



Produits et conduites addictives



Alcool

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

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

Consommation en recul chez les adolescents

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

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

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

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

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

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

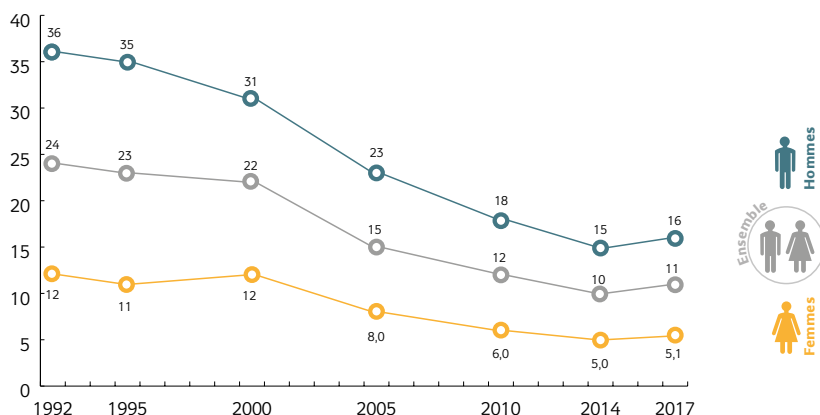
Des usages quotidiens d'alcool qui ne baissent plus chez les adultes

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

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

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

Figure1. Pourcentage de consommateurs quotidiens d'alcool parmi les 18-75 ans, 1992 - 2017 (en %)



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

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

Ventes en volume : une diminution de plus en plus faible

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

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

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

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

Mortalité en repli

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Moins de condamnations pour conduite en état alcoolique

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

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

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

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

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

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

Domages pour les tiers : un Français sur deux concerné

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

Un poids économique et un coût social importants

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

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

6. Chiffres provisoires.

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

Politique publique : moindre interdiction de la publicité

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



Évolutions récentes

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

Référence législative

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

Cannabis et cannabinoïdes de synthèse

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

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

Un usage en recul chez les adolescents, mais toujours répandu

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

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

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

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

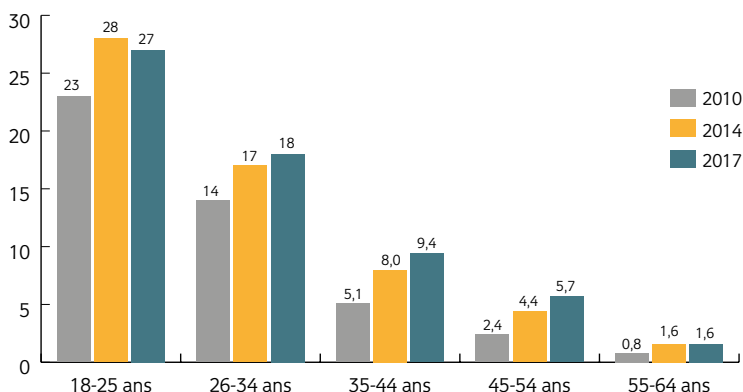
* : huile, pollen

Source : enquête ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT

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

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

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



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

Une diffusion croissante parmi les plus âgés

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

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

À propos du CBD

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

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

Éléments de comparaison européenne

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

Circulation de cannabinoïdes de synthèse

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

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

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

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

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

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

Conséquences sanitaires et prise en charge

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

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

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

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

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

Un marché dynamique

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

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

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

Cannabis à visée thérapeutique : vers une expérimentation ?


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

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

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

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

Évolutions récentes



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

Référence législative

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

Cocaïne, crack, free base

Michel Gandilhon, Éric Janssen, Christophe Palle

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

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

Un usage en recul parmi les adolescents...

