., Atkinson A.M., Néfau T., Martinez M., Lahaie E., Malzcewski A., Pazitny M., Belackova V., Brandt S.D. (2017) Online test purchased new psychoactive substances in 5 different European countries: A snapshot study of chemical composition and price. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 44, p. 105-114.
- Buffet F.-N., Détraigne Y. (2018) Rapport [...] sur le projet de loi (procédure accélérée) de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice et sur le projet de loi organique (procédure accélérée) relatif au renforcement de l'organisation des juridictions. Paris, Sénat, 504 p. <http://www.senat.fr/rap/118-011-1/118-011-11.pdf>.
- Cadet-Taïrou A., Lahaie E., Gandilhon M. (2009) Note relative à l'usage des « poppers ». Saint-Denis, OFDT, 6 p.
- Cadet-Taïrou A. (2013) Usagers, espaces et contextes de consommations. In: Drogues et addictions, données essentielles, OFDT (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 54-63.

Cadet-Tairou A., Dambélé S. (2013a) Hallucinogènes naturels et synthétiques. In: Drogues et addictions, données essentielles, OFDT (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 234-241.

Cadet-Tairou A., Dambélé S. (2013b) Héroïne et autres opiacés. In: Drogues et addictions, données essentielles, OFDT (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 242-250.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M. (2014) L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013). Note 2014-9 à destination de l'ANSM. Saint-Denis, OFDT, 17 p.

Cadet-Tairou A. (2015) An exploratory research on benzodiazepines' drug users. Poster presented at the Lisbon Addictions Conference. Saint-Denis, OFDT.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. (2015a) Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances*, OFDT, n° 105, 6 p.

Cadet-Tairou A., Saïd S., Martinez M. (2015b) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *Tendances*, OFDT, n° 98, 8 p.

Cadet-Tairou A. (2016a) Consommations, pratiques et profils des jeunes dans l'espace festif. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 59-64.

Cadet-Tairou A. (2016b) Profils et pratiques des usagers de nouveaux produits de synthèse. *Tendances*, OFDT, n° 108, 8 p.

Cadet-Tairou A. (2016c) Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 65-69.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T., Milhet M. (2016) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). *Tendances*, OFDT, n° 115, 8 p.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T. (2017) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017). *Tendances*, OFDT, n° 121, 8 p.

Cadet-Tairou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S. (2018) Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015. Saint-Denis, OFDT, 56 p.

Caisse nationale de l'Assurance-maladie (2018) Medic'AM annuel 2017, tous régimes. Médicaments remboursés par l'ensemble des régimes de l'Assurance-maladie au cours de l'année 2017. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medic_AM_annuel_2017_tous_regimes.zip.

Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N., Hughes R., Moore L. (2008) An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*, Vol. 371, n° 9624, p. 1595-1602.

Carlini E.A., Cunha J.M. (1981) Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. *Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 21, n° S1, p. 417S-427S.

Caudevilla F. (2016) The emergence of deep web marketplaces: a health perspective. In: *The internet and drug markets*, EMCDDA (Dir.). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n° 21, p. 69-76.

CEIP-A de Toulouse (2018) Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2017 [Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possible]. Saint-Denis, ANSM, 1 p. https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/e459f0507162ff-f36d5d52c4910a406f.pdf.

CEIP-A Grenoble (2018a) Décès toxiques par antalgiques (DTA) : Résultats 2016. Saint-Denis, ANSM, 1 p. https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/e2c21b8483d38a07bd86771f0c770f4e.pdf.

CEIP-A Grenoble (2018b) DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2016. Saint-Denis, ANSM, 2 p. http://ansm.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/5dfc3b8f413db-7130062b63ca842b298.pdf.

CEIP, ANSM (2017) OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Principaux résultats 2015. Saint-Denis, ANSM, 2 p. <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/>.

Centre d'addictovigilance PACA-Corse (2018) OPPIDUM (Observation des Produits psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse). Les principaux faits marquants 2017. Saint-Denis, ANSM, 2 p. https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/54cef6b94eb61493fefcb2c-4c80ea934.pdf.

Chenaf C., Kaboré J.-L., Delorme J., Pereira B., Mulliez A., Zenut M., Delage N., Ardid D., Eschalié A., Authier N. (2019) Prescription opioid analgesic use in France: trends and impact on morbidity-mortality. *European Journal of Pain*, Vol. 23, n° 1, p. 124-134.

CNAM (2016) Prévalence des ALD en 2016. Caisse nationale de l'assurance maladie. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>.

CNAMTS, ANSM, INSERM (2017) Le Baclofène en vie réelle en France entre 2009 et 2015. Usages, persistance et sécurité, et comparaison aux traitements des problèmes d'alcool ayant une autorisation de mise sur le marché. Paris, CNAMTS, 58 p. http://ansm.sante.fr/content/download/107217/1358797/version/1/file/Rapport_Baclofene_VF_20170628.pdf.

Cogordan C., Protais C., Díaz Gómez C., Obradovic M., Arwidson A., Nguyen-Thanh V., Obradovic I. (2018) Impact d'une campagne nationale de promotion des Consultations Jeunes Consommateurs. *Santé publique*, Vol. 30, n° 4, p. 465-475.

Compton D.M., Seeds M., Pottash G., Gradwohl B., Welton C., Davids R. (2012) Adolescent exposure of JWH-018 « Spice » produces subtle effects on learning and memory performance in adulthood. *Journal of Behavioral and Brain Science*, Vol. 2, n° 2, p. 146-155.

Coordination nationale des réseaux des microstructures (2018) CNRMS. Rapport d'activité 2017, 57 p.

Coppola M., Mondola R. (2012) Methoxetamine: from drug of abuse to rapid-acting antidepressant. *Medical Hypotheses*, Vol. 79, n° 4, p. 504-507.

Costa B., Trovato A.E., Comelli F., Giagnoni G., Colleoni M. (2007) The non-psychoactive cannabis constituent cannabidiol is an orally effective therapeutic agent in rat chronic inflammatory and neuropathic pain. *European Journal of Pharmacology*, Vol. 556, n° 1, p. 75-83.

Costes J.-M. (2000) Tendances récentes sur les consommations de produits psychoactifs et la composition de substances de synthèse. *Tendances*, OFDT, n° 7, 4 p.

Costes J.-M., Eroukmanoff V., Richard J.-B., Tovar M.-L. (2015) Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. *Les notes de l'Observatoire des jeux*, ODJ, n° 6, 9 p.

Costes J.-M., Eroukmanoff V. (2018) Les pratiques de jeux d'argent sur Internet en France en 2017. *Les notes de l'Observatoire des jeux*, ODJ, n° 9, 9 p.

Cougard M.-J. (2018) Les majors du tabac préparent leur virage vers la cigarette électronique. Les Echos.fr, 21 décembre. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/conso-distribution/0600317500127-les-majors-du-tabac-preparent-leur-virage-vers-la-cigarette-electronique-2231976.php>.

