

Les drogues illicites en questions



Dossier coordonné par
Christian Ben Lakhdar
Membre du Haut Conseil de la santé publique
Jean-Pierre Couteron
Président de la Fédération Addiction



Quels usagers ? Quelles substances ?

Les substances licites (tabac et alcool) demeurent les plus consommées ; parmi les drogues illicites, le cannabis est la première substance consommée, suivie de très loin par la cocaïne. Les usages de drogues varient selon les individus, leurs situations scolaire, sociale et professionnelle...

Les produits psychoactifs et leurs consommateurs

François Beck
Directeur
de l'Observatoire
français des drogues
et des toxicomanies
(OFDT), Saint-Denis,
Sorbonne Universités,
UPMC Univ
Paris 06, Inserm,
Institut Pierre Louis
d'Épidémiologie
et de Santé Publique
(IPLESP UMRS
1136), Équipe
de recherche
en épidémiologie
sociale (ERES), Paris

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 51.*

L'étude des addictions renvoie une image plurielle et contrastée des phénomènes selon les produits, mais surtout selon les comportements observés et les trajectoires de vie des usagers. C'est cette complexité du champ qui impose de disposer d'outils d'observation variés et nombreux, adaptés à la population générale comme aux populations spécifiques, exercice auquel s'applique l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis sa création, en s'appuyant sur son propre dispositif d'enquêtes et sur les données produites par d'autres institutions [43, 44]¹. À l'heure où la régulation des drogues entre au niveau mondial dans une phase de profonde mutation, quel état des lieux des addictions en France est-il possible de dresser ?

En 2014, les substances licites (tabac et alcool) demeurent les plus consommées dans la population, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien. Le tabac s'avère moins expérimenté que l'alcool (38 millions vs 47 millions de personnes) mais nettement

plus souvent consommé quotidiennement (13 millions vs moins de 5 millions de personnes). Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de très loin la première substance consommée, avec 17 millions d'expérimentateurs et près d'1,5 million d'usagers réguliers (tableau 1). La consommation de cocaïne, deuxième produit illicite, se situe bien en deçà et concerne, à fréquence d'usage équivalente, dix fois moins de personnes, loin devant les autres produits. Enfin, les addictions dites « sans substance », préoccupation croissante des pouvoirs publics, concernent moins de 5 % de la population. Les plus fréquentes sont, parmi les adultes, la pratique du jeu d'argent et de hasard et Internet et, parmi les jeunes, la pratique des jeux vidéo [4].

Des consommations de moins en moins masculines

Les consommations régulières d'alcool et encore davantage de cannabis ou d'autres drogues illicites concernent nettement plus les hommes que les femmes. Fumer du tabac est en revanche un comportement peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes concerne beaucoup plus les femmes que les hommes. On observe néanmoins, depuis

1. L'ensemble des références des études sur lesquelles s'appuie cet article sont disponible à l'adresse : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015reperesMethodo.pdf>

tableau 1

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne
Expérimentateurs	46,9 M	38,2 M	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000
– dont usagers dans l'année	42,8 M	16,0 M	4,6 M	450 000	400 000	//
– dont usagers réguliers	8,7 M	13,3 M	1,4 M	//	//	//
– dont usagers quotidiens	4,6 M	13,3 M	700 000	//	//	//

// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Définitions :

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine ; tabac quotidien ; et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.

N.B. : la population française âgée de 11-75 ans est d'environ 50 millions.

Ces chiffres sont des ordres de grandeur, dans la mesure où une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple 17 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16 et 18 millions.

Sources : Baromètre Santé 2014 (Inpes), Escapad 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2014 (Rectorat de Toulouse)

quelques années, un rapprochement des conduites d'usage de substances psychoactives des hommes et des femmes, qui semble aller de pair avec une dynamique d'uniformisation des rôles sociaux. Ce rapprochement apparaît en effet davantage dans les classes favorisées que dans celles qui le sont moins et parmi les actifs occupés que chez les inactifs ou chômeurs [5]. Ainsi, l'élévation dans l'échelle sociale s'accompagne, pour les femmes, d'un rapport plus étroit aux produits, qui peut être interprété comme un signe de leur émancipation.

Tabac

Alors que la consommation de tabac diminuait depuis le début des années 1990, du fait des hausses importantes de son prix, un regain a été observé entre 2005 et 2010, avant un léger tassement au cours des dernières années. En 2014, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée à un niveau élevé, avec 34 % de fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) parmi les adultes (18-75 ans) et 29 % de fumeurs quotidiens, plus souvent parmi les hommes (33 % vs 25 % des femmes) (figure 1).

La prévalence du tabagisme régulier baisse dans certaines catégories de population, notamment les femmes. On observe toutefois un important effet de génération, avec une part de fumeuses quotidiennes qui continue à augmenter entre 55 et 64 ans. Cette hausse s'explique en partie par l'arrivée dans cette tranche d'âge de la première génération de femmes ciblée par les stratégies marketing de l'industrie du tabac.

La France se situe dans la moyenne européenne (28 % de fumeurs actuels), quoique parmi les pays

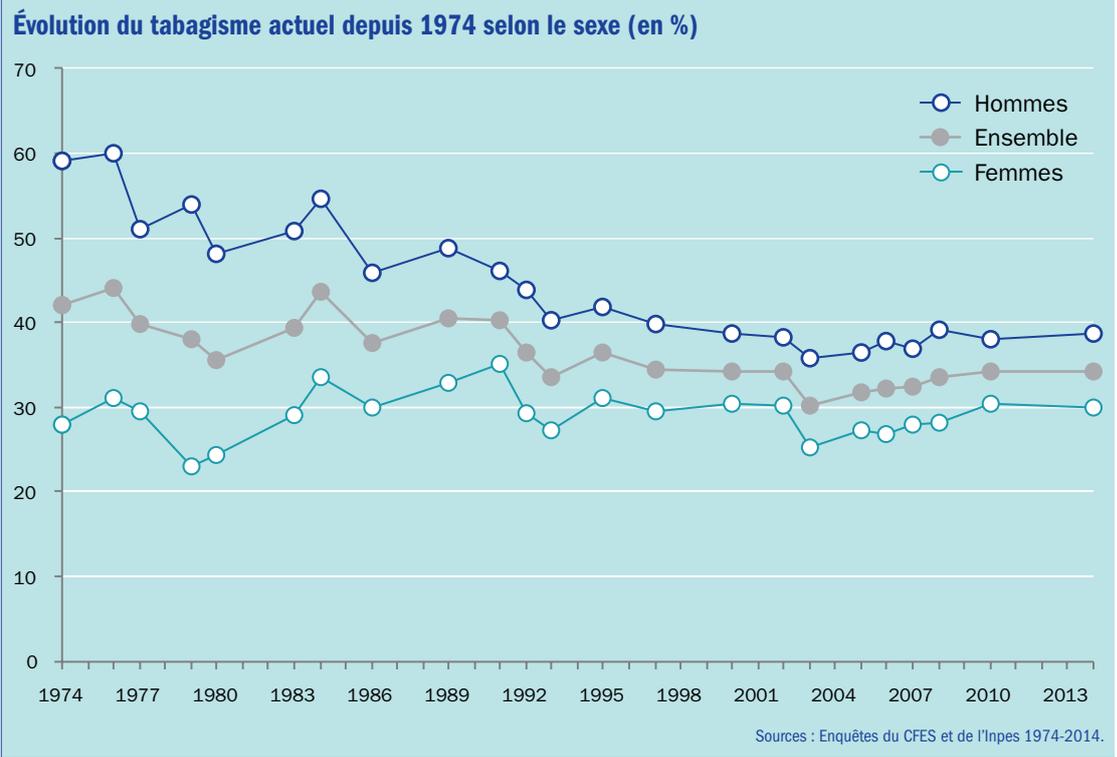
les plus consommateurs d'Europe de l'Ouest. Elle se distingue surtout par une forte prévalence tabagique des femmes enceintes (24 % de fumeuses quotidiennes pendant la grossesse, contre 37 % des femmes n'étant pas enceinte, à structure d'âge identique), la plupart des autres pays affichant des prévalences de 10 à 15 %. Dans un pays marqué par un taux de fécondité important, il apparaît particulièrement dommageable que le tabagisme pendant la grossesse se maintienne à un niveau élevé.

Parmi les fumeurs quotidiens, 68 % déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour, les hommes un peu plus souvent que les femmes (72 % contre 64 %). Globalement, les quantités fumées sont en légère baisse entre 2010 et 2014 (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour), notamment en lien avec un recours à la cigarette électronique. Ce phénomène, apparu à la fin des années 2000, a connu une diffusion rapide. En 2014, un quart des 18-75 ans (25 %) a déjà essayé la cigarette électronique et 3 % sont des vapoteurs quotidiens (4 % parmi les hommes et 3 % parmi les femmes).

