



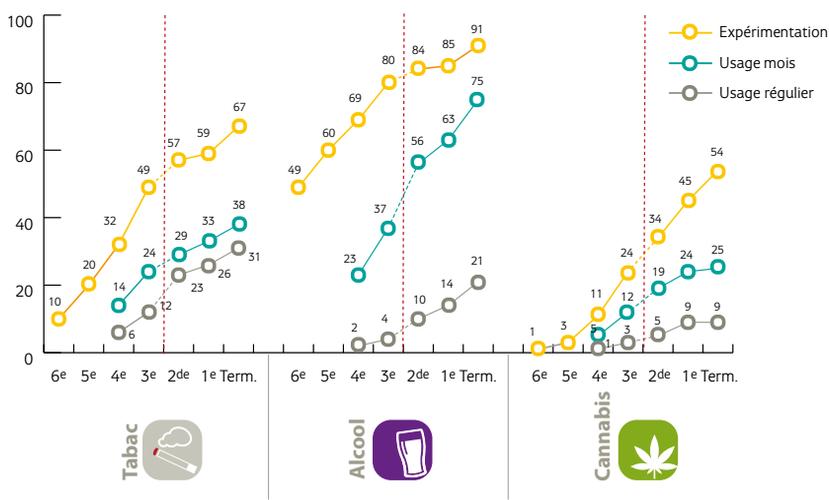
Usages de drogues, conséquences et offre

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 %)



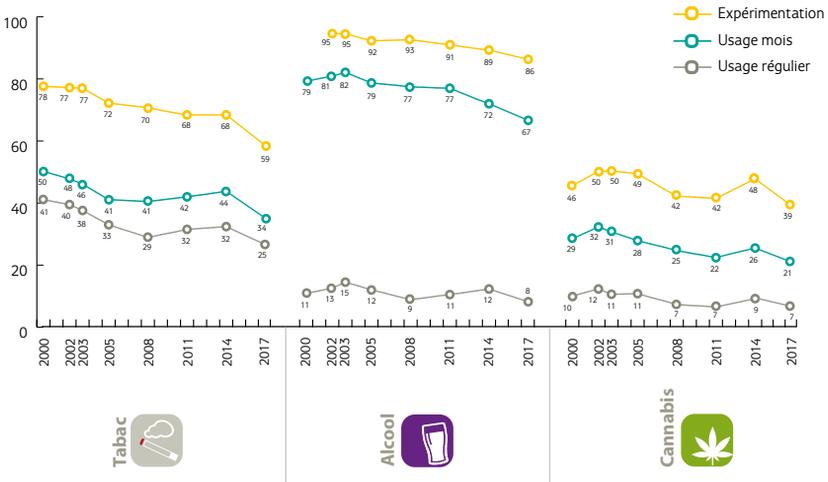
Sources : HBSC 2014, ESPAD 2015, OFDT

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 %)



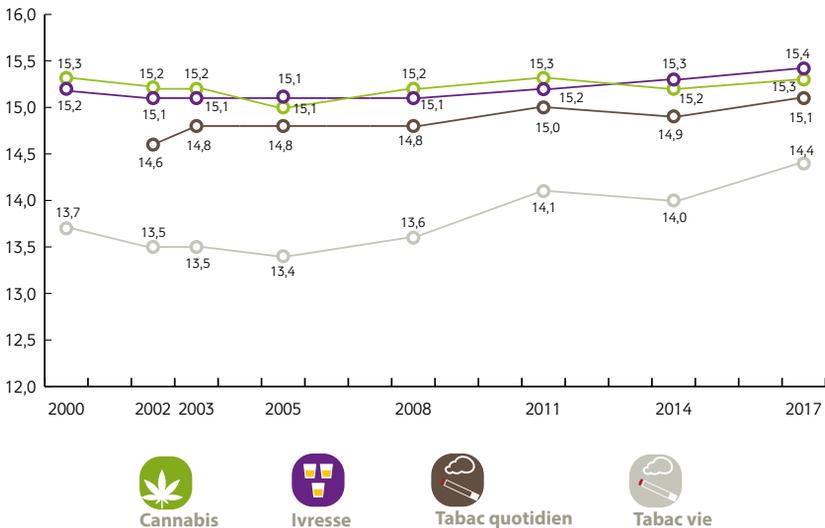
Source : ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

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.