Cour des comptes (2012) Rapport d'évaluation. Les politiques de lutte contre le tabagisme. Paris, Cour des comptes, 332 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000666-les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme?x-tor=EPR-526>.

Cour des comptes (2016) Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique - Évaluation d'une politique publique. Paris, Cour des comptes, 262 p. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf>.

Dart R.C., Surratt H.L., Cicero T.J., Parrino M.W., Severtson S.G., Bucher-Bartelson B., Green J.L. (2015) Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*, Vol. 372, n° 3, p. 241-248.

Dautzenberg B. (2001) Tabagisme passif. Paris, Direction générale de la santé (DGS), 109 p.

Daveluy A., Capaldo L., Richeval C., Regueme S., Bragança C., Courtois A., Partrat J., Titier K., Castaing N., Miremont-Salamé G., Allorge D., Gaulier J.-M., Labadie M. (2018) Projet Musitox® : consommation de substances psychoactives lors d'un festival de musique en Aquitaine en 2017. *Thérapie*, Vol. 73, n° 6, p. 582.

de Montgolfier A., Dallier P. (2013) Rapport d'information n° 93 fait au nom de la commission des finances sur le rôle des douanes dans la lutte contre la fraude sur Internet. Paris, Sénat, 86 p. <https://www.senat.fr/rap/r13-093/r13-0931.pdf>.

DEASRI (2018) Lutte contre les trafics de stupéfiants en France. Bilan 2017 relatif aux drogues de synthèse. Note n° 10/2018 du 18 juillet 2018, OCRTIS.

Delile J.-M., de Ledinghen V., Jauffret-Roustide M., Roux P., Reiller B., Foucher J., Dhumeaux D. (2018) Hepatitis C virus prevention and care for drug injectors: the French approach. *Hepatology, Medicine and Policy*, Vol. 3, n° 7.

DGPN (2018) Bilan d'activités des services français dans la lutte contre les trafics de stupéfiants en 2017. Paris, Direction générale de la police nationale.

Dhumeaux D. (2014) Conséquences cliniques et traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C (chapitre 9). In: Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014, ANRS, Association française pour l'étude du foie (AFEF) (Dir.). Les Ulis, EDP Sciences, p. 199-233.

Díaz Gómez C., Milhet M. (2016) Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués. *Tendances*, OFDT, n° 113, 6 p.

Díaz Gómez C. (2018) Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages. *Tendances*, OFDT, n° 124, 6 p.

Direction générale de la santé (2018) Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé, 47 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf.

Direction générale des douanes et droits indirects (2019) Douane : résultats 2018. Agir pour protéger. Paris, Ministère de l'Action et des comptes publics, 32 p. <http://www.douane.gouv.fr/articles/a16161-presentation-des-resultats-2018>.

Dittus M., Wright J., Graham M. (2018) Platform criminalism: The "last-mile" geography of the darknet market supply chain. In: Proceedings of the 2018 World Wide Web Conference, International World Wide Web Conferences Steering Committee (Dir.). Lyon, p. 277-286.

Du Roscoat E., Clément J., Lamboy B. (2013) Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, Vol. 25, n° 1 Suppl., p. 47-56.

Dumestre-Toulet V., Richeval C., Wiart J.F., Vanhoye X., Humbert L., Nachon-Phanithavong M., Allorge D., Gaulier J.M. (2018) NPS dans la salive de conducteurs aux abords de festivals de musique dans le Sud-Ouest à l'été 2017. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 30, n° 3, p. 170-171.

Duport C. (2018) Tendances récentes et nouvelles drogues - Marseille. Synthèse des résultats 2017. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Ehlinger V., Spilka S., Godeau E. (2016) Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014. *Agora débats/jeunesses*, Hors-série, p. 7-22.

Eker F., El Mellah L., Guignard R., Nguyen Thanh V., Arwidson P., Josseran L. (2017) Évaluation de l'acceptation par les collégiens français de la méthode de prévention du tabagisme par les pairs Assist. In: Congrès ADELFF-SFSP, Amiens, 4-6 octobre 2017.

EMCDDA (2016) Rapport européen sur les drogues 2016 : tendances et évolutions. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 84 p.

EMCDDA, Europol (2016) EU Drug markets report: In-depth analysis. Lisbon, EMCDDA ; Europol, coll. Joint publications, 188 p. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/2016/in-depth-analysis>.

EMCDDA, Mounteney J., Bo A., Oteo A. (2016a) The Internet and drug markets. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n°21, 140 p. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/inter-net-drug-markets>.

EMCDDA, Pirona A., Atkinson A., Sumnall H. (2016b) Health responses to new psychoactive substances. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 30 p. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc/nps-responses>.

EMCDDA (2017) Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Manuals, 184 p. <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

EMCDDA (2018a) Rapport européen sur les drogues 2018 : tendances et évolutions. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 90 p. <http://www.emcdda.europa.eu/edr2018>.

EMCDDA (2018b) Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Rapid communication, 28 p. http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/recent-changes-in-europes-cocaine-market_en.

Escots S., Suderie G. (2013) Revue de la littérature : femmes et addictions. Paris, Fédération Addiction, 50 p.

Estecahandy P., Revue P., Sénat M.-L., Billard J. (2015) Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, n° 98, p. 76-81.

Eurojust (2018) Current situation in judicial cooperation in new psychoactive substance and (pre)precursor cases. Analysis report, 13 p. http://www.eurojust.europa.eu/press/News/News/Pages/2018/2018-06-20_pschoactive-substances-report.aspx.

European Respiratory Society (2018) ERS position paper on heated tobacco products. A statement prepared by the ERS Tobacco Control Committee. <https://www.ersnet.org/the-society/news/ers-position-paper-on-heated-tobacco-products>.

Europol, EMCDDA (2012) EMCDDA-Europol 2011 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA : In accordance with Article 10 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk-assessment and control of new psychoactive substances. Lisbon, EMCDDA, 29 p. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2011>.

Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Burkhart G., Bohrn K., Cuomo L., Gregori D., Panella M., Scatigna M., Siliquini R., Varona L., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G., Galanti M.R. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 108, n° 1-2, p. 56-64.

Fagot J.P., Cuerq A., Samson S., Fagot-Campagna A. (2016) Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 70, n° 9, p. 744-751.

Farsalinos K.E., Yannovits N., Sarri T., Voudris V., Poulas K., Leischow S.J. (2018) Carbonyl emissions from a novel heated tobacco product (IQOS): comparison with an e-cigarette and a tobacco cigarette. *Addiction*, Vol. 113, n° 11, p. 2099-2106.

Ferris J., Wynne H., Ladouceur R., Stinchfield R., Turner N. (2001) The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa, CCSA-CCLAT, 58 p.

Fournier S., Escots S. (2010) Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gais. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008. Saint-Denis, OFDT, 172 p.