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

... et qui s'enracine chez les adultes

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

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

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

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

Des consommations y compris au sein des populations précaires

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

Des conséquences sanitaires et sociales plus visibles

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

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

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

Hausse des prises en charge

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

Un marché en forte augmentation

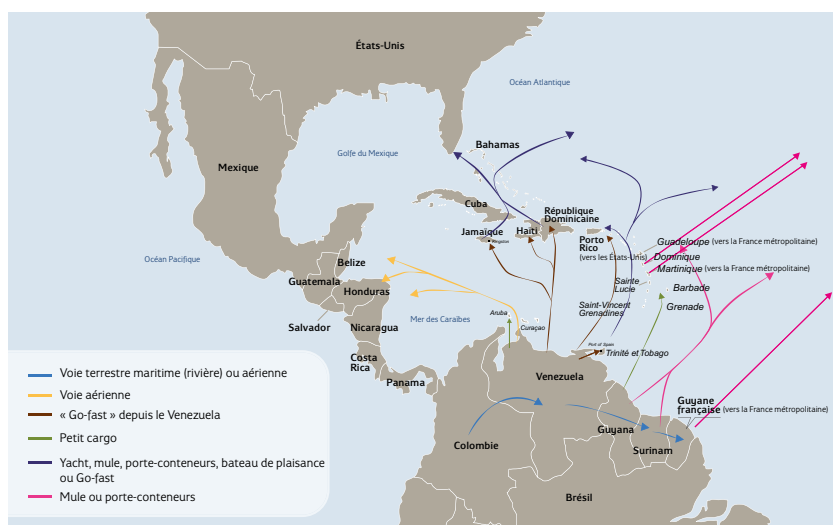
La cocaïne consommée en France provient essentiellement de Colombie, où la production a atteint des niveaux historiques en 2016 (UNODC, 2018). Cette offre croissante, qui affecte nombre de pays européens (EMCDDA, 2018), se retrouve dans les statistiques de l'OCRIS, puisque les saisies en France, réalisées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

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

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

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

Carte1. Les flux de cocaïne dans la mer des Caraïbes et vers la Guyane




Source : OFDT

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

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

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

Évolutions récentes



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

Écrans interactifs

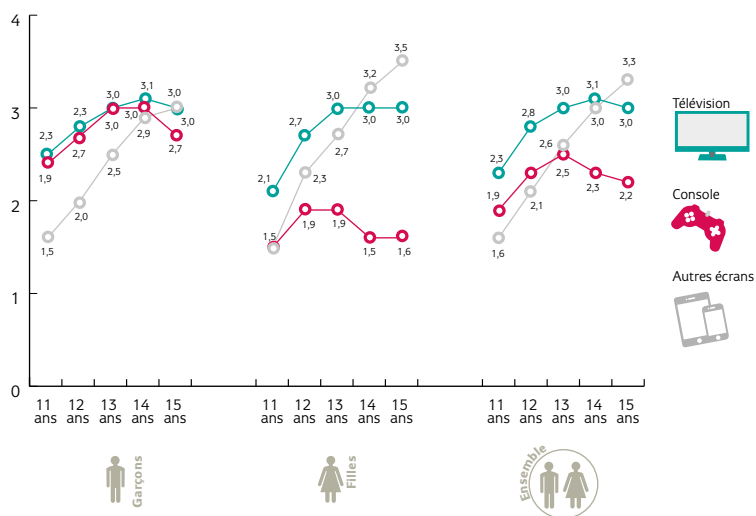
Antoine Philippon, Alex Brissot, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka

