

Contributions

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

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 sociale 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'usagers, 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

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.