Fox D.P., Gottfredson D.C., Kumpfer K.K., Beatty P.D. (2004) Challenges in disseminating model programs: a qualitative analysis of the Strengthening Washington DC Families Program. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, n° 3, p. 165-176.

Gandilhon M., Cadet-Tairou A., Lahaie E. (2013) La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes. *Tendances*, OFDT, n° 90, 4 p.

Gandilhon M., Cadet-Tairou A., Martinez M. (2014) L'usage de kétamine en France : tendances récentes (2012-2013). Note 2014-7. Saint-Denis, OFDT, 8 p.

Gandilhon M., Néfau T. (2016) La MDMA : une substance emblématique pour une partie de la jeunesse. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 48-50.

Gandilhon M., Weinberger D. (2016) Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne. *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 9, 8 p.

Gautier A. (Dir.) (2011) Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 261 p.

GDPO (2014) Law enforcement is currently not the greatest threat to the survival of Darknet drug markets, Global Drug Policy Observatory, Swansea University, coll. GDPO Situation Analysis, 5 p. <https://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20SA%20Darknet%20Threats%20FINAL.pdf>.

Gérome C., Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Milhet M., Martinez M., Néfau T. (2018) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2017-2018). *Tendances*, OFDT, n° 129, 8 p.

Gérome C., Chevallier C. (2018) Surdoses de GHB/GBL : mise en perspective et état des lieux des données récentes. Note n° 2018-01. Saint-Denis, OFDT, 11 p.

Gicquel T., Hugbart C., Lepage S., Le Devehat F., Baert A., Bouvet R., Morel I. (2015) Mise au point du dosage d'ajmaline, de yohimbine et de réserpine par CL-HR-SM : application à un cas d'intoxication mortelle. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 27, n° 2 Suppl., p. S34.

Grady S.E., Marsh T.A., Tenhouse A., Klein K. (2017) Ketamine for the treatment of major depressive disorder and bipolar depression: A review of the literature. *Mental Health Clinician*, Vol. 7, n° 1, p. 16-23.

Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. (2013) Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 16-17-18, p. 163-168.

Guignard R., Gallopel-Morvan K., Mons U., Hummel K., Nguyen-Thanh V. (2018a) Impact of a negative emotional antitobacco mass media campaign on French smokers: a longitudinal study. *Tobacco Control*, Vol. 27, n° 6, p. 670-676.

Guignard R., Richard J.-B., Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Smadja O., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre santé 2017 (2018b) Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 14-15, p. 298-303.

Guillemont J., Clément J., Cogordan C., Lamboy B. (2013) Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, Vol. 25, n° 1 Suppl., p. 37-45.

Hartman R.L., Huestis M.A. (2013) Cannabis effects on driving skills. *Clinical Chemistry*, Vol. 59, n° 3, p. 478-492.

Haut Conseil de la santé publique (2016) Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette en population générale. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>.

Hautefeuille M., Velea D. (2002) Les drogues de synthèse. Paris, PUF, coll. Que sais-je ? n° 3625, 127 p.

Hoareau E., Reynaud-Maurupt C. (2018) Hépatite C : Renouveau des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. Paris, RESPADD, Fédération Addiction, 92 p. <https://www.federationaddiction.fr/du-nouveau-sur-le-vhc-une-annonce-ministerielle-et-un-guide-partenarial-pour-l'accompagner/>.

Hoizey G., Chèze M., Muckensturm A., Eliot E., Borlot A.-L., Pépin G., Deveaux M. (2017) Ayahuasca et vulnérabilité chimique : à propos d'un cas. *Toxicologie Analytique et clinique*, Vol. 29, n° 2, p. 241-245.

IHRA (2010) Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits ? Position de l'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la définition de la réduction des méfaits. London, International Harm Reduction Association, 2 p. https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf.

Inchley J., Currie D., Vieno A., Torsheim T., Ferreira-Borges C., Weber M.M., Barnekow V., Breda J. (2018) Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 83 p. <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>.

INPS (2018) Application STUPS, Bilan 2017 - Synthèse. Ecully, Institut national de police scientifique.

INSEE (2016) Tableau de l'économie française. Paris, INSEE, coll. INSEE Références, 268 p.

INSEE (2018) Comptes nationaux annuels base 2014 - Consommation finale effective - Ménages hors entrepreneurs individuels - Boissons alcoolisées - Prix courant <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010549108>.

INSERM (2010a) Prévention de l'initiation à l'injection et transitions vers d'autres modes d'administration (chapitre 8). In: Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, p. 131-167.

INSERM (2010b) Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 573 p.

INSERM (2014) Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 482 p.

Jansen K. (2000) Ketamine: Dreams and realities. Sarasota, FL, Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), 355 p.

Janssen E. (2017) Estimating the number of heroin users in metropolitan France using treatment centers data: an exploratory analysis. *Substance Use and Misuse*, Vol. 52, n° 5, p. 683-687.

Janssen E. (2018) Estimating the number of people who inject drugs: a proposal to provide figures nationwide and its application to France. *Journal of Public Health (Oxf)*, Vol. 40, n° 2, p. e180-e188.

Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C., Quaglia M., Razafindratsima N., Vivier G., Oudaya L., Lefèvre C., Désenclos J.-C. (2006) Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 33, p. 244-247.

Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., Couturier E., Emmanuelli J., Desenclos J.-C. (2008) Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *Médecine/Sciences*, Vol. 24, HS n°2, p. 111-121.

Jauffret-Roustide M., Pedrono G., Beltzer N. (2013) Supervised consumption rooms: The French Paradox [Viewpoint]. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 24, n° 6, p. 628-630.

Jauffret-Roustide M. (2016) Les salles de consommation à moindre risque. Apprendre à vivre avec les drogues. *Esprit*, n° 11, p. 115-123.

Jéhannin-Ligier K., Dantony E., Bossard N., Molinié F., Defossez G., Daubisse-Marliac L., Delafosse P., Remontet L., Uhry Z. (2017) Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice, Santé publique France, 80 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2017>.

Jezewski-Serra D., Korribi-Meribai W., Ganne N., Gelsi E., Michel L., Moirand R., Roudot-Thoraval F., Rufat P., Develay A.E. (2013) Morbidité et létalité hospitalières liées aux maladies alcooliques du foie en 2008 en France. *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 16-17-18, p. 191-194.

Johnston L.D., Miech R.A., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E., Patrick M.E. (2018) Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2017: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan, 116 p. <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2017.pdf>.

Joignot F. (2018) LSD, MDMA, psilocybine... Bientôt des psychédélo-thérapies ? *Le Monde*, 18 novembre. https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/11/18/lsd-mdma-psilocybine-bientot-des-psychedelo-therapies_5385093_3232.html.

Kellam S.G., Mackenzie A.C., Brown C.H., Poduska J.M., Wang W., Petras H., Wilcox H.C. (2011) The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*, Vol. 6, n° 1, p. 73-84.