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

Les collégiens et collégiennes face aux écrans

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

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



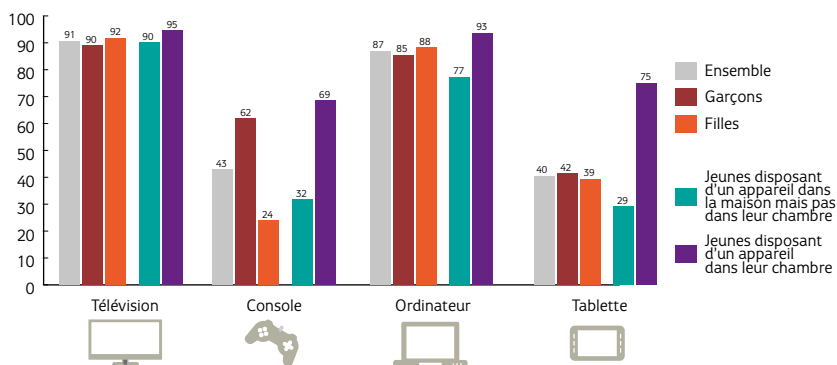
Source : HBSC 2014

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

Les lycéens et Internet

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

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



Source : ESCAPAD 2017, OFDT

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

Les écrans à 17 ans

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

Évolutions récentes

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



GHB/GBL, poppers et protoxyde d'azote

Clément Gérome

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

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

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

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

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

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

Le poppers, un produit légal et facile d'accès

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

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

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

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

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

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

Niveaux de consommation en population générale très variables

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

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

Une visibilité accrue des usages récréatifs en contexte sexuel et festif

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

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

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

Évolutions récentes



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

Héroïne et autres opioïdes

Agnès Cadet-Taïrou, Thomas Néfau, Éric Janssen

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

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

Tableau 1. Les différentes catégories de substances opioïdes

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

Opioïdes naturels, opioïdes semi-synthétiques, opioïdes synthétiques

* Opioïdes classés comme stupéfiants

1. Selon la classification OMS

2. La codéine est également utilisée comme antitussif.

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

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

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

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

Opioides illicites, faible niveau d'usage en population générale

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

Les médicaments opioïdes, une exposition plus large

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

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

Des profils d'usagers qui se sont diversifiés

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

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

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

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

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

Un rôle toujours central dans les surdoses et les dépendances

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

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

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

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

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

Une offre croissante

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

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

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

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

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

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

Évolutions récentes

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

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

Référence législative

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

Jeux d'argent et de hasard

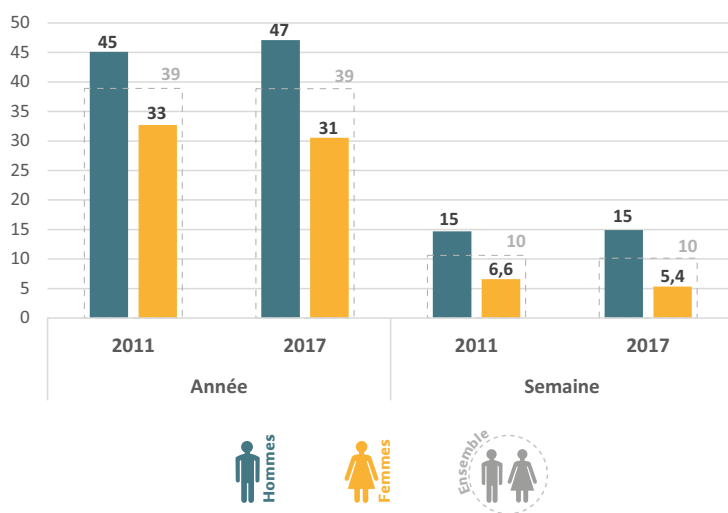
Alex Brissot, Stanislas Spilka

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

Les jeux privilégiés à la fin de l'adolescence

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

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



Source : ESCAPAD 2017, OFDT

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ODJ

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

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

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

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

Évolutions récentes

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

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

LSD, champignons, autres hallucinogènes et hallucinogènes de synthèse

Magali Martinez, Éric Janssen

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

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

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

Des substances surtout essayées par les jeunes adultes

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

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

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

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

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

Lente diffusion hors des cercles d'initiés, nouvelles pratiques

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

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

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

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

Un marché mieux approvisionné

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

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

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

Des conséquences sanitaires encore mal explorées

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

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

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

Évolutions récentes

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



Médicaments psychotropes non opioïdes

Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

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

Des usages répandus en population générale

Un niveau global de consommation en baisse

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

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

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

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

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

... mais une banalisation chez les jeunes

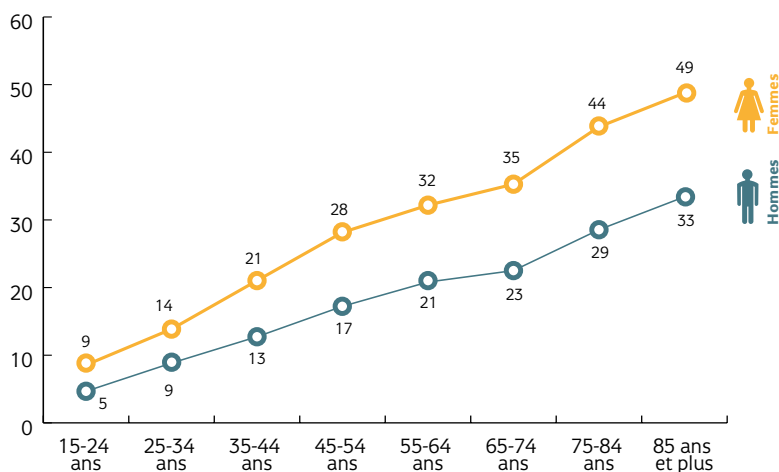
En 2017, plus de un jeune de 17 ans sur cinq déclarait avoir utilisé un médicament psychotrope au cours de la vie (22 %, contre 25 % en 2014), les filles bien plus souvent que les garçons (30 % contre 14 %). Tranquillisants (13 % vs 16 % en 2014) et somnifères (10 % vs 13 %) sont parmi les plus communément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