Si une offre conséquente de produits de substitution nicotinique existe, elle n'a pu empêcher le maintien d'un tabagisme à un niveau élevé. Alors que de nombreux experts restent sceptiques sur l'intérêt sanitaire d'une diminution de la consommation, nombre de fumeurs se sont emparés de la cigarette électronique pour tenter, souvent avec succès, de diminuer leur tabagisme, de reprendre le contrôle à défaut de parvenir à un arrêt total de la consommation. Ainsi, en 2014, 82 % des vapofumeurs indiquaient avoir réussi à diminuer leur



figure 1



consommation de tabac, grâce à la cigarette électronique, de 9 cigarettes en moyenne. Au final 400 000 fumeurs sur les 13 millions estimaient, en 2014, avoir réussi à arrêter de fumer par ce biais. Dans un contexte encore marqué par la controverse scientifique, les dernières études publiées au niveau international montrent que la vaporisation est un moyen efficace de réduire la prévalence tabagique dans les pays où cette prévalence est élevée [38].

Alcool

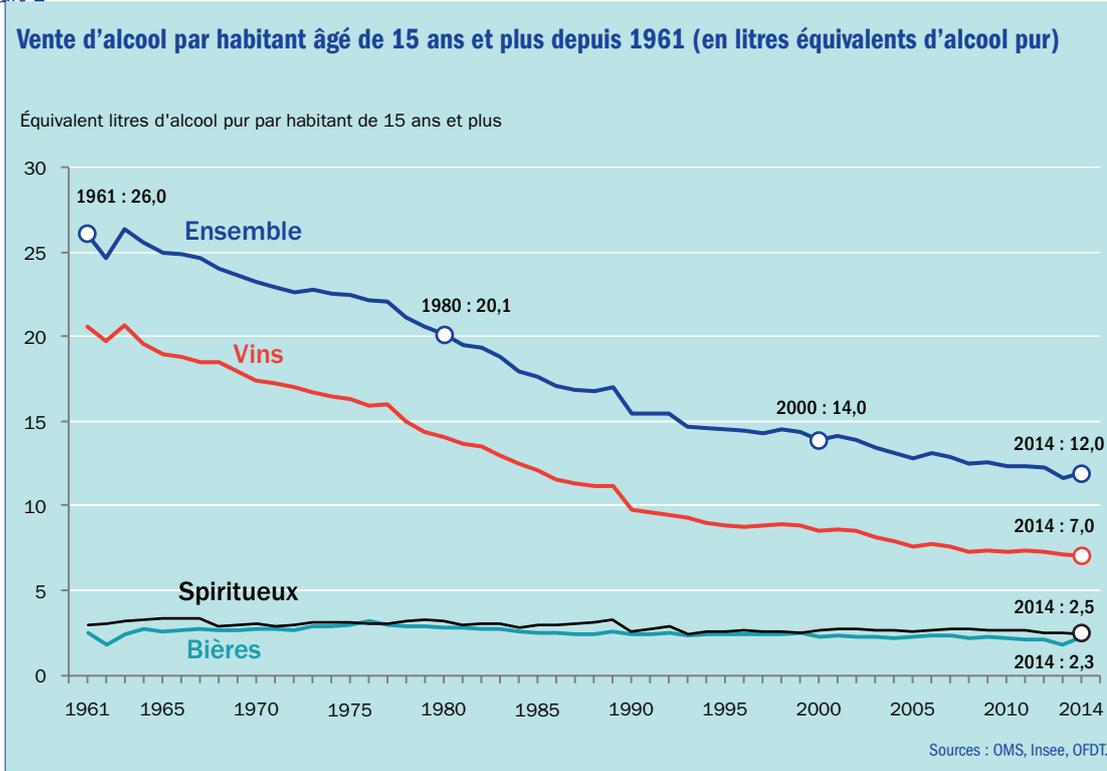
La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool, mais ne se situe plus en tête du classement. Depuis les années 1950, la consommation d'alcool connaît une baisse régulière, passant de 26 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1961 à 12 litres en 2014 (figure 2). Cette baisse, qui s'est ralentie depuis le milieu des années 1990, est surtout liée à la diminution de l'usage de vin, qui représente néanmoins toujours la plus grosse part de la consommation. Parallèlement, la structure des préférences de consommation a évolué : la consommation des vins de table s'avère ainsi en nette diminution mais de nouveaux types de boissons alcoolisées, d'arômes et de mélanges sucrés ouvrent l'accès à des publics plus jeunes et plus féminins.

La pratique la plus courante est désormais la consommation occasionnelle d'alcool. La part des 15-75 ans qui consomment de l'alcool tous les jours a été divisée

par deux en vingt ans, passant de 24 % en 1992 à 10 % en 2014. Le mode de consommation apparaît en effet fortement lié à l'âge : au-delà de 45 ans, la consommation devient le plus souvent hebdomadaire, tandis qu'entre 15 et 24 ans, elle est le plus souvent mensuelle. Schématiquement, on observe ainsi deux types de profils de consommateurs d'alcool : des adultes qui déclarent une consommation courante mais moins importante qu'autrefois en volume, en particulier parmi les femmes; des jeunes qui déclarent une consommation forte et ponctuelle. Les comportements d'ivresse sont de plus en plus répandus dans les nouvelles générations et culminent entre 20 et 25 ans (52 % de cette classe d'âge a connu au moins une ivresse dans l'année). Ils baissent ensuite avec l'âge, de même que les pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante, de plus en plus répandues parmi les jeunes mais en décroissance après 25 ans. La consommation mensuelle de 6 verres ou plus lors d'une même occasion concerne moins de 10 % des 55-75 ans mais environ un jeune sur quatre entre 15 et 34 ans. Ainsi, parmi les jeunes, la consommation d'alcool s'avère moins fréquente que parmi leurs aînés, mais elle les conduit plus souvent à l'ivresse.

Si, parmi les adultes, la plupart des consommateurs d'alcool ont un usage contrôlé, près d'un sur dix peut être considéré comme ayant un usage problématique (quatre fois plus souvent les hommes que les femmes). En 2014, 8 % des 18-75 ans sont considérés comme des consommateurs d'alcool à risque chronique, compor-

figure 2



tement en légère diminution depuis 2010, qui concerne nettement plus les hommes que les femmes (11 % vs 4 %). Cela représente environ 3,4 millions de buveurs à risque parmi les 18-75 ans, niveau probablement sous-évalué en raison d'une tendance des répondants à sous-estimer le nombre de verres bus dans les enquêtes déclaratives.

Médicaments psychotropes

En 2010, 10 % des 15-75 ans ont déclaré avoir pris des anxiolytiques dans l'année, 6 % des somnifères et 6 % des antidépresseurs. La proportion d'usagers de médicaments psychotropes au cours de l'année a augmenté, passant de 15 % à 18 % entre 2005 et 2010. Elle est presque deux fois plus fréquente parmi les femmes, et ce que soit la catégorie de psychotropes.

Drogues illicites

Le cannabis a été expérimenté par quatre personnes sur 10 (42 %), ce qui représente 17 millions d'expérimentateurs parmi les 18-64 ans (figure 3).

La diffusion du cannabis touche tout particulièrement les jeunes (15-30 ans), deux fois plus nombreux que leurs aînés à l'avoir expérimenté. Au-delà de l'initiation, les niveaux de consommation des jeunes Français dépassent nettement la moyenne européenne. Une personne sur dix en a consommé dans l'année (11 % contre 8 % en 2010), surtout à 18-25 ans (34 % des hommes et 23 % des femmes). Cette augmentation

s'inscrit dans un contexte d'essor d'une production sur le territoire national (auto culture portée par des usagers et culture à plus grande échelle impliquant des organisations criminelles), et alors que le taux de THC (substance active du produit) a fortement augmenté depuis une quinzaine d'années, pour l'herbe comme pour la résine. La consommation de cannabis concerne très majoritairement les jeunes générations, même si on a constaté, entre 2010 et 2014, une hausse des usages dans l'année pour toutes les femmes de moins de 40 ans et chez les hommes entre 35 et 55 ans.