Kiefel M., Reynaud-Maurupt C., Poidevin E. (2018) Le programme américain Good Behavior Game : premiers éléments de compréhension de sa transférabilité en France. *Éducation, Santé, Sociétés*, Vol. 5, n° 1, p. 99-119.

Kopp P. (2015a) Le coût social des drogues en France. Saint-Denis, OFDT, 75 p.

Kopp P. (2015b) Le coût social des drogues en France. Note 2015-04. Saint-Denis, OFDT, 10 p.

Kumpfer K.L. (2015) Middle childhood: Strengthening families program 6-11 (Chapter 4). In: Family-based prevention programs for children and adolescents: Theory, research, and large-scale dissemination, Van Ryzin M., Kumpfer K.L., Falco G., Greenberg M. (Dir.). New York, Psychology Press.

Kuss D.J., Griffiths M.D. (2012) La dépendance aux jeux vidéo sur Internet : une revue systématique des recherches empiriques disponibles dans la littérature. *Adolescence*, Vol. 79, n° 1, p. 17-49.

Lahaie E., Martinez M. (2011) Méthoxétamine. Note d'information SINTES du 5 décembre 2011. Saint-Denis, OFDT, 7 p.

Lahaie E., Martinez M., Cadet-Taïrou A. (2013) Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances*, OFDT, n° 84, 8 p.

Lahaie E., Cadet-Taïrou A. (2014) Héroïne : composition, prix, connaissances des usagers. Saint-Denis, OFDT, 55 p.

Lalam N., Weinberger D., Alimi D., Obradovic I., Gandilhon M. (2017) Cannalex - Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay). Rapport final synthétique. Paris, INHESJ (Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice) ; OFDT, 75 p.

Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., Goulet V., Regnault N. (2018) Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Saint-Maurice, Santé publique France, 10 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-France-entre-2006-et-2013>.

Launet E. (2009) Spice, cannabis bis. *Libération*, 28 septembre. https://www.liberation.fr/societe/2009/09/28/spice-cannabis-bis_584331.

Le Losange rédaction (2018) Nathalie Eyrolles, directrice produits à risque réduit chez JTI France : « En tant que leader chez les buralistes, nous offrons au consommateur la meilleure qualité et la plus grande sécurité ». *Le Losange*, n° 397, p. 62-64.

Lecrique J.-M. (2019) Rapport d'évaluation du programme Unplugged dans le Loiret. Projet porté par l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans) et évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice, Santé publique France, 169 p.

Léger D., Richard J.-B., Godeau E., Beck F. (2012) La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence. Résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 44-45, p. 515-517.

Legoupil C., Hill C. (2018) Epidémiologie du cancer en France. Villejuif, Institut Gustave-Roussy, 95 p. <https://www.gustaveroussy.fr/fr/epidemiologie-et-prevention>.

Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A. (2017) Medication use and misuse among illicit drug users in France. Presentation at the Lisbon Addictions Conference (25 October 2017), 15 p. http://www.emccda.europa.eu/system/files/attachments/6817/12H45_3_Aurelie%20Lermenier-Jeannet.pptx.

Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S. (2017) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. *Tendances*, OFDT, n° 120, 6 p.

Lermenier-Jeannet A., Palle C. (2017) Enquête ATLAS 2016 : principaux résultats (Approvisionnement, lieux d'achat sollicités par les fumeurs français). Saint-Denis, OFDT, 11 p.

Lermenier-Jeannet A. (2018) Consommation, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. *Tendances*, OFDT, n° 126, 6 p.

Lermenier-Jeannet A. (2019) Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. Paris, OFDT, 9 p.

Mainaud T. (2015) Une justice pénale des mineurs adaptée à une délinquance particulière. *Infostat Justice*, n° 133, 8 p.

Marant-Micallef C., Shield K., Vignat J., Hill C., Rogel A., Menvielle G., Dossus L., Ormsby J.-N., Rehm J., Rushton L., Vineis P., Parkin M., Bray F., Soerjomataram I. (2018) Nombre et fraction de cancer attribuable au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : principaux résultats. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 21, p. 432-442.

Martinez M. (2013) Contrôler les NPS : du classement comme stupéfiant à l'utilisation d'autres réglementations. *Acta*, n° 13, p. 62-66.

Martinez M., Lahaie E. (2013) Nouveaux produits de synthèse. In: Drogues et addictions, données essentielles, OFDT (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 266-272.

Martinez M. (2016) Les e-psychonautes, des usagers sous influence numérique. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 70-73.

Martinez M., Kmetonyova D., Belácková V. (2016) A method for exploring the number of online shops selling new psychoactive substances: initial I-TREND project results. In: The internet and drug markets, EMCDDA (Dir.). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n° 21, p. 97-104.

Martinez M., Cadet-Taïrou A., Néfau T., Coordinateurs des sites TREND (2017) Les molécules de type « 25x-NBOMe ». Informations disponibles sur la diffusion d'une famille de NPS en France. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 30 p.

Martinez M., Néfau T., Cadet-Taïrou A. (2018) Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française. *Tendances*, OFDT, n° 127, 8 p.

Masson C., Gandilhon M. (2018) Culture du cannabis en France : de l'artisanat à la production industrielle. *Cahiers de la Sécurité et de la Justice*, n° 43, p. 206-215.

May P.A., Fiorentino D., Phillip Gossage J., Kalberg W.O., Eugene Hoyme H., Robinson L.K., Coriale G., Jones K.L., Del Campo M., Tarani L., Romeo M., Kodituwakku P.W., Deiana L., Buckley D., Ceccanti M. (2006) Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 30, n° 9, p. 1562-1575.

Micallef J., Petitpain N., Mallaret M. (2018) Complications graves vésicales, biliaires de la kétamine et risque d'abus : Quand dose et durée changent la donne... *Bulletin d'informations de pharmacologie - Occitanie*, Vol. 25, n° 1, p. 13.

Michels D., Halfen S., Lert F., Lydié N., Delile J.-M., Arwidson P., Bonnet N. (2017) Change le programme. Rapport d'évaluation. Paris, RESPADD, 96 p. <https://www.federationaddiction.fr/30932-2/>.

MILDECA (2018a) Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 130 p. <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>.

MILDECA (2018b) Cannabidiol (CBD) : le point sur la législation. <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation>.

MILDT (2000) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). Paris, La Documentation française, coll. Rapports officiels, 226 p.

MILDT (2004) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008. Paris, La Documentation française, 76 p.

Milhet M. (2016) Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER' par les usagers de drogues. Saint-Denis, OFDT, 50 p.

Milhet M., Langlois E. (2016) Jeunes et médicaments psychotropes. Enquête qualitative sur l'usage détourné. *Tendances*, OFDT, n° 109, 4 p.