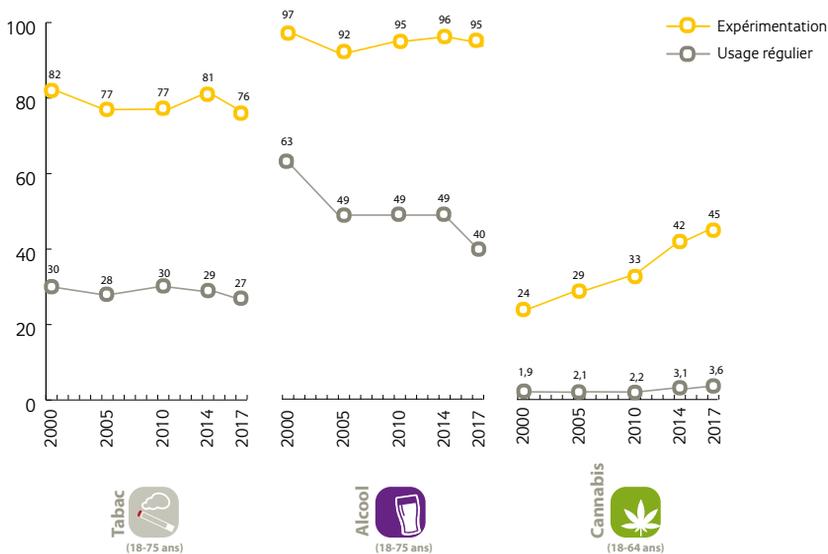
Figure 3. Évolution de 2000 à 2017 de l'âge moyen d'usage de tabac, de cannabis et de la première ivresse chez les adolescents



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 %)



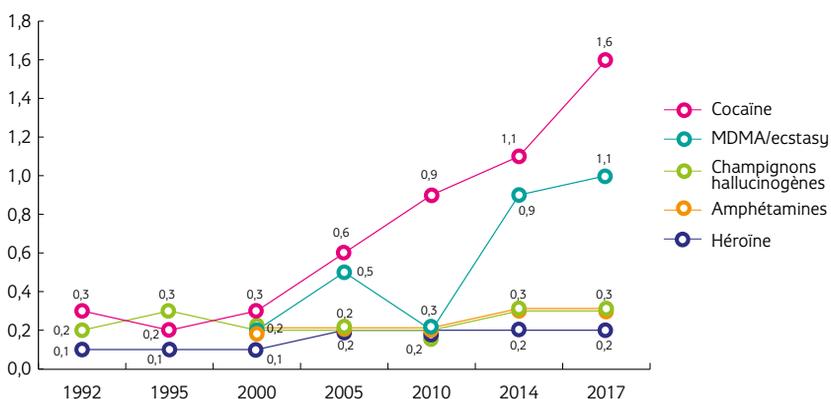
Source : Baromètres santé, Santé publique France.

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 « travellers » (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

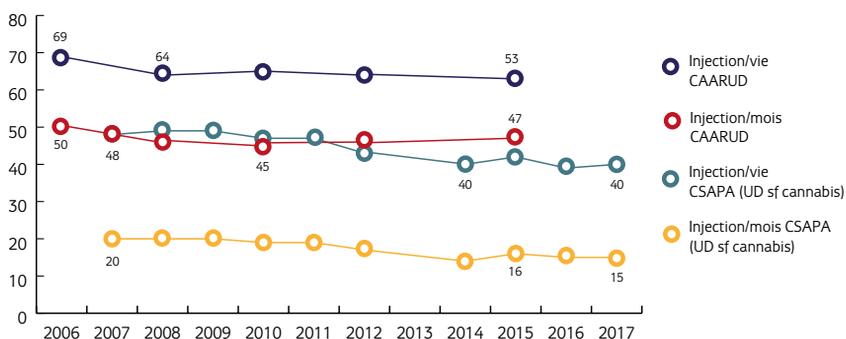
Globalement, la part des usagers pratiquant l'injection par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (UD) a reculé au cours des vingt dernières années. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) orientés vers le traitement des usagers de drogues illicites recevaient 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 %)