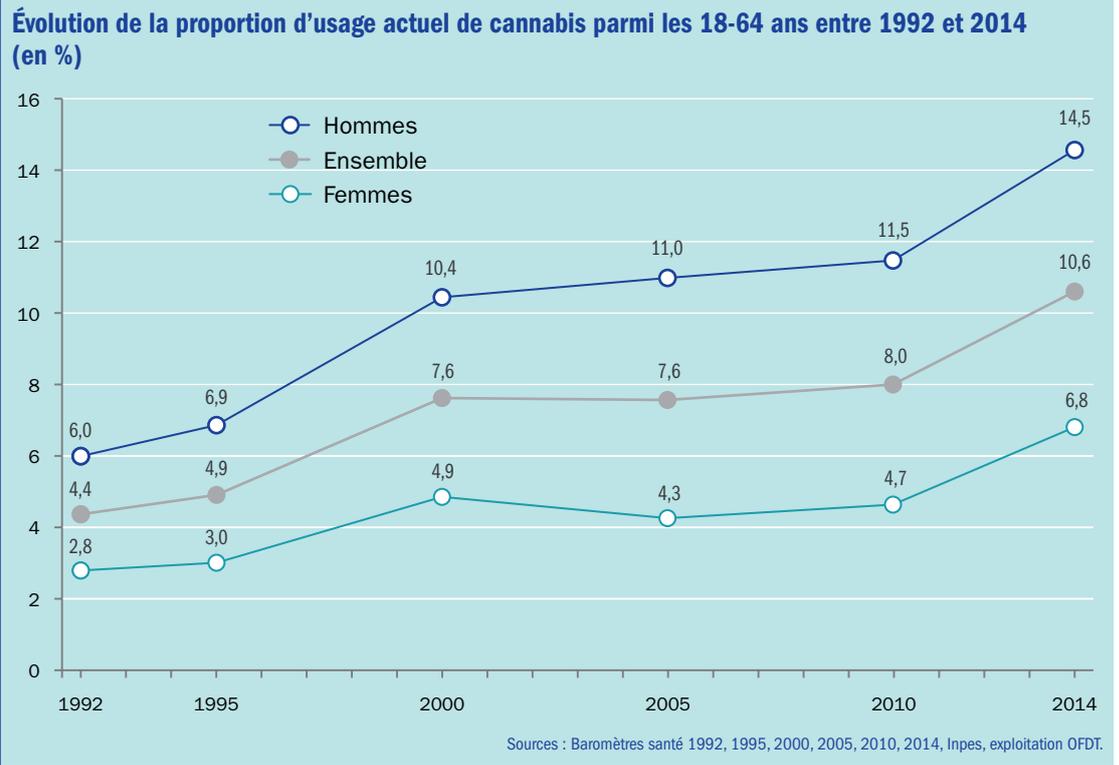
Selon le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), test de repérage conçu à l'OFDT, 21 % des usagers actuels de 18 à 64 ans présenteraient en 2014 un risque élevé d'usage problématique de cannabis, cette proportion étant stable par rapport à 2010. Cela représente 2 % de l'ensemble des 18-64 ans.

La cocaïne est, en France comme en Europe, le produit stupéfiant stimulant le plus consommé : 5,6 % des 18-64 ans l'ont expérimentée au moins une fois au cours de leur vie en 2014. Ils étaient seulement 1,2 % en 1995. La hausse des niveaux de consommation en France intervient alors que les pays les plus consommateurs en Europe (Royaume Uni et Espagne) voient leurs prévalences baisser depuis 2008. Une consommation plus importante est observée chez les 18-25 ans (3,1 %) et les 26-34 ans (2,2 %). Elle régresse ensuite nettement.

Souvent associée dans les représentations aux univers des arts et du spectacle et aux espaces festifs, réputée



figure 3



pour être consommée par des populations insérées à fort pouvoir d'achat, la cocaïne a vu son cercle d'utilisateurs de diversifier grandement au cours des deux dernières décennies. Même si sa consommation reste rare et localisée, c'est également au cours des années 1990 que l'on a assisté à l'émergence de la forme base² de la cocaïne, qu'elle soit directement vendue sous cette forme (crack), principalement à Paris et dans certains départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique et Guyane), ou préparée par les usagers eux-mêmes (free base), plutôt dans les milieux festifs alternatifs [15]. La cocaïne est donc désormais un produit à propos duquel il est difficile de déterminer un profil type de consommateur.

Pour la MDMA/ecstasy, que ce soit sous forme de comprimés ou de poudre et de cristal, 4,3 % des 18-64 ans l'ont déjà expérimentée et l'usage dans l'année est passé de 0,3 % en 2010 à 0,9 % en 2014. Ce sont les 18-25 ans qui consomment le plus (3,8 % au cours de l'année), trois fois plus que les 26-34 ans (1,3 %). Cette hausse est à rapprocher des observations de terrain effectuées dans le cadre du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT qui concluent à une diffusion orientée à la hausse de la substance ces dernières années, que ce soit sous

sa forme poudre ou en comprimés, ces derniers étant par ailleurs plus gros et plus dosés qu'au début des années 2000. De fait, la diffusion de ce produit a été plus erratique et a pu être marquée par une pénurie de l'offre par le passé.

Les niveaux d'expérimentation de l'héroïne, des champignons hallucinogènes ou du LSD se révèlent très inférieurs. Les consommations au cours de l'année de ces trois produits ne dépassent pas 0,2 % de la population générale. Le dénombrement des personnes présentant un usage problématique de drogues illicites repose sur le décompte des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans. Ce comportement concernerait en France entre 220 000 et 340 000 usagers, soit en moyenne 7,5 usagers pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans [44], ce qui situe la France dans la moyenne européenne.

Profils d'utilisateurs et polyconsommations

La description des consommateurs réguliers de substances illicites autres que le cannabis nécessite de distinguer plusieurs sous-groupes d'utilisateurs présentant des caractéristiques propres, mais qui ont néanmoins en commun d'être dans la plupart des cas polyconsommateurs. Les polyconsommations sont en effet devenues un modèle dominant qui s'est diversifié impliquant tour à tour l'alcool, le tabac, certains médicaments psychotropes, le

2. Forme de la cocaïne fumable obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à la forme chlorhydrate (poudre) de la cocaïne.

cannabis et les autres drogues illicites. Les travaux épidémiologiques suggèrent que toute consommation d'un produit augmente les chances d'en consommer un autre. Les explications reposent sur le concept d'opportunités en chaîne, fondé sur la sociabilité associée aux usages des différents produits, qui augmente les chances de faire l'expérimentation de nouvelles substances. Ainsi, le tabac accroît par exemple le risque d'expérimenter le cannabis tout comme l'expérimentation de ce dernier accroît le risque d'expérimenter d'autres drogues illicites. L'analyse des séquences de consommations de produits montre qu'il n'y a pas mécaniquement de glissement d'un produit à l'autre ou d'un comportement d'usage à l'autre (communément appelée « théorie de l'escalade »). En revanche, la probabilité de rencontrer des produits plus rares tels que la cocaïne ou l'héroïne s'avère plus faible pour les individus n'ayant qu'une expérience limitée de l'alcool ou du cannabis.

Il est possible de proposer une typologie des usagers de produits illicites autres que le cannabis, qui certes n'est pas exhaustive et gomme certaines nuances, mais permet d'identifier les principaux groupes.

- Les consommateurs dépendants aux opiacés suivant un traitement de substitution, vus dans les structures de soins. Insérés dans un processus de soins, une partie d'entre eux consomme néanmoins plus ou moins régulièrement d'autres produits.
- Les usagers fréquentant les structures de réduction des risques, le plus souvent consommateurs d'opiacés mais également très polyconsommateurs, souvent injecteurs, et qui présentent fréquemment des troubles psychiatriques associés, en forment un deuxième. Ces usagers sont en moyenne en situation beaucoup plus précaire que les précédents. Parmi les usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), 27 % ne disposent d'aucun revenu, vivant de mendicité, prostitution ou de petit deal et 57 % d'un revenu social uniquement.
- Les jeunes en errance, très polyconsommateurs, susceptibles d'alterner ou de mélanger les consommations de stimulants, d'hallucinogènes ou d'opiacés.
- Des migrants en provenance d'Europe centrale et orientale, souvent consommateurs de médicaments, notamment de BHD³, et utilisant fréquemment la voie injectable.

Enfin, les usages relativement fréquents de drogues se rencontrent également dans les différents milieux, bien mieux insérés que les populations précédemment évoquées, fréquentant des espaces festifs. Ces usagers consomment principalement des stimulants, mais aussi des hallucinogènes. Les opiacés sont en général plus occasionnellement utilisés pour gérer les effets des autres produits. Bien entendu, les zones de recoupement entre ces différents groupes existent.

3. Buprénorphine haut dosage : un traitement de substitution aux opiacés.

Les nouveaux produits de synthèse

Les nouveaux produits de synthèse (NPS) désignent des substances psychoactives qui imitent les structures chimiques et/ou les effets de produits stupéfiants illicites tels que l'ecstasy, les amphétamines, la cocaïne ou le cannabis. La plupart de ces *research chemicals* (RC) sont vendus sur Internet. Entre 2008 et 2015, 176 nouvelles substances ayant circulé au moins une fois en France ont été recensées via le Système d'identification des toxiques et des substances (SINTES) de l'OFDT, et 382 l'ont été dans l'Union européenne et signalées à l'*Early Warning System* de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA). Les substances le plus souvent identifiées pour la première fois en France en 2015 sont des cannabinoïdes de synthèse et des cathinones. La consommation de ces nouvelles drogues reste rare mais semble se développer ces dernières années ; en 2014, 1,7 % des Français déclaraient avoir déjà pris un cannabinoïde de synthèse au cours de leur vie, soit un niveau équivalent à celui des expérimentateurs de LSD ou d'héroïne.