Milhet M., Cadet-Taïrou A., Coordinateurs des sites TREND (2017) Usages de BHD non conformes au cadre médical. De la buprénorphine au « Subu » : observations récentes du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 30 p.

Milhet M., Coordinateurs des sites TREND (2017) Permanence et renouveau des usages de LSD. Observations récentes du dispositif TREND (2015-2016). Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 21 p.

Milhet M., Néfau T. (2017) Chemsex, slam. Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 32 p.

Ministère de la Justice (2017) Les condamnations en 2016. <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/donnees-statistiques-10302/les-condamnations-27130.html>.

Ministère de la Santé et des Solidarités (2006) La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011, 19 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014) Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [PNRT]. Cancer 2014-2019 - Objectif 10, 55 p. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2017) Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030, 74 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de la Justice (2017) Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), 29 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018) Stratégie nationale de santé 2018-2022, 103 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics (2018) Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [PNLT], 45 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf.

Mounteney J., Cunningham A., Groshkova T., Sedefov R., Griffiths P. (2018) Looking to the future - more concern than optimism that cryptomarkets will reduce drug-related harms. *Addiction*, Vol. 113, n° 5, p. 799-800.

Mutatayi C. (2014) Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxico-dépendantes. Expérience en 2010-2011. Saint-Denis, OFDT, 35 p.

Mutatayi C. (2016a) Prévenir les conduites addictives chez les jeunes. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 129-134.

Mutatayi C. (2016b) Les approches psychosociales, mode efficace de prévention. In: Jeunes et addictions, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 140-143.

Mutatayi C. (2017) La grille ASPIRE. Appréciation et sélection de programmes de Prévention issues de la Revue des standards de qualité en prévention « EDPOS ». Saint-Denis, OFDT, 9 p.

Mutatayi C. (2018) Formes et organisation de la prévention des addictions en France. Note n° 2018-5. Paris, OFDT, 14 p.

Mutatayi C. (2019) Résultats de l'enquête Ad-femina 2018. Accueil spécifique des femmes en addictologie. *Tendances*, OFDT, n° 130.

Néfau T., Martinez M., Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Réseau Trend, Dispositif Sintes (2015) What is new on ecstasy in France? Shapes, rates and user perceptions. Poster presented at the Lisbon Addictions Conference, 23-25 September 2015. Saint-Denis, OFDT.

Obradovic I. (2012) Les « consultations jeunes consommateurs ». Un dispositif d'aide ouvert aux jeunes et à leur entourage. *Les Cahiers dynamiques*, n° 56 (Drogues et addictions), p. 88-94.

Obradovic I., Palle C. (2012) Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. *Psychotropes*, Vol. 18, n° 2, p. 77-100.

Obradovic I., Spilka S., Phan O., Bonnaire C., Serehen Z., Doucouré K. (2014) Écrans et jeux vidéo à l'adolescence. Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé, PELLEAS. *Tendances*, OFDT, n° 97, 6 p.

Obradovic I. (2015) Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants. *Tendances*, OFDT, n° 103, 6 p.

Obradovic I., Beck F. (2016) Évolution du cadre légal des politiques de lutte contre les addictions en Europe et aux États-Unis. In: *Traité d'addictologie*. 2^e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 206-213.

Obradovic I. (2017) Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances*, OFDT, n° 122, 8 p.

Obradovic I. (2018a) La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme. Note 2018-04. Saint-Denis, OFDT, 26 p.

Obradovic I. (2018b) Vers la fin de la prohibition ? Convergences et disparités des initiatives de régulation du cannabis aux États-Unis. *Politique Américaine*, n° 30, p. 137-165.

OCRTIS (2017) Les prix des stupéfiants en France. État des lieux 2016, DCPJ / SDLCODF / OCRTIS, 15 p.

OFDT (2013) Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 399 p.

OFDT (2016) 2016 National report (2015 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. Saint-Denis, OFDT.

OFDT (2017a) 2017 National report (2016 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. Saint-Denis, OFDT.

OFDT (2017b) Recueil de données RECAP. Données 2016 : tableaux statistiques au format PDF ou Excel. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>.

OFDT (2018a) 2018 National report (2017 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. Saint-Denis, OFDT.

OFDT (2018b) Évolution du nombre d'interpellations pour ivresse publique et manifeste en France depuis 2001. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-d-interpellations-pour-ivresse-publique/>.

OFDT (2018c) Indice des prix relatifs des boissons alcoolisées en France depuis 1990. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-de-l-indice-des-prix/>.

OFDT (2018d) Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>.

OFDT (2018e) Recueil de données RECAP. Données 2017 : tableaux statistiques au format PDF ou Excel. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>.

OICS (2009) Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2008. New York, United Nations, 147 p. <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2001-2010.html>.

OMS (2003) Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 pour la lutte anti-tabac (CCLAT), 45 p.

ONISR (2018a) La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. Paris, ONISR, 192 p.

ONISR (2018b) Les infractions au code de la route et au code des transports - L'impact sur le permis à points : Bilan statistique 2017. Paris, ONISR, 145 p. <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere>.

Ormsby E. (2016) Silk Road: insights from interviews with users and vendors. In: The Internet and drug markets, EMCDDA (Dir.). Luxembourg, Publications Office of the European Union, p. 61-67.

Paille F., Reynaud M. (2015) L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 24-25, p. 440-449.

Palle C. (2016) Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. *Tendances*, OFDT, n° 110, 8 p.

Palle C., Beck F., Richard J.-B. (2017) Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne. *Tendances*, OFDT, n° 118, 6 p.

Palle C., Rattanaray M. (2018) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 111 p.

Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Richard J.-B., Arwidson P., Beck F., Nguyen-Thanh V. (2016) L'exposition à la fumée de tabac dans les lieux à usage collectif et les lieux de convivialité en France en 2014. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 15, p. 253-263.

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre santé (2018) La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 14-15, p. 265-273.

Pavic G. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Rennes en 2017. Rennes, Liberté Couleurs ; OFDT, 89 p.

Pélessier-Alicot A.-L. (2015) Les cannabinoïdes de synthèse : épidémiologie, modalités de consommations et effets cliniques. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 27, n° 1, p. 33-40.

Pfau G., Cadet-Tairou A. (2018) Usages et vente de crack à Paris. Un état des lieux 2012-2017. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 43 p.

Pfau G., Péquart C., Francia M. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris en 2017. Paris, Association Charonne ; OFDT.

Pisanti S., Malfitano A.M., Ciaglia E., Lamberti A., Ranieri R., Cuomo G., Abate M., Faggiana G., Proto M.C., Fiore D., Laezza C., Bifulco M. (2017) Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacology and Therapeutics*, Vol. 175, p. 133-150.

Ponté C., Pi C., Palmaro A., Jouanjus E., Lapeyre-Mestre M., French Addictovigilance Network (2017) Early signal of diverted use of tropicamide eye drops in France. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 83, n° 8, p. 1791-1800.