Des médicaments à risque de mésusage

En population générale

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

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



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

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

Et chez les usagers de drogues

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

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

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

3. Tel qu'exprimé par les usagers.

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

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

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

Des produits majoritairement obtenus par prescription

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

Un impact sanitaire peu documenté

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

Évolutions récentes

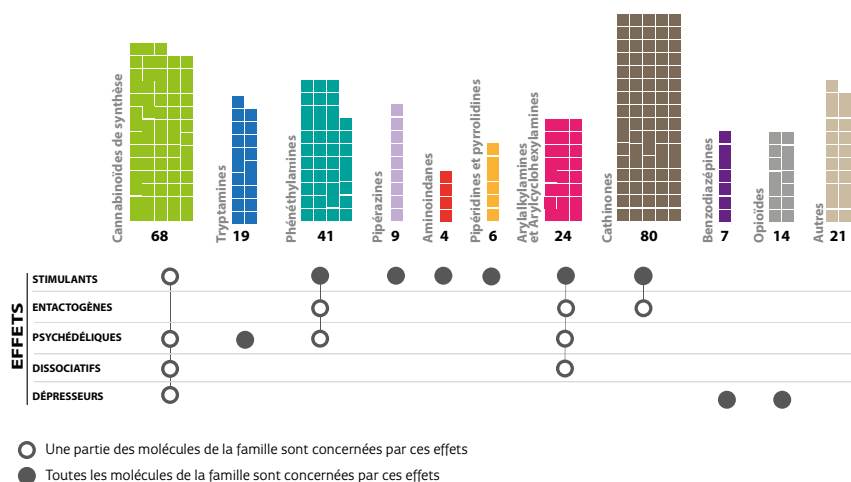
La prescription des médicaments psychotropes non opioïdes les plus utilisés en France, anxiolytiques et hypnotiques, continue de reculer progressivement sans modification sensible de leur répartition dans la population. L'augmentation des demandes de traitement en CSAPA entre 2015 et 2017 pourrait être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

Nouveaux produits de synthèse

Magali Martinez

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

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



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

Usages confidentiels hormis au sein de groupes spécifiques

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

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

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

Les difficultés pour estimer la prévalence de NPS

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

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

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

Peu d'éléments de comparaisons au plan européen

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

Conséquences sanitaires encore méconnues

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

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

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

Un marché des NPS essentiellement lié à Internet

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

Évolutions récentes



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

Stimulants de synthèse : MDMA/ecstasy, amphétamines et cathinones

Thomas Néfau, Éric Janssen

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

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

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

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

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

Stabilisation de la consommation en population générale après une forte augmentation

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

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

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

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

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

Usages de MDMA conformes aux moyennes européennes

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

Des groupes de consommateurs avant tout festifs

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

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

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

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

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

Conséquences sanitaires et prise en charge

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

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

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

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

Réduire les risques

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

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

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

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

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

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

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

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

Évolutions récentes



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

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

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

Référence législative

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

Tabac, chicha et cigarette électronique

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

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

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

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

Un net recul du tabagisme adolescent...

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

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

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

Parmi les adolescents de 17 ans, l'usage de la cigarette électronique demeure occasionnel : 35 % des expérimentateurs se sont contentés d'essayer, notamment les filles (40 %, contre 30 % des garçons). L'usage dans le mois a diminué de 5 points par rapport à 2014 et le « vapotage » quotidien reste quasi inexistant (1,9 %).

Tableau 1. Niveaux d'usage de la cigarette, d'expérimentation de la chicha et de la cigarette électronique selon le sexe chez les adolescents français de 17 ans en 2017 et évolution 2014-2017

Usage (%)	Garçons 2017	Filles 2017	Sex ratio ^a	Ensemble 2017	Évolution 2014-17 (en points)
Expérimentation de la cigarette	58	60	0,97*	59	- 9
Usage quotidien (au moins 1 cig./jour)	26	24	1,11*	25	- 7
Expérimentation de la chicha	54	45	1,20*	50	- 15
Expérimentation de la cigarette électronique	57	48	1,17*	52	- 1

^a Le sex-ratio correspond au rapport entre la prévalence parmi les garçons et celle parmi les filles

* indique une différence statistiquement significative.