Plusieurs profils des consommateurs de NPS se dessinent des récentes études menées par l'OFDT, dont celle des « psychonautes », usagers souvent expérimentés et en quête de sensations, rédigeant volontiers des « trip reports » dans lesquels ils décrivent très précisément les quantités consommées et les effets de ces nouvelles molécules. Il existe en parallèle dans le milieu festif et alternatif des *free parties* un groupe plus large d'amateurs de produits de synthèse qui recherchent les mêmes effets que ceux des drogues classiques, sans toutefois forcément maîtriser la subtilité du dosage de ces molécules. Par ailleurs, une frange de la communauté gay, en quête de sensations fortes et d'augmentation de l'endurance sexuelle, est concernée par ces usages, avec notamment ceux qui se livrent à la pratique du « slam » qui consiste à s'injecter des cathinones. Enfin, outre les anciens consommateurs d'opiacés des années 1980 qui peuvent à travers les usages de ces produits chercher à varier les effets de façon récréative, il existe un groupe d'usagers bien insérés, « cachés » dans la population générale et ayant pris des stimulants dans leur jeunesse. Les NPS, perçues comme des substances plus « pures » et contenant moins de produits de coupe leur offrent une « occasion » de retenter la consommation de produits sans avoir forcément à sortir de chez eux et affronter les risques inhérents au contact avec le marché illicite de rue.

Addictions sans substance

Le champ des addictions sans substance, qui englobe actuellement les jeux d'argent et de hasard, les jeux vidéo, Internet mais aussi l'addiction au travail ou au sport... a connu des élargissements successifs. Tous ces phénomènes ne sont pas encore précisément chiffrés, mais les études qui les prennent pour objet se multiplient. Plus d'une personne sur deux (56 % des 15-75 ans) déclare avoir joué à un jeu d'argent et



Les drogues illicites en questions

de hasard au cours de l'année. La prévalence de jeu excessif, nécessitant en général une prise en charge sanitaire et sociale, est restée stable à 0,4 % de la population entre 2010 et 2014. La proportion de joueurs à risque modéré apparaît quant à elle à un niveau significativement supérieur en 2014 par rapport à celle de 2010 (1,5 % vs 0,9 %).

Si la majorité des adolescents pratiquent les jeux vidéo, 1 % à 5 % des adolescents en seraient dépendants, selon les études internationales reposant sur des critères de définition différents. Une récente enquête de l'OFDT a souligné que la pratique du jeu vidéo ne constitue pas, en soi, un comportement problématique à l'adolescence mais que, pour certains adolescents en situation de vulnérabilité psychique, en fonction de l'environnement socio-affectif et du contexte de jeu, un excès d'activités vidéo-ludiques peut engendrer isolement et retrait social. La pratique problématique du jeu vidéo apparaît fréquemment comme une réaction face à des difficultés intrafamiliales.

Facteurs associés aux usages de substances psychoactives

De manière générale, les usages de substances psychoactives occasionnels semblent associés à des situations d'intégration sociale, alors que les usages les plus réguliers ou problématiques apparaissent plus prégnants parmi les populations en difficulté sociale, même si quelques nuances sont observées selon le produit, l'âge, le genre et la dimension socio-économique considérée. Au-delà de ces différents facteurs, la précocité de l'entrée dans l'usage se révèle fortement associée à la survenue ultérieure d'usages problématiques.

Le tabagisme apparaît associé à un niveau socio-économique bas, que ce soit en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage). Cette différenciation sociale s'est accentuée depuis le début des années 2000. Les ouvriers, les moins diplômés, les personnes disposant de faibles revenus, sont par ailleurs ceux qui se sentent les moins bien informés sur le tabac. Cependant, alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique (elle augmente lorsque celui-ci croît), la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène.

L'alcoolisation à risque chronique s'avère plus élevée pour les individus confrontés à des difficultés financières, au chômage, au fait de vivre seul, ainsi que parmi ceux ayant connu une première ivresse précoce.

L'usage occasionnel et l'usage régulier de cannabis semblent coïncider avec des situations sociales très différentes, des situations d'intégration sociale pour l'usage occasionnel, tandis que l'usage régulier le serait à des situations de relégation ou de difficultés sociales. Parmi les actifs de 18-64 ans en emploi, les cadres et les ouvriers ont les niveaux d'usage les plus élevés

(respectivement 9 % et 8 % d'utilisateurs dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles (4 %).

Concernant les autres substances illicites, l'expérimentation est liée à la situation de chômage et à une situation financière difficile. Les liens avec le niveau de diplôme apparaissent en revanche plus contrastés : les expérimentations de poppers⁴ et de cocaïne s'avèrent plutôt plus fréquentes parmi les plus diplômés, une relation inverse est observée concernant l'héroïne. L'expérimentation d'ecstasy varie en revanche peu selon le niveau de diplôme. Parmi les étudiants, la consommation de poppers dans l'année se révèle supérieure à celle des actifs occupés ou des chômeurs.

Mortalité et morbidité liées au tabac

De toutes les addictions, le tabagisme est celle qui occasionne les plus graves conséquences sanitaires, même si celles-ci se manifestent sur le long terme. Le niveau de consommation, la précocité et la durée de l'intoxication tabagique sont les facteurs de risque les plus importants. Le tabagisme augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies, en premier lieu les cancers des poumons (en France 90 % d'entre eux seraient liés au tabac), mais aussi des voies aérodigestives supérieures, vessie, etc. Le tabagisme augmente également le risque de maladies cardiovasculaires, dont 15 % seraient attribuables au tabagisme (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...). Enfin, il accroît le risque de sclérose en plaques et de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Chez la femme enceinte, le tabagisme peut provoquer des retards de croissance, des naissances prématurées ainsi qu'une mortalité néonatale accrue. Pour sa part, le tabagisme parental augmente le risque de mort subite du nourrisson et a des conséquences ultérieures sur la santé de l'enfant et sa vulnérabilité face au tabagisme. D'autres conséquences du tabagisme sont moins connues : aggravation de maladies chroniques telles que le diabète, perte d'efficacité de certains traitements (chimiothérapies cancéreuses, notamment), etc.

Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France, à l'origine d'un décès sur huit, 73 000 décès par an lui sont attribuables. Ces décès représentent 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine, mais ce différentiel va se réduire fortement dans les années à venir compte tenu de l'évolution de la prévalence tabagique des femmes au cours des dernières décennies. Une moitié des décès dus au tabac survient entre 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. L'autre moitié survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans de recul pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable.

4. Le mot « poppers » est l'appellation commune attribuée à des dérivés du nitrite.

Mortalité et morbidité liées à l'alcool

L'alcool, avec 49 000 décès par an en France, demeure la deuxième cause de mortalité évitable. Comme pour le tabac, cette mortalité est le plus souvent différée, sauf lorsqu'elle résulte d'une surdose, d'un accident, d'un suicide ou de violences causant la mort. Elle culmine chez les hommes d'âge moyen.

Une consommation quotidienne d'alcool, comme une consommation occasionnelle (en particulier pendant l'adolescence, période maturation cérébrale), peut entraîner différents troubles tout au long de la vie. La consommation chronique d'alcool augmente, comme le tabagisme, le risque de survenue de cancers (voies aérodigestives supérieures, colorectal, sein, foie) et de maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral). Elle est directement à l'origine de pathologies comme la cirrhose, les troubles du système nerveux ou le syndrome d'alcoolisation fœtale. La consommation d'alcool pendant la grossesse entraîne en effet des risques importants pour le fœtus : altération du développement cérébral, risque accru de déficiences intellectuelles, etc. Une alcoolisation ponctuelle importante peut aussi provoquer des troubles du comportement et des accidents de la route ou domestiques.

Mortalité et morbidité liées aux drogues illicites

Chaque année, on compte environ 1 600 décès attribuables aux drogues illicites (30 fois moins que l'alcool et 45 fois moins que le tabac), principalement imputables aux opiacés. Sur dix décès, six sont liés à des complications chroniques consécutives à une infection par le VHC (1 000), deux à une surdose (300) et deux à un accident de la route en présence de cannabis (230) ou un cas de sida lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse (75).

Les risques liés aux drogues illicites concernent surtout la dépendance liée à l'héroïne, à la cocaïne, au crack, aux amphétamines, etc. S'agissant des opiacés, les risques principaux concernent la contamination par le VIH, le VHC et le sida. La consommation de cocaïne peut entraîner des complications cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses, respiratoires, dermatologiques, psychiatriques ou obstétriques et périnatales. Enfin, *a contrario* de ces substances, la nature des risques spécifiquement associés au cannabis reste encore controversée, bien que les connaissances aient largement progressé dans ce domaine depuis le début des années 2000.