Power M. (2013) *Drugs 2.0: The web revolution that's changing how the world gets high*. London, Portobello Books, 292 p.

Protais C. (2016a) Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences. Note 2016-05. Saint-Denis, OFDT, 13 p.

Protais C. (2016b) Répondre aux consommations des jeunes : le dispositif des CJC. In: *Jeunes et addictions*, Beck F. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 135-139.

Protais C. (2017) Les pratiques professionnelles en CJC. Entre hétérogénéité et naissance d'un savoir-faire spécifique. Note 2017-04. Saint-Denis, OFDT, 16 p.

Prud'homme M., Cata R., Jutras-Aswad D. (2015) Cannabidiol as an intervention for addictive behaviors: A systematic review of the evidence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, Vol. 9, p. 33-38.

Quinet E. (2013) L'évaluation socioéconomique des investissements publics. Paris, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 354 p. http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/cgsp_evaluation_socioeconomique_29072014.pdf.

Remy A.-J., Canva V., Chaffraix F., Hadey C., Harcouet L., Terrail N., Vallet N., Happiette A., Gaillet M., Sannier O., Silvain C. (2017) L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 14-15, p. 277-283.

RESPADD (2018) Médicaments antalgiques opioïdes : Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire, 56 p. <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Livret-opio%C3%AFdes.pdf>.

Revue des tabacs rédaction (2018) Produits à risques réduits : Philip Morris poursuit ses communications. *Revue des tabacs*, n° 669, p. 6-7.

Reynaud-Maurupt C. (2006) Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes. Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. Saint-Denis, OFDT, 160 p.

Reynaud-Maurupt C., Chaker S., Claverie O., Monzel M., Moreau C., Évrard I., Cadet-Taiou A. (2007) Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques ». Saint-Denis, OFDT, 143 p.

Reynaud-Maurupt C., Amaouche M., Halfen S., Rimbart G. (2009) Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10^e arrondissement. Étude ethnographique et qualitative. *Etats des lieux*,

besoins et ressources en 2008. Paris, ORS Ile-de-France, 123 p. <https://www.federationaddiction.fr/etude-conduites-addictives-errance-prostitution-a-linterieur-et-aux-abords-des-gares-du-nord-et-de-lest-paris-10e/>.

Reynaud-Maurupt C., Hoareau E. (2010) Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés ». Saint-Denis, OFDT, 273 p.

Reynaud M. (2016) Comprendre les addictions : l'état de l'art. In: Traité d'addictologie. 2^e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 3-28.

Richard J.-B., Andler R., Guignard R., Cogordan C., Léon C., Robert M., Arwidson P., Groupe Baromètre santé 2017 (2018) Baromètre santé 2017 - Méthode. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice, Santé publique France, 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>.

Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2019) La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 89-97.

Roehrig C., Pradier C. (2017) Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé publique*, Vol. 29, n° 5, p. 643-653.

Rotermann M., MacDonald R. (2018) Analyse des tendances de la prévalence de consommation de cannabis au Canada, 1985 à 2015. Ottawa, Statistique Canada, coll. Rapports sur la santé, Vol. 29, n° 2. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2018002/article/54908-fra.pdf?st=8PyTxCnw>.

Roussel O., Perrin M., Herard P., Chevance M., Arpino P. (2009) La 4-méthylphédrone sera-t-elle une « Ecstasy » du XXI^e siècle ? *Annales de Toxicologie Analytique*, Vol. 21, n° 4, p. 169-177.

Roussin A., Doazan d'Ouince O., Géniaux H., Halberer C., Réseau français des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (Centres d'addictovigilance) (2015) Un exemple d'évaluation de l'abus et de la dépendance en addictovigilance : à propos du tramadol. *Thérapie*, Vol. 70, n° 2, p. 203-211.

Roux P., Debrus M., Rojas Castro D., Bladou F., Suzan-Monti M., Avril E., Carrieri P. (2017) De la recherche communautaire à la transformation sociale : l'exemple du projet ANRS-AERLI sur l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection. *Psychotropes*, Vol. 23, n° 2, p. 57-72.

SAMHSA (2017) Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 86 p. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.htm>.

Santé publique France, Institut national du cancer (2017) Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice, Santé publique France, 149 p. http://www.santepubliquefrance.fr/content/download/2143/18554/version/3/file/avis_alcool_040517.pdf.

Santé publique France (2018) Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2009-2016. France entière et COREVIH. Saint-Maurice, Santé publique France, 52 p. http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/143407/519918/version/1/file/DonneesEpidemiologiquesVIHParCorevih_Janvier2018.pdf.

Schwarzinger M., Pollock B.G., Hasan O.S.M., Dufouil C., Rehm J., Baillet S., Guibert Q., Planchet F., Luchini S., QalyDays Study Group (2018) Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, Vol. 3, n° 3, p. e124-e132.

Sénat (2014) Étude d'impact : Projet de loi renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme, 87 p. <http://www.senat.fr/leg/etudes-impact/pjl16-587-ei/pjl16-587-ei.pdf>.

Seyler T., Skarupova K., Néfau T. (2019) Drugs in syringes form six European cities: Results from the ESCAPE project 2017. Lisbon, EMCDDA, coll. Rapid Communications.

Sharif I., Sargent J.D. (2006) Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics*, Vol. 118, n° 4, p. e1061-e1070.

Shield K., Marant Micallef C., Hill C., Touvier M., Arwidson P., Bonaldi C., Ferrari P., Bray F., Soerjomataram I. (2017) New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction*, Vol. 113, n° 2, p. 247-256.

Simmat-Durand L., Vellut N., Jauffret-Roustide M., Michel L., Mougel S., Lejeune C., Planche M. (2013) Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? *Psychotropes*, Vol. 19, n° 3-4, p. 35-60.

Spilka S., Janssen E., Legleye S. (2013) Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Note n° 2013-02. Saint-Denis, OFDT, 9 p.

Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D., Ngantcha M., Godeau E. (2015) Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». *Tendances*, OFDT, n° 106, 6 p.

Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E. (2016) Les drogues durant les « années lycée ». Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. *Tendances*, OFDT, n° 112, 4 p.

Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S. (2018a) Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*, OFDT, n° 123, 8 p.

Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. (2018b) Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances*, OFDT, n° 128, 6 p.

Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Chyderiotis S. (2019) Perceptions et opinions sur les drogues en France en 2018. *Tendances*, OFDT, n° 131.

The Espad Group (2016) ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Lisbon, EMCDDA, ESPAD, 99 p. <http://www.espad.org/report/home/>.

Tinland A., Fortanier C., Girard V., Laval C., Videau B., Rhenter P., Greacen T., Falissard B., Apostolidis T., Lancon C., Boyer L., Auquier P. (2013) Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, Vol. 14, n° 309.

Tissot N. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2017. Tendances récentes sur le site de Lyon. Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; OFDT, 105 p.