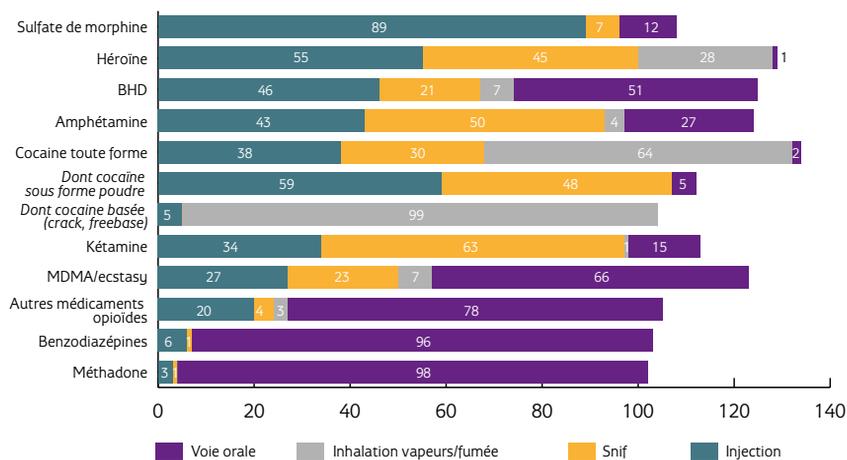


Note : les usagers des CSAPA inclus ici sont pris en charge pour une consommation problématique de drogue illicite, à l'exception du cannabis seul. C'est pourquoi cette donnée est différente de celle citée dans le texte pour l'injection vie (25 %).

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.

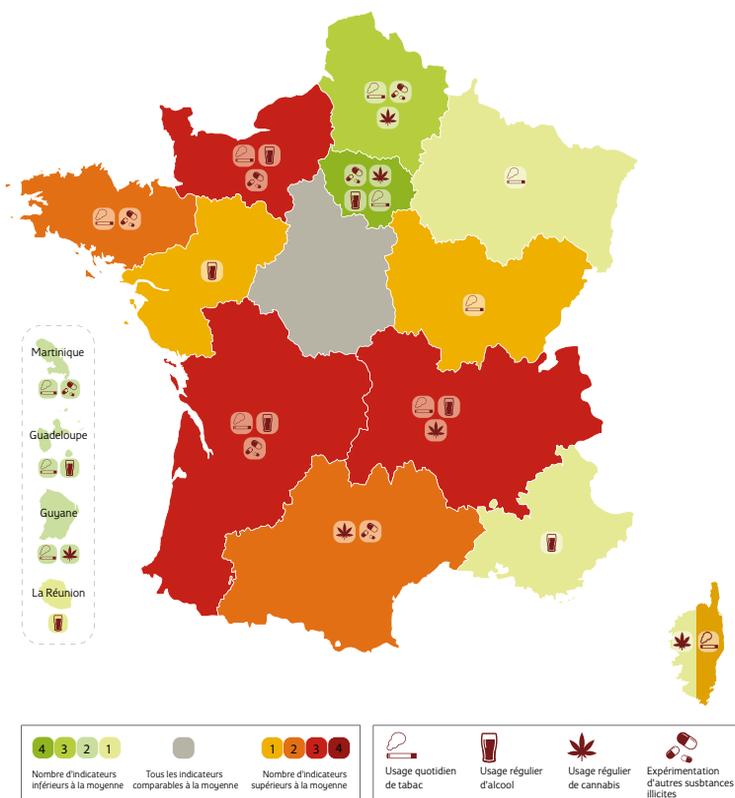
Toutes les régions de la façade ouest du pays, à l'exception des Pays de la Loire, présentent une proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir déjà expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis plus importante que dans le reste du territoire : ce type d'expérimentations concerne un peu moins 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.