L'usage de cannabis comporte certains risques. Il peut être facteur de mortalité sur la route, du fait de la baisse de vigilance et de réactivité : conduire sous l'influence du cannabis multiplie par 1,8 le risque de causer un accident mortel. Ce risque est multiplié par 15 en cas d'usage associé d'alcool et de cannabis. Une consommation chronique de cannabis augmente les risques de cancer (poumon, voies aérodigestives, vessie), de pathologie vasculaire, de maladie respiratoire chronique et de troubles de la reproduction. Un usage précoce et régulier, à l'adolescence, comporte princi-

palement des risques, cognitifs (sommolence, troubles de la perception, etc.) et psychiques (difficultés de concentration, détérioration de la mémoire de court terme et des facultés d'apprentissage, source de difficultés scolaires, perte de motivation). Il peut aussi induire des troubles anxieux et dépressifs ou, plus rarement, schizophréniques. Comme toute drogue, le cannabis aggrave les pathologies psychiatriques et vice-versa. Le cannabis expose au risque de dépendance. Si le risque de dépendance physique est minime, le risque de dépendance psychique, à long terme et en cas de consommation régulière, existe, même s'il est modéré par rapport à l'alcool ou à d'autres drogues illicites. Enfin, une trentaine de décès liés à la toxicité aiguë cardiovasculaire du cannabis ont été signalés en 2013.

Conclusion et perspectives

L'étude approfondie des effets recherchés par les usagers demeure une lacune importante du système d'observation des addictions. Dans une perspective compréhensive, les recherches en sciences sociales s'orientent de plus en plus vers la connaissance des motivations et des effets recherchés par les usagers. Face aux conséquences socio-sanitaires connues, les effets recherchés par l'utilisateur et ressentis par lui, qu'ils soient stimulants, apaisants, hallucinogènes, auto-thérapeutiques ou sociaux, sont en effet indispensables à une meilleure compréhension du phénomène.

Les représentations sociales des produits jouent également un rôle crucial dans la probabilité d'expérimenter des substances psychoactives, et de poursuivre leur consommation. L'image des produits semble difficile à transformer par le seul vecteur des politiques publiques, le succès de cette entreprise apparaît différencié selon les produits et reste soumis aux effets du marketing et de la publicité, en particulier pour les substances licites. Du fait des campagnes répétées de prévention du tabagisme, le tabac est aujourd'hui de moins en moins associé à la liberté, l'émancipation et le prestige social, même s'il reste perçu comme un « lubrifiant social » qui permet souvent de paraître à l'aise, de se donner une allure. L'usage d'alcool est associé à la convivialité mais reste susceptible d'engendrer une perte de contrôle qui n'est pas forcément recherchée. Enfin, le cannabis est classé dans les représentations sociales parmi les substances facilement accessibles, qui ne se pose pas de difficultés particulières d'approvisionnement et qui s'avère relativement peu coûteux. Les représentations des risques sanitaires et sociaux liés au cannabis apparaissent toutefois flottantes depuis une dizaine d'années, à la différence de produits comme la cocaïne ou l'héroïne, perçus par la population générale dans son ensemble comme très dangereux.

Derrière les quelques grands traits dessinés au fil de cet article, se cachent bien sûr des nuances qui nous invitent à la lecture des travaux de recherche effectués par l'OFDT et les autres institutions concernées par le champ des addictions. 



Caractéristiques des consommations de substances psychoactives des jeunes

François Beck

Directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Inserm, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé publique (IPLESP UMRS 1136), Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Paris

Tabac, alcool et cannabis forment le trio de tête des substances psychoactives expérimentées à l'adolescence. Le tabac et l'alcool sont licites, même si la vente en est interdite aux mineurs. Dans le calendrier des initiations, l'essentiel se joue au collège : première cigarette et premier verre d'alcool vers 14 ans en moyenne, première ivresse alcoolique et premier joint vers 15 ans. Ces niveaux de diffusion, qui n'ont guère évolué depuis une quinzaine d'années, traduisent une forte accessibilité de ces produits dès le plus jeune âge : à 15-16 ans, 85 % des adolescents estiment qu'il est facile de s'approvisionner en alcool, 62 % en cigarettes et 43 % en cannabis. C'est le passage de la 4^e à la 3^e qui constitue une période charnière du point de vue des expérimentations de drogues : en fin de 3^e, un quart des collégiens a expérimenté le cannabis, un tiers l'ivresse, plus de la moitié la cigarette [59].

Les années lycée se caractérisent pour leur part par l'apparition, chez certains adolescents, des premiers usages réguliers¹. L'initiation au cannabis se généralise : au-delà de la seconde, plus d'un lycéen sur quatre a consommé du cannabis au moins une fois dans le mois écoulé. L'usage régulier de cannabis concerne un adolescent sur dix. Toutefois, pendant les années lycée, la progression des niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool n'est pas moins nette que celle du cannabis : entre la troisième et la terminale, la part des fumeurs est multipliée par 2 et celle des buveurs réguliers par 3. Ainsi, en fin de lycée, les niveaux d'usage régulier de tabac et d'alcool sont trois à quatre fois plus élevés que pour le cannabis : un lycéen sur trois fume du tabac tous les jours et un sur quatre consomme régulièrement des boissons alcoolisées.

Si le cannabis est largement diffusé dès l'adolescence, il en va tout autrement pour les autres produits illicites. Plus tardive, leur expérimentation concerne entre 3 et 5 % des jeunes à la fin de l'adolescence : le poppers (5,4 %), les produits à inhaler (4,3 %), les champignons hallucinogènes (3,8 %), l'ecstasy/MDMA (3,8 %) et la cocaïne (3,1 %). Si l'usage d'ecstasy/MDMA est apparu en forte hausse récente, une des évolutions les plus notables concerne la diffusion de la cocaïne : son niveau d'expérimentation à 17 ans a triplé entre 2000 et 2014 [60]. L'usage de ces produits stimulants se trouve presque toujours inscrit dans un contexte festif. Ils sont très souvent consommés simultanément avec

de l'alcool, du tabac voire du cannabis. En outre, la très grande majorité des expérimentateurs ne renouveleront pas cette première fois (figure 1).

Les nouvelles consommations et nouveaux usages

Au-delà de ces substances « traditionnelles », de nouveaux produits ou modes de consommation sont apparus ces dernières années et bouleversent l'offre à laquelle les jeunes sont confrontés. Il s'agit par exemple des produits permettant la vaporisation (ou cigarettes électroniques) : plus d'un adolescent de 17 ans sur deux (53 %) l'a déjà expérimentée (56 % des garçons et 50 % des filles), mais seuls 2 % en font un usage quotidien [60]. L'usage de la chicha ou narguilé semble se développer également depuis quelques années parmi les adolescents. Près de deux jeunes sur trois l'ont déjà expérimentée (65 %) et un quart l'a fait au moins 10 fois au cours de sa vie. Enfin, seuls 1,7 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà consommé un des nouveaux produits de synthèses (NPS), substances imitant les effets d'une drogue, souvent vendus sur Internet.

Autre nouveauté de taille, la place occupée par les écrans en tout genre, jeux vidéos et réseaux sociaux qui, s'ils correspondent pour une minorité d'adolescents à une conduite addictive, peuvent parfois se poser comme des pratiques alternatives à l'usage de substances. Si les travaux dans ce sens sont encore très parcellaires, la tendance très récente au retardement de l'entrée dans l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis pourrait être en partie liée à une évolution de la sociabilité des jeunes (moins d'opportunité de consommations hors du regard des adultes référents). Cette tendance est encourageante car la précocité de l'entrée dans les usages apparaît fortement liée à la survenue ultérieure de problèmes sanitaires, scolaires ou autres.

En revanche, le fait que les niveaux d'usage réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis à la fin de l'adolescence aient progressé ces dernières années milite pour des actions visant à réduire les risques pris par les grands adolescents et les jeunes adultes.

Les comportements selon le sexe

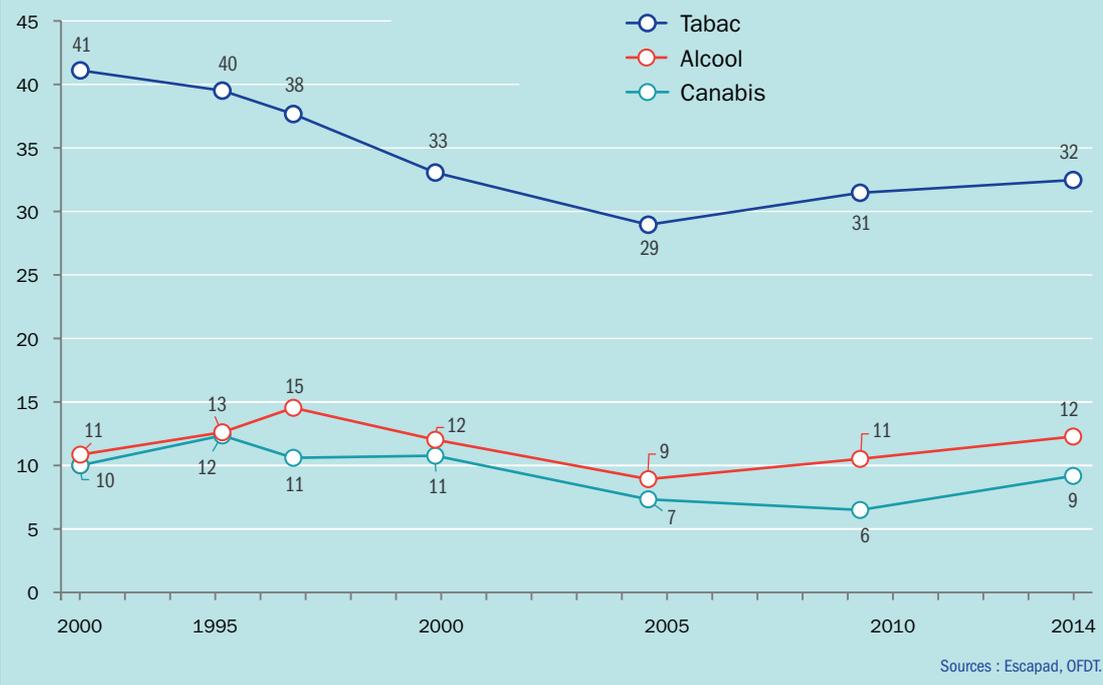
Les comportements de consommation de substances psychoactives varient fortement selon le genre. Les garçons sont plus souvent consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis que les filles, et ceci est d'autant plus vrai que l'usage s'intensifie. On assiste toutefois, en France comme ailleurs en Europe, à un rapprochement des comportements entre garçons et filles. Ce rapprochement est très fort pour le tabagisme, les filles étant désormais aussi nombreuses à fumer que les garçons mais il se

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 51.