Sources : ESCAPAD 2014, 2017 (France métropolitaine), OFDT

... et parmi les adultes

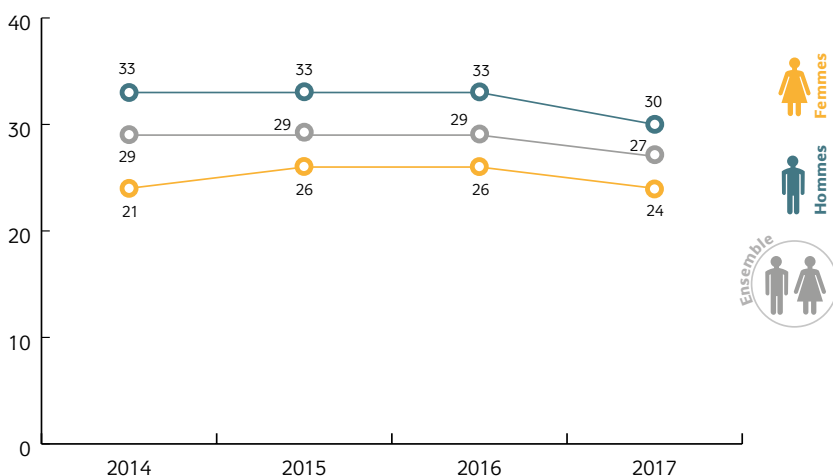
En 2017, 32 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer, les hommes un peu plus souvent que les femmes (35 % vs 29 %). La consommation quotidienne de tabac, c'est-à-dire au moins une cigarette par jour, concernait 27 % des 18-75 ans (30 % des hommes et 24 % des femmes). Après une période de stabilité entre 2010 et 2016, la part des fumeurs quotidiens a nettement baissé entre 2016 et 2017 (moins 3 points, figure 1). Cette baisse de la consommation quotidienne, partagée globalement par les hommes et les femmes, se révèle particulièrement marquée parmi les hommes de 18-24 ans (passant de 44 % à 35 %), s'agissant du plus bas niveau atteint depuis 2000.

On constate également un moindre tabagisme quotidien parmi les hommes de 45-54 ans (passant de 36 % à 31 %). Chez les femmes, une baisse sensible (- 3,5 points) est observée pour la première fois depuis dix ans parmi celles âgées de 55 à 64 ans.

Par ailleurs, si les personnes les moins diplômées, ayant les plus bas revenus ou au chômage, sont plus fumeuses que celles des catégories socio-professionnelles élevées, les inégalités sociales de santé se sont stabilisées en 2017, alors qu'elles étaient croissantes depuis le début des années 2000 (Pasquereau et al., 2018).

En 2017, l'expérimentation de l'e-cigarette était déclarée par 33 % des 18-75 ans, dont 36 % des hommes et 30 % des femmes, marquant une augmentation par rapport à 2014 (24 %, 29 % et 22 % respectivement). À l'inverse, usages actuels et quotidiens sont en recul : parmi les 18-75 ans, 3,8 % l'utilisaient au moment de l'enquête, dont 4,0 % des hommes et 2,6 % des femmes (respectivement 6,1 %, 6,8 %, et 5,4 % en 2014). Les vapoteurs quotidiens représentaient 2,7 % des 18-75 ans en 2017, dont 3,4 % des hommes et 1,9 % des femmes (respectivement 3,0 %, 3,7 % et 2,3 % en 2014).

Figure 1. Niveaux du tabagisme quotidien selon le sexe chez les 18-75 ans en France entre 2014 et 2017 (en %)



Sources : Baromètres santé 2014, 2016, 2017 et Baromètre cancer 2015, Santé publique France

Les ventes du réseau ruraliste en très nette baisse

En 2018, les ventes de tabac dans le réseau ruraliste français s'élèvent à 49 740 tonnes, soit une baisse de 15 % en 5 ans : les cigarettes représentent environ 80 % du marché, viennent ensuite les tabacs à rouler (plus de 7 600 tonnes en 2018, soit 15 % du marché) et les cigares et cigarillos (autour de 1 milliard d'unités). Les ventes de tabac à pipe et des autres formes de tabac (à priser et à mâcher) sont plus rares (Lermenier-Jeannet, 2019).

Le réseau buraliste français a vendu 40,2 milliards de cigarettes en 2018, soit 9 % de moins qu'en 2017, à nombre égal de jours de livraison. Les ventes de tabac à rouler sont quant à elles en baisse de 10 % entre 2017 et 2018. Ce net recul des ventes est en très grande partie lié à l'augmentation des prix intervenue en mars 2018 (en moyenne, + 1 euro environ pour le paquet de 20 cigarettes et + 2 euros pour 30 grammes de tabac à rouler). Le chiffre d'affaires du tabac s'élève à près de 19 milliards d'euros en 2018, soit un de plus qu'en 2017, l'augmentation des prix compensant la baisse des ventes.