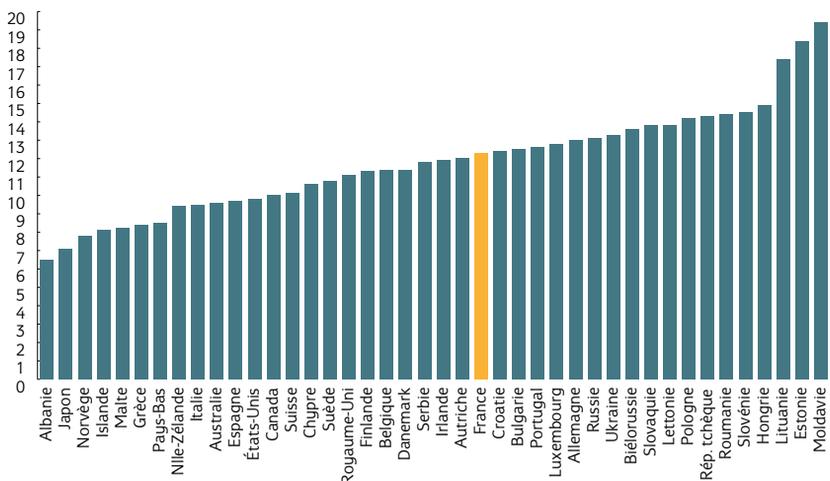
Cette position en milieu de tableau se retrouve chez les élèves âgés de 15-16 ans en 2015 (The Espad Group, 2016). Les jeunes Français se classent, pour les consommations et les ivresses dans le mois, aux 20^e et au 16^e rang des 35 pays participants, avec des prévalences respectives de 53 % et 13 %. 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 perçues 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

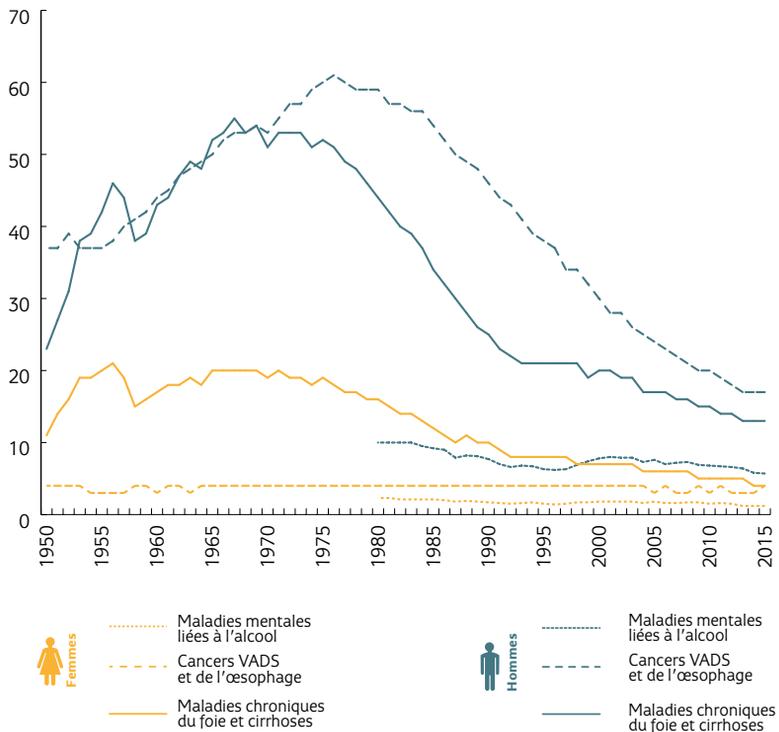
1. Codes de la CIM10 : K70, K73, K74.