1. L'usage régulier est défini dans les enquêtes auprès des adolescents par la fréquence : au moins 10 fois dans le mois.

figure 1

Évolution entre 2000 et 2014 des niveaux d'usage régulier des principaux produits actifs à 17 ans, en métropole (en %)



retrouve, dans une moindre mesure, pour l'alcool et le cannabis. Cette convergence des comportements de consommation depuis plusieurs décennies s'explique par différents facteurs, notamment l'uniformisation des rôles sociaux liés au genre [6]. Par ailleurs, les stratégies marketing de l'industrie des boissons alcoolisées ciblent de manière de plus en plus affirmée les jeunes femmes, avec des produits conçus selon une esthétique proche de celle de la mode, ou encore des « prémix » (mélange de spiritueux et de sodas, très sucrés pour masquer le goût de l'alcool), d'une présentation attrayante et offrant une grande diversité de goûts.

La consommation concomitante de plusieurs produits, ou polyconsommation, se traduit souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité. En 2014, à 17 ans, 13 % des adolescents cumulent un usage régulier d'au moins deux substances parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. Ce cumul des usages réguliers ne facilite pas la gestion de chacun des comportements : il n'est pas rare que des adolescents, essayant de limiter leur consommation de cannabis, « compensent » cet effort en fumant davantage de cigarettes (et vice versa).

Les trajectoires de consommation

Les enquêtes montrent qu'une grande majorité des jeunes qui expérimentent le cannabis abandonnent à court terme cet usage, soit parce qu'ils n'y trouvent

pas d'intérêt particulier, soit parce qu'ils s'en éloignent spontanément une fois entrés dans la vie adulte (fin des études, mise en couple, premier emploi, premier enfant...). À l'aube de la trentaine, 72 % de ceux qui ont expérimenté du cannabis pendant l'adolescence déclarent ne pas en avoir consommé dans l'année [7]. Ainsi, la consommation de cannabis est associée à une période de la vie des jeunes générations actuelles (entre 15 et 25 ans, classe d'âge où l'usage dans l'année dépasse 20 %) : au-delà, la proportion d'utilisateurs dans l'année recule très fortement, parfois au profit d'une consommation d'alcool plus commune.

Lors du passage à l'âge adulte, on observe généralement un glissement progressif des pratiques d'API² vers une consommation moins importante en volume mais plus installée et cette caractéristique progresse avec l'avancée en âge. Pour la majorité des jeunes qui les pratiquent, les API sont liées à des circonstances de sociabilité particulières (le week-end, en soirée...) et sont abandonnées lors de l'entrée dans la vie active, de la mise en couple ou de l'arrivée du premier enfant. Certains restent cependant dans une consommation régulière, moins liée à des événements festifs, et, pour une minorité, la consommation régulière peut se transformer en dépendance, avec tous les problèmes sanitaires et sociaux que cela peut poser. En revanche, pour le tabac,

2. Alcoolisation ponctuelle importante.



la sortie de la consommation est nettement moins aisée du fait du caractère fortement addictogène du produit. Les jeunes adultes présentent ainsi des prévalences tabagiques très élevées.

L'expérimentation de drogues est fortement liée au milieu socio-économique familial. Les jeunes de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux de milieux modestes. Les écarts sont faibles pour le tabac mais très marqués pour l'alcool et le cannabis. En revanche, l'installation dans des consommations fréquentes ou problématiques est plus courante dans des situations socio-économiques et culturelles défavorables. Cet apparent paradoxe illustre le fait que les jeunes de milieux favorisés conçoivent davantage leurs pratiques d'usage comme ponctuelles, hédonistes et devant cesser de manière naturelle avec l'entrée dans la vie adulte et la prise de responsabilités professionnelles [61]. Cette projection structure et légitime en quelque sorte ces usages présents en les inscrivant dans une chronologie

établie. Il est probable également qu'ils puissent mieux maîtriser leurs consommations dans un cadre familial plus sécurisé et qu'ils rencontrent moins de difficultés concomitantes. Par opposition, les adolescents des milieux moins favorisés se projettent parfois plus difficilement dans la vie adulte et leurs consommations, lorsqu'elles surviennent, sont plus souvent subies et engendrent plus rapidement des difficultés qu'elles soient d'ordre financières, scolaires, psychologiques... Les consommations de produits psychoactifs licites et illicites sont également liées à la situation scolaire. Les adolescents inscrits en filière générale présentent des niveaux d'usages plus faibles que ceux qui sont inscrits en filière professionnelle. Quant aux jeunes sortis du système scolaire, qu'ils soient en situation d'activité professionnelle ou chômeurs, ou ceux qui sont en apprentissage ou en formation alternée, ils présentent des niveaux d'usage souvent plus élevés que leurs homologues du même âge.

Les parcours de consommations

Stanislas Spilka
Observatoire
français des drogues
et toxicomanies
(OFDT), Saint-Denis,
Inserm UMR 1178,
Épidémiologie des
usages de drogues :
inégalités sociales et
de genre, Paris

Qu'il s'agisse des données en population adulte ou adolescente, les niveaux d'usage présentés reposent sur un système statistique spécifiquement dédié à l'observation du phénomène qui, rappelons-le, cherchait initialement à répondre à l'interrogation « combien y a-t-il d'usagers en France? ». Mais ce système d'enquêtes, aujourd'hui un des plus complets en Europe, a évolué d'une part en améliorant sans cesse sa méthodologie et d'autre part au gré des évolutions sociétales, l'obligeant à élargir ses champs d'investigation à de nouveaux questionnements. Par exemple, des comportements, éventuellement illicites ou répréhensibles sont devenus tolérés voire admis alors que d'autres font l'objet désormais d'une réprobation sociale forte. On pense ici, à l'usage de tabac, par exemple, ou à la généralisation de l'usage de cannabis qui fait dire aux adolescents pour justifier leurs usages que « tout le monde fume aujourd'hui du cannabis ». Très vite, le dispositif d'observation a montré que les usages étaient multiples, qu'ils traversaient l'ensemble des catégories sociales, des tranches d'âges mais également les espaces, les usages évoluant selon ces différentes dimensions. Autrement dit, ces enquêtes se sont progressivement démarquées d'une approche épidémiologique pour davantage s'ancrer dans une perspective sociologique et mieux rendre compte des parcours de consommations de drogues [3]. Par ailleurs, si comme le rappelle Bergeron [11], la sociologie des usages de drogues et de la toxicomanie a principalement mobilisé des travaux qualitatifs (interviews, observations ethnographiques), elle a également focalisé ses travaux

sur des populations essentiellement populaires, défavorisées ou délinquantes ; oubliant les usages socialement moins « visibles », mieux intégrés appartenant aux classes sociales moyennes ou supérieures. En observant la période, allant de 11 à 75 ans, les enquêtes quantitatives menées en France ces dernières années donnent à voir la population dans son ensemble, qu'elle soit jeune ou vieille, riche ou pauvre, urbaine ou rurale... Elles proposent, en outre, une approche temporelle des consommations tout au long de la vie, dimension plus difficile à appréhender dans sa globalité par les autres dispositifs d'observation. Ces données populationnelles parcourent ainsi la totalité des étapes d'usage : des premières expérimentations, en passant par les phases d'initiation ou de cessation jusqu'aux usages réguliers ou quotidiens (figure 1).

Les usages de drogues varient selon les individus, leur situation professionnelle, scolaire et leur capital économique. Leurs consommations renvoient par ailleurs à de nombreux contextes d'usage et modes de vie qui évoluent fortement avec l'âge. La diversité des comportements et des pratiques d'usages est donc abordée ici d'un point de vue quantitatif à travers des fréquences de consommations selon un cadre chronologique qui permet d'appréhender globalement les parcours de consommations les plus communs. Comme l'a rappelé François Beck dans l'article précédent, l'alcool, le tabac et le cannabis sont essentiellement expérimentés durant l'adolescence contrairement aux autres produits illicites dont les expérimentations, plus tardives, ont lieu principalement entre 20 et 30 ans.