Les achats hors du réseau buraliste sont devenus un moyen d'approvisionnement relativement fréquent : en 2016, un fumeur sur cinq déclarait acheter toujours, presque toujours ou souvent dans un commerce à l'étranger (Lermenier-Jeanet et Palle, 2017).

Pour s'adapter à ce déclin du marché du tabac classique, l'industrie investit massivement en recherche et développement et en marketing dans les secteurs de l'e-cigarette et du tabac chauffé (Cougard, 2018 ; *Le Losange rédaction*, 2018 ; *Revue des tabacs rédaction*, 2018). Toutefois, concernant ce dernier, les ventes sont encore peu importantes en France.

Première cause de mortalité évitable

La consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable, avec 73 000 décès attribuables au tabac en 2013, soit 13 % de la mortalité totale en métropole (Bonaldi *et al.*, 2016). Alors que la part des décès masculins liés au tabac est en baisse depuis la fin des années 2000, celle des décès féminins ne cesse de progresser, passant de 4,7 % en 2005 à 6,3 % en 2013, du fait du développement du tabagisme des Françaises depuis une cinquantaine d'années (voir chapitre « Morbidité et mortalité liées aux drogues », p. 49). Par ailleurs, le coût social du tabagisme a été estimé à 120 milliards pour l'année 2010 (Kopp, 2015b).


Le marché des traitements pour l'arrêt progresse fortement

Les fumeurs souhaitant diminuer ou arrêter leur consommation disposent aujourd'hui d'une large palette de méthodes, allant des traitements de sevrage en vente libre en pharmacie aux consultations de tabacologie, sans oublier les lignes téléphoniques spécialisées. Ils peuvent aussi recourir à la cigarette électronique, moyen de réduire les risques et dommages de la consommation de tabac, mais dont le rôle d'outil de sevrage est discuté (Haut Conseil de la santé publique, 2016).

Entre 2013 et 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt ont augmenté de moitié, en particulier grâce au dynamisme des formes orales (gommes à mâcher et comprimés). Le marché avait toutefois connu un recul en 2014-2015, attribuable à l'attrait des (ex-)fumeurs pour la cigarette électronique (Lermenier-Jeanet, 2019). Il a largement retrouvé son niveau, puisqu'il dépasse les trois millions d'« équivalents patients traités » en 2018, un niveau jamais atteint. Ce dynamisme s'explique par la hausse de la prise en charge par l'Assurance-maladie. D'un montant forfaitaire de 50 euros par an et par personne lors de sa mise en œuvre en février 2007, elle a progressivement augmenté (150 euros pour certains

publics, puis pour tous à partir de novembre 2016) et rejoint depuis mars 2018 le cadre classique de remboursement des médicaments, à hauteur de 65 %. En décembre 2018 (dernières données disponibles), 119 827 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour des substituts prescrits, dont seulement 5 737 au titre du forfait de 150 euros.

Évolutions récentes



À la suite d'une évaluation très négative en 2012 par la Cour des comptes (Cour des comptes, 2012) des politiques de lutte contre le tabac menées par la France, les cinq dernières années ont été marquées par une (re)mobilisation des pouvoirs publics, avec le lancement du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014) en 2014. Il a permis de mettre en place différentes mesures préconisées dans le cadre de la convention-cadre de lutte antitabac (OMS, 2003), dont le paquet neutre standardisé. Le Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) (Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère de l'Action et des Comptes publics, 2018), qui prend le relais sur la période 2018-2022, prévoit des hausses de prix successives jusqu'en 2020, pour atteindre un prix du paquet de cigarettes de 10 euros. On peut aussi souligner la mise en place du « Mois sans tabac », lancé par le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'Assurance-maladie et Santé publique France ; la création du « Fonds tabac » destiné à financer des actions de prévention grâce à une taxe payée par les industriels ; ou le meilleur remboursement des traitements d'aide à l'arrêt.

Dans ce contexte, on a observé récemment une baisse sensible du nombre de fumeurs, tant parmi les adolescents que parmi les adultes, bien que la dynamique demande à être confirmée pour rejoindre les niveaux de prévalence des autres pays développés (voir chapitre « Alcool, tabac et drogues illicites : les spécificités françaises », p. 45). Néanmoins, les capacités d'adaptation et d'anticipation des industriels face à la « fin du tabac » incitent à une certaine vigilance (Bialous et Glantz, 2018).