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

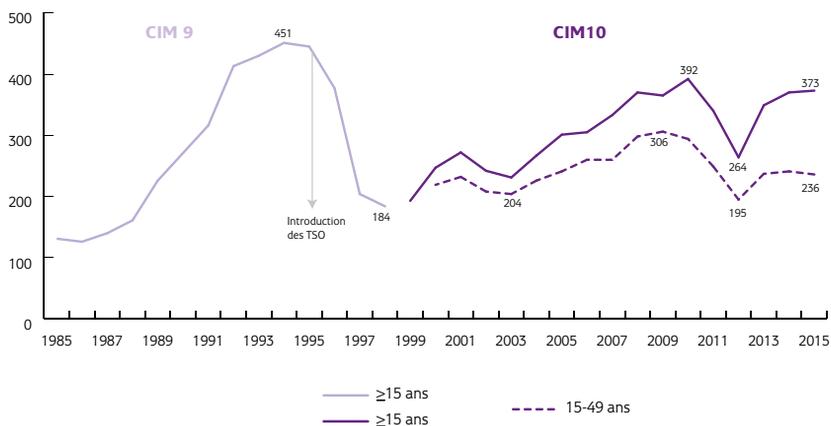
Les dommages sanitaires de la consommation de drogues illicites touchent une population limitée, comparée à l'alcool et au tabac, mais beaucoup plus jeune. Au premier plan des risques figurent les intoxications aiguës qui peuvent être fatales (par dépression respiratoire dans les cas de surdoses liées 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-INERM, 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.

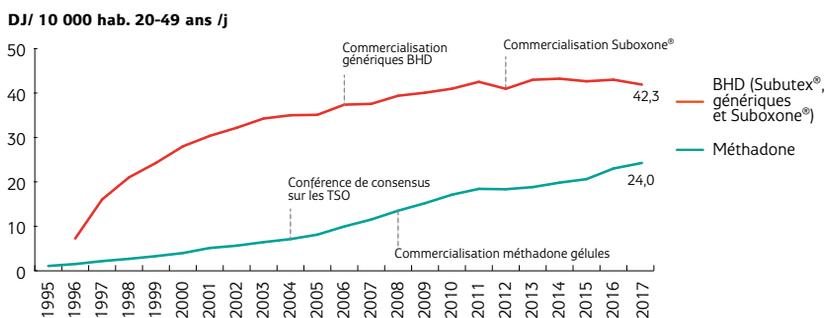
Le nombre de personnes traitées par un MSO, qui n'avait cessé d'augmenter depuis leur introduction, tend à se stabiliser autour de 180 000 en 2017. La délivrance a lieu en pharmacie d'officine pour 162 000 d'entre elles (parmi lesquelles 87 % ont une prescription provenant de médecins libéraux, quasi 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, 2019).

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, 2019).

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'usagers-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

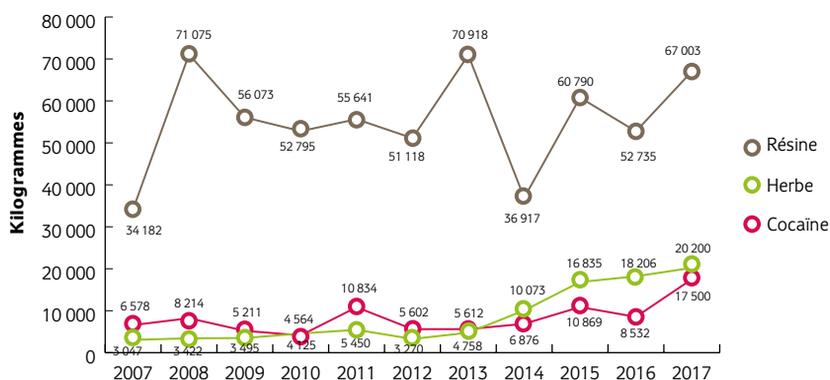
Depuis quelques années, le marché du cannabis en France connaît des mutations majeures. La plus notable est la progression importante du marché de l'herbe et le développement de la culture de cannabis. Le premier phénomène est lié à l'expansion de la production de cannabis européen depuis les années 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)