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 51.*

Drogues illicites : un usage qui décroît avec l'âge

L'usage récent (i. e. au cours des 12 mois précédant l'enquête) de drogues illicites, contrairement à celui de tabac ou d'alcool, décroît rapidement avec l'âge selon un calendrier qui diffère sensiblement selon les produits. La baisse de la proportion d'usagers s'amorce pour la plupart avant 30 ans, le fait de consommer une drogue illicite ne concernant principalement que les générations les plus jeunes.

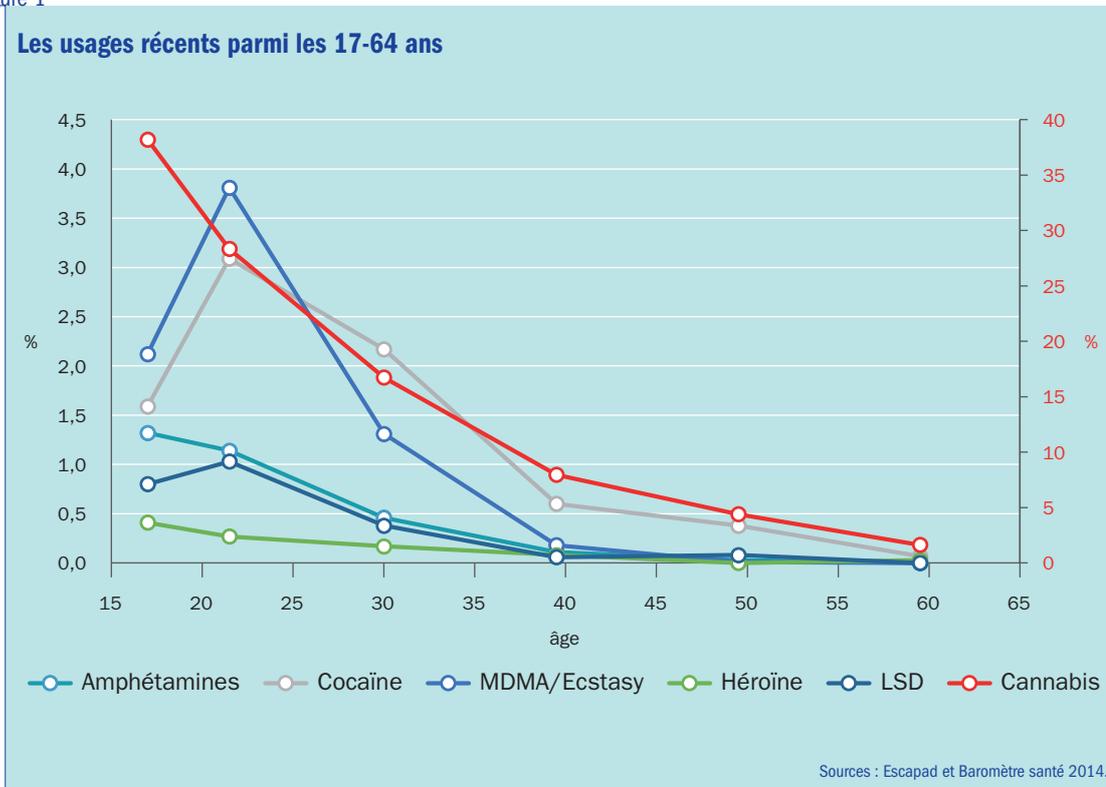
En 2014, dans l'ensemble de la population, près de 3 individus sur dix déclarent avoir déjà eu l'occasion de fumer du cannabis. Les jeunes Français, en moyenne, s'initient au cannabis à l'âge de 15 ans [60], lors d'une occasion festive mais aussi dans le cadre de la sociabilité habituelle diurne (sortie du collège ou lycée, au café ou au domicile, etc.). Les raisons mises en avant sont principalement la curiosité et le désir d'insertion dans un groupe d'amis. Comme pour tous les produits, un délai d'initiation est nécessaire pour s'approprier tant que faire se peut le produit. Ainsi, les usages plus fréquents de cannabis apparaissent, en moyenne, deux ans plus tard, c'est-à-dire vers 17 ans. Par ailleurs, le jugement informel du groupe des pairs joue un rôle essentiel dans l'installation d'un usage de cannabis de même que la volonté d'intégrer un groupe qui représente un style de vie attirant.

La proportion d'usagers de cannabis dans l'année ne concerne plus que 7 % de la population soit environ

30 % des expérimentateurs [8]. En outre, la part des fumeurs actuels est d'autant plus faible que l'âge est élevé. Cette décroissance progressive de l'usage de cannabis s'amorce dès la fin de l'adolescence. Parmi les expérimentateurs, une large majorité d'entre eux déclarent ne pas avoir renouvelé leur consommation dans l'année par absence d'attrance ou désintérêt. Les autres raisons avancées, moins fréquentes, sont l'absence d'opportunité, ne plus ressentir de plaisir, la peur de la dépendance, etc. Pour ceux qui en ont fumé récemment les arguments apparaissent multiples et plus contrastés : envie de s'amuser, convivialité, plaisir, « faire comme tout le monde », la recherche d'ivresse ou de « défonce », oublier ses problèmes ou encore pour dormir...

Pour les autres produits illicites, si les niveaux dans la population sont bien moindres que ceux observés pour le cannabis, les variations de consommations selon l'âge sont relativement comparables à celles des usages de cannabis, avec cependant deux différences majeures. La première se rapporte à la période de l'adolescence où l'on ne relève quasiment aucun usage récent. La seconde concerne les pics de consommations plus tardifs. Pour la MDMA/ecstasy ou la cocaïne, par exemple, c'est entre 18 et 25 ans que les proportions d'usagers dans l'année sont les plus élevées (respectivement 4 et 3 %). Les autres produits suivent tous plus ou moins ce schéma à la différence près que l'absence

figure 1





d'usage apparaît plus tôt, entre 30 et 40 ans. Notons que ces usages récents reposent principalement sur des usages récréatifs et festifs.

Il ressort que la plupart des usages observés sont occasionnels et relèvent d'un certain hédonisme, comme semblent le montrer les principaux motifs de consommation évoqués. Si les usages vont de pair avec une autonomisation croissante, notamment financière, des adolescents et jeunes adultes, on observe très rapidement un désintérêt croissant avec l'avancée en âge. Il y a derrière cet effet âge, l'évolution des contextes et des modes de vie qui expliquent pour la plupart l'abandon et la réduction des fréquences. En matière d'approvisionnement, notamment, le « groupe d'amis » qui joue un rôle essentiel se délite et se transforme au cours du temps, réduisant de fait les opportunités d'achats et de consommations. Il en est de même avec le recours à un dealer qui nécessite de maintenir le lien avec un marché illicite, moins compatible à partir d'un certain âge et mode de vie, même si internet constitue désormais une opportunité d'approvisionnement qui permet de s'affranchir d'une partie de ces risques.

Il existe néanmoins des situations particulières où ces usages perdurent plus longtemps. Les comporte-

ments majoritaires observés ici n'interdisent pas les « carrières » individuelles au sens où l'entend Becker [9]. Autrement dit, l'usager n'est pas aliéné, son histoire avec les produits est jalonnée de rencontres et d'opportunités d'essayer, de glisser vers un usage plus fréquent voire une dépendance mais aussi de diminuer, d'arrêter temporairement ou définitivement ses consommations.

À leur manière, les enquêtes en population générale, offrent l'occasion d'observer les trajectoires et mieux comprendre comment se construit la « carrière » d'un usager en tant que parcours ouverts et réversibles. Au-delà de l'approche séquentielle retenue ici, les enquêtes en population permettent également de décrire les usages de drogues illicites par sous-populations : selon le statut professionnel en distinguant plus particulièrement les actifs occupés et les chômeurs ; selon le type de profession (intellectuelle, cadre, employé, ouvrier) ou les diplômes obtenus... Au final, les trajectoires d'usage de drogues licites ou illicites et les pratiques addictives apparaissent jalonnées d'opportunités de passage d'un type de pratique à l'autre, sachant que le contexte de vie modèle les occasions d'usage mais qu'inversement la consommation d'un produit peut parfois interférer sur le mode de vie. 

Drogues et cerveau : dommages et prise en charge

Hélène Beaunieux
Professeur
de neuropsychologie,
Université Caen
Normandie

Les troubles de l'usage de drogues (alcool, cannabis, cocaïne ou héroïne) sont associés à de nombreux dommages somatiques et notamment cérébraux. Selon la substance consommée, les atteintes cérébrales structurales et fonctionnelles peuvent varier, mais certaines régions sont communément atteintes. Cette spécificité partielle des dommages cérébraux selon la substance s'observe aussi du point de vue des troubles neuropsychologiques induits par ces atteintes cérébrales. Certains troubles neuropsychologiques sont communément observés alors que d'autres varient selon la substance sur laquelle porte le trouble de l'usage [30]. L'objectif de cet article est de faire le point des connaissances sur les atteintes cérébrales et les troubles neuropsychologiques induits par les troubles de l'usage selon le type de drogue (alcool, cannabis, cocaïne et héroïne) et d'exposer ce que l'on sait de leur impact sur l'efficacité des prises en charge en addictologie et ce qui reste à comprendre.