TNS Opinion & Social (2017) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 458 / Wave EB87.1. Bruxelles, Commission Européenne, 205 p. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2146>.

Tovar M.-L., Bastianic T. (2013) Opinions et perceptions sur les drogues. In: *Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT (Dir.). Saint-Denis, OFDT, p. 46-52.

Tovar M.-L., Le Nézet O., Bastianic T. (2013) Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, OFDT, n° 88, 6 p.

UNODC (2018) World drug report 2018. New York, United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/wdr2018>.

van Amsterdam J., van den Brink W. (2015) The misuse of prescription opioids: A threat for Europe? *Current Drug Abuse Reviews*, Vol. 8, n° 1, p. 3-14.

Volkow N.D., Swanson J.M., Evins A.E., DeLisi L.E., Meier M.H., Gonzalez R., Bloomfield M.A., Curran H.V., Baler R. (2016) Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, Vol. 73, n° 3, p. 292-297.

Weill-Barillet L., Pillonel J., Semaille C., Léon L., Le Strat Y., Pascal X., Barin F., Jauffret-Roustide M. (2016) Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, socio-demographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 64, n° 4, p. 301-312.

Weinberger D. (2011) Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? *Drogues, enjeux internationaux*, OFDT, n° 1, 6 p.

Wenig R. (2015) Découvertes des cannabinoïdes de synthèse – aspects historiques [Editorial]. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 27, n° 1, p. 1-2.

WHO, UNODC, UNAIDS. (2012) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, World Health Organization.

WHO (2015) Expert Committee on Drug Dependence. Thirty-sixth report. Geneva, WHO, coll. Technical Report Series, No. 991, 62 p. http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Mandate_and_Functions/Report_36th_WHO_ECDD.pdf.

WHO (2017) WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva, WHO, 267 p. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/tobacco-report/fr/>.

WHO (2018) Gaming disorder <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>.

WHO Regional Office for Europe (2018a) European mortality database (MDB) - All causes of death and infectious diseases. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/#all-causes>.

WHO Regional Office for Europe (2018b) SDR, chronic liver disease and cirrhosis, all ages, per 100 000. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_236-1860-sdr-chronic-liver-disease-and-cirrhosis-all-ages-per-100-000/.

Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. (2013) Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, Vol. 25, n° 1 Suppl., p. 65-74.

Chronologie 2013-2018

Cette rétrospective, essentiellement nationale, porte sur la politique publique des drogues, les événements s'y rapportant. Pour un recensement plus détaillé le lecteur pourra se reporter au site www.ofdt.fr

2013

7 juin 2013. Le Conseil d'État annule un arrêté de 2011 et permet la remise en vente libre des poppers.

19 septembre 2013. Comité interministériel adoptant le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre la drogue et les conduites addictives, préparé par la MILDT.

2014

Janvier 2014. Le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre la drogue et les conduites addictives est complété par un premier plan d'action 2013-2015. Un second plan lui succédera pour la période 2016-2017.

8 janvier 2014. Autorisation de mise sur le marché (AMM) par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'un médicament à base de cannabis (Sativex®), dans le cadre strict du traitement des spasmes musculaires de la sclérose en plaques.

Février 2014. Mise en place de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) afin de promouvoir et de diffuser une nouvelle politique de prévention.

13 mars 2014. La MILDT devient la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

4 juillet 2014. Modification d'un arrêté du code du travail permettant à l'employeur de limiter, voire d'interdire la consommation d'alcool sur le lieu de travail.

Septembre 2014. Lancement du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) autorisant différentes mesures, dont le paquet neutre standardisé. Le Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) prend le relais sur la période 2018-2022.

17 octobre 2014. Nouvelles conditions de prescription de la méthadone sous forme gélule qui peut désormais être prescrite pour une durée maximale de 28 jours.

2015

27 mai 2015. Sept familles chimiques de cannabinoïdes de synthèse sont inscrites sur la liste des substances classées comme stupéfiants.

15 septembre 2015. Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH sont disponibles en pharmacie.

8 novembre 2015. Inscription des molécules de type 25xNBOMe (groupe de molécules de la famille des phénéthylamines) sur la liste des substances classées comme stupéfiants.

2016

26 janvier 2016. Adoption de la loi de modernisation de notre système de santé autorisant l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, l'extension de la pratique des TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) et définissant la notion de réduction des risques et des dommages.

19-21 avril 2016. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) sur le problème mondial des drogues ouvrant la possibilité d'un débat ouvert au sommet des instances internationales pour envisager des réponses alternatives au problème de la drogue dans le monde.

7 et 8 avril 2016. Première audition publique sur la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives réunissant les principaux acteurs du champ.

11 juin 2016. Le traitement de l'hépatite C par les antiviraux d'action directe est pris en charge par l'Assurance-maladie à 100 % pour les personnes à risque élevé de transmission du virus, dont les usagers de drogues échangeant leur matériel.

28 juillet 2016. La spécialité Nalscuc® (naloxone par voie nasale), antidote aux surdoses opiacées, obtient une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte. AMM en juillet 2017.

14 octobre et 7 novembre 2016. Ouverture des salles de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris puis Strasbourg.

Novembre 2016. Premier « Mois sans tabac » : près de 180 000 inscrits et plus de 620 000 kits d'aide à l'arrêt du tabac sont distribués.

2017

12 mai 2017. Autorisation pour les CAARUD de distribuer des kits naloxone en prévention des risques d'overdose.

12 juillet 2017. Arrêté à effet immédiat inscrivant tous les médicaments contenant de la codéine, du dextrométhorphane, de l'éthylmorphine ou de la noscapine sur la liste des médicaments disponibles sur ordonnance.

2018

Février 2018. La MILDECA met en place un groupe de travail autour de la question du crack. À la suite de ces réunions, la Mairie de Paris lance en octobre 2018 un plan anti-crack doté de 1,5 million d'euros pour 2019.

18 juin 2018. L'addiction aux jeux vidéo est désormais reconnue comme une maladie par l'OMS qui l'intègre dans la 11^e version de la Classification internationale des maladies.

Septembre 2018. L'ANSM crée un Comité scientifique spécialisé temporaire sur la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France. En décembre 2018, les conclusions estiment pertinent d'en autoriser l'usage dans certaines situations thérapeutiques.

23 novembre 2018. Dans le cadre de l'examen en première lecture du projet de loi de programmation de la justice 2018-2022, l'Assemblée nationale adopte la création d'une amende forfaitaire délictuelle de 200 euros pour usage de stupéfiants.

19 décembre 2018. Le nouveau Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022, élaboré par la MILDECA, est adopté par le Gouvernement. Ce plan prône une approche envers l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) et les autres formes de conduites addictives (jeux d'argent et de hasard, dopage) en mettant l'accent sur les écrans.

Liste des sigles

AAD	Antiviraux d'action directe
AERLI	Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARJEL	Autorité de régulation des jeux en ligne
ARS	Agence régionale de santé
ASPIRE	Appréciation et sélection de programmes de prévention issues de la revue des standards de qualité en prévention « ED PQS »
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BHD	Buprénorphine haut dosage
BO	<i>Bulletin officiel</i>
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BZD	Benzodiazépines
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CBD	Cannabidiol
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac
CDAG	Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites
CEA	Conduite d'un véhicule sous l'emprise de l'alcool
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEIP-A	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - Addictovigilance
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CIM	Classification internationale des maladies

CIPCA	Commission interministérielle de prévention des conduites addictives
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance-maladie des travailleurs salariés
CNRMS	Coordination nationale des réseaux des microstructures
CPS	Compétences psychosociales
CS	Cannabinoïdes de synthèse
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI	Code de la sécurité intérieure
CSP	Code de santé publique
CSST	Comité scientifique spécialisé temporaire
CT	Communauté thérapeutique
CTR	Centre thérapeutique résidentiel
Δ9-THC	Delta-9-tetrahydrocannabinol
DGDDI	Direction générale des douanes et des droits indirects
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGPN	Direction générale de la police nationale
DGS	Direction générale de la santé
DMT	Diméthyltryptamine
DN	Darknet
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)
DTA	Décès toxiques par antalgiques
EDPQS	European Drug Prevention Quality Standards / ASPIRE
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
ELSA	Équipes de liaison et de soins en addictologie
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
EROPP	Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FDJ	Française des jeux
FFA	Fédération française d'addictologie
GBL	Gamma-butyrolactone
GHB	Gamma-hydroxybutyrate
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children

HCSP	Haut conseil de la santé publique
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IC	Intervalle de confiance
ICJE	Indice canadien du jeu excessif
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INCa	Institut national du cancer
INHESJ	Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IV	Injection intraveineuse
JAH	Jeux d'argent et de hasard
JDC	Journée défense et citoyenneté
JORF	Journal officiel de la République française
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDMA	3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSO	Médicament de substitution aux opioïdes
NOR	Système normalisé de numérotation des textes officiels français publiés depuis le 1 ^{er} janvier 1987
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
ODJ	Observatoire des jeux
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé / World Health Organisation (WHO)
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
ORS	Observatoire régional de santé
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PELLES	Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé

PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMU	Pari mutuel urbain
PNLT	Programme national de lutte contre le tabac
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
PNS	Paquet neutre standardisé
PSFP	Programme de soutien aux familles et à la parentalité
RC	Research Chemicals
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
RSA	Revenu de solidarité active
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAM	Stupéfiants et accidents mortels de la route
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SDF	Sans domicile fixe
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNIIRAM	Système national d'information inter régime de l'Assurance-maladie
SpF	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TGI	Tribunal de grande instance
THC	voir Δ^9 -THC
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO	Traitements de substitution aux opioïdes
UD	Usagers de drogues
UE	Union européenne
UNC	Usage non conforme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies)
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VADS	Voies aéro-digestives supérieures
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'OFDT

Qui consomme ? Quels produits ? Avec quels risques et dommages ? Que sait-on des usages problématiques ? Quelles réponses sont apportées au phénomène ? Comment évoluent les marchés ? Et les conduites addictives sans substance ?

En répondant, depuis 1993, à toutes ces questions, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies éclaire les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public sur les usages de drogues et les pratiques addictives. Ce groupement d'intérêt public rassemble des spécialistes issus de différentes disciplines complémentaires dans leurs approches des addictions et de leurs conséquences : démographie, épidémiologie, économie, médecine, pharmacie, sociologie, statistique...

L'équipe, dirigée depuis 2017 par Julien Morel d'Arleux, assure le recueil, l'analyse et la synthèse des connaissances provenant des travaux de l'OFDT et de sources scientifiquement validées relatives aux substances licites ou illicites, ainsi qu'aux conduites addictives sans produit (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, Internet ...).

À travers son système pérenne d'observation, l'OFDT permet la description du phénomène et de ses évolutions ; il est par ailleurs en mesure d'apporter un concours méthodologique en matière d'évaluation des dispositifs mis en œuvre. Son assemblée générale, présidée par Christine d'Autume regroupe les représentants de l'État à travers les différents ministères concernés par la lutte contre les drogues et les toxicomanies et la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) ainsi que des personnes morales de droit privé.

L'OFDT appuie son action sur un collège scientifique présidé par Bruno Falissard qui rassemble des personnalités aux compétences reconnues dans les domaines entrant dans ses missions. L'OFDT est par ailleurs le relais français de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, EMCDDA, agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur les drogues illicites.

Les travaux et enquêtes de l'OFDT sont valorisés par de nombreuses publications et des analyses, toutes accessibles depuis son site Internet, à partir duquel plusieurs bases de données (base documentaire et législative, cartographie régionale ODICER) peuvent également être consultées.

Citation recommandée : OFDT, Drogues et addictions, données essentielles 2019, Paris, OFDT, 2019, 200 p.

Crédits photographiques : © estherpoon / © Monkey Business / © dobri71- Fotolia.com / © monticelllo / © kalafoto - Adobe Stock

Depuis vingt-cinq ans, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'attache à diffuser des connaissances précises et validées sur le phénomène des drogues et des conduites addictives afin qu'elles puissent être partagées par tous : décideurs, professionnels, grand public.

À cet effet, l'OFDT produit régulièrement un ouvrage de synthèse, *Drogues et addictions, données essentielles*, rassemblant les résultats des études les plus récentes et documentant des questions clés sur l'ampleur des usages, les changements de comportement, les dommages induits, les personnes sous traitement ou les transformations des marchés.

Cette édition 2019, la septième, retrace dans un format court (200 pages) et accessible les évolutions majeures observées au cours des cinq dernières années. L'ouvrage s'organise en trois parties, composées de plusieurs chapitres, qui peuvent être consultées et lues indépendamment les unes des autres :

1. un état des lieux des consommations (incluant des comparaisons au plan européen) et une description des profils d'usagers, des modes d'usage, des conséquences sanitaires et sociales, ainsi que de l'offre et des trafics, y compris sur Internet ;
2. une analyse des orientations des politiques et des réponses publiques mises en œuvre, en termes de législation, de prévention, de réduction des risques et des dommages et de traitement pénal. L'évolution des perceptions des Français sur ces thématiques est également abordée ;
3. douze fiches, enfin, rassemblant, pour chaque produit (licite ou illicite), famille de produits ou type de conduite addictive sans produit, les dernières données disponibles sur les usages, conséquences, prises en charge, prix, marchés, etc.

Ces éléments sont précédés d'une synthèse générale qui reprend les points saillants de *Drogues et addictions, données essentielles* et replace les tendances récentes évoquées dans un contexte élargi, en ouvrant des perspectives.

Une chronologie 2013-2018 de même que des références législatives et bibliographiques complètent ce travail collectif de l'équipe de l'OFDT.