Les dommages cérébraux liés aux troubles de l'usage de substances psychoactives

L'alcool est la substance dont les conséquences

des troubles de l'usage sur la structure et le fonctionnement du cerveau ont été le plus étudiées. Les atteintes cérébrales les plus fréquemment décrites concernent les lobes frontaux, les lobes temporaux, les lobes pariétaux, le thalamus et le cervelet. La région la plus fréquemment et sévèrement endommagée est la région frontale. Certaines des régions cérébrales endommagées par l'exposition chronique à l'alcool sont impliquées dans deux réseaux cérébraux fonctionnels : le circuit fronto-cérébelleux (CFC) et le circuit de Papez (CP). Le CFC met en jeu les régions frontales, le thalamus et le cervelet lorsqu'il est nécessaire de faire appel aux fonctions exécutives ou motrices. Les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives de haut niveau nécessaires à l'adaptation du comportement à un environnement nouveau. Elles regroupent les capacités d'inhibition, de flexibilité, les compétences de planification ou encore de prise de décision. Le circuit de Papez, notamment composé de la part interne des lobes temporaux, du thalamus et des régions frontales, sous-tend le fonctionnement de la mémoire épisodique. La mémoire épisodique est la mémoire à long terme des événements personnellement vécus

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 51.

et situés dans un contexte spatio-temporel précis. Elle est une composante essentielle du sentiment d'identité. Elle permet également une projection dans le futur au travers de sa composante prospective nous permettant de mémoriser des événements à réaliser dans notre futur. Les atteintes induites par l'alcool des régions impliquées dans ces deux réseaux cérébraux se traduisent par le développement progressif de troubles neuropsychologiques dont la sémiologie est aujourd'hui bien connue. Le tableau neuropsychologique des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool est caractérisé par des déficits exécutifs prédominants associés à des atteintes de sévérité variable de la mémoire épisodique, du traitement des informations visuo-spatiales ou émotionnelles, de l'équilibre et de la marche. Les troubles de l'usage de l'alcool sont souvent associés à une consommation plus ou moins importante de cannabis. Les atteintes cérébrales induites par la consommation chronique et excessive de cannabis concernent les lobes frontaux, la part médiane des lobes temporaux et le cervelet. Les régions temporales internes sont les plus fréquemment et sévèrement touchées. En conséquence, le tableau d'atteintes neuropsychologiques est dominé par des troubles de mémoire épisodique, notamment dans sa composante prospective, associés de façon variable à des déficits exécutifs et de traitement des informations visuo-spatiales et émotionnelles. Ces troubles neuropsychologiques sont fréquemment accompagnés d'un syndrome amotivationnel se traduisant par un désinvestissement des activités de vie quotidienne et de loisirs auparavant investies. La consommation de cocaïne souvent associée à l'alcool expose également le cerveau à des dommages cérébraux touchant principalement les régions frontales, cingulaires et insulaires. Ces atteintes cérébrales conduisent au développement progressif d'un tableau de déficits neuropsychologiques dominé par des troubles exécutifs associés ou non à des troubles de mémoire épisodique. Enfin, l'exposition chronique du cerveau à l'héroïne peut elle aussi entraîner des atteintes structurales et fonctionnelles des régions frontales, cingulaires, temporales et insulaires. Il est décrit l'existence de déficits exécutifs associés à des difficultés visuo-spatiales et psychomotrices et de mémoire épisodique.

En synthèse et du point de vue neuropsychologique, il semble qu'au-delà de certaines spécificités propres à chaque substance, il existe des déficits neuropsychologiques communs aux troubles de l'usage de drogues (alcool, cannabis, cocaïne et héroïne) : les déficits exécutifs, les troubles de mémoire épisodique et visuo-spatiaux. Une autre communauté clinique est le fait que les atteintes cérébrales et les troubles neuropsychologiques qui leur sont associés récupèrent avec l'abstinence quelle que soit la drogue considérée. Ces phénomènes de récupération peuvent être totaux ou partiels selon la durée d'abstinence, la sévérité du tableau initial et la fonction cognitive considérée notamment.

Troubles neuropsychologiques liés à l'alcool et efficacité des prises en charge

L'impact de ces troubles neuropsychologiques sur l'efficacité des prises en charge en addictologie et le maintien du contrat thérapeutique (réduction ou abstinence) a essentiellement été étudié dans le cadre des troubles de l'usage de l'alcool. Il a ainsi été montré un lien entre la présence de troubles neuropsychologiques et d'atteintes cérébrales, et une faible motivation à changer le comportement d'usage [36] et de faibles capacités à bénéficier des thérapies comportementales et cognitives [2, 51]. La présence de troubles neuropsychologiques est également un des nombreux facteurs de risque de rechute identifié chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. Afin de faciliter le repérage de ces troubles neuropsychologiques et leur prise en compte dans le parcours de soins, un nouvel outil BEARNI libre de droits a été validé et mis à la disposition des cliniciens en addictologie (<http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/berni> ; [55]). Cet outil, conçu pour les cliniciens non-experts en neuropsychologie, permet en 30 minutes de repérer les patients à risque de troubles neuropsychologiques légers ou sévères et de juger de la nature des fonctions atteintes : fonctions exécutives, mémoire épisodique, mémoire de travail, traitement visuo-spatial et équilibre. Selon la présence ou la sévérité des troubles neuropsychologiques repérés, une adaptation du parcours de soins est proposée. Concernant les autres drogues que l'alcool, peu d'études ont été conduites pour mieux comprendre ces liens entre troubles neuropsychologiques et prises en charge. Néanmoins, la présence d'une communauté d'atteintes neuropsychologiques quelle que soit la drogue ouvre des perspectives d'adaptation des champs de recherche et d'application cliniques. Par exemple, à l'instar des travaux conduits auprès des consommateurs d'alcool, des travaux visant à mieux caractériser les liens entre les troubles neuropsychologiques et le syndrome amotivationnel chez les consommateurs de cannabis permettraient d'améliorer la prise en charge de ce frein important dans l'accompagnement de ces patients. La nature précise des troubles neuropsychologiques induits selon le type de drogue doit continuer à être précisée notamment pour les autres drogues que l'alcool. La compréhension de l'impact des troubles neuropsychologiques sur l'efficacité des prises en charge en addictologie doit également continuer à faire l'objet d'études. Ces travaux sont essentiels pour mieux comprendre les communautés mais aussi les spécificités selon la substance de premier usage et continuer à améliorer les pratiques cliniques. Ainsi, si l'usage de l'outil BEARNI chez des patients présentant un autre trouble de l'usage que celui de l'alcool permet d'identifier les troubles neuropsychologiques communs que sont les déficits exécutifs, de mémoire et de traitement visuo-spatial, l'absence de déficits à BEARNI chez un patient présentant un trouble de l'usage pour une autre substance que l'alcool ne signifie pas l'absence de



Les drogues illicites en questions

troubles neuropsychologiques. Par exemple, les troubles de mémoire prospective, fréquents chez les consommateurs de cannabis, ne seront pas repérés. Des études visant à juger de la sensibilité de cet outil pour le repérage des patients usagers d'autres drogues et des adaptations éventuelles restent à réaliser. Enfin, même si les phénomènes de récupération des atteintes cérébrales

et déficits neuropsychologiques sont communs quelle que soit la drogue considérée, la spécificité selon la drogue de la chronologie de récupération ou des facteurs la favorisant n'a jamais été explorée. Là encore, des études scientifiques seront nécessaires afin d'améliorer l'efficacité des prises en charge et l'organisation des parcours de soins en addictologie. 

Quelle réglementation ?

Des conventions internationales classent les stupéfiants selon leurs dangers pour la santé, le risque d'abus et leur valeur thérapeutique. Elles édictent une norme de prohibition. Plusieurs États ont assoupli leur législation en dépénalisant l'usage, voire en légalisant le cannabis.

Un siècle de contrôle international : un modèle de prohibition contesté ?

La distinction juridique entre drogues *licites* et *illicites* est un fait politique relativement récent. La préoccupation d'un contrôle international des drogues a émergé il y a un siècle, avec la Convention de l'opium signée le 23 janvier 1912 à La Haye. Ce socle a été renforcé par trois conventions des Nations Unies qui exercent aujourd'hui une contrainte normative sur l'évolution des législations nationales en matière de stupéfiants : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de produits stupéfiants et de substances psychotropes. Elles classent les stupéfiants et leurs précurseurs chimiques¹ selon trois critères : leurs dangers pour la santé, le risque d'abus et leur valeur thérapeutique.

Ratifiées par la plupart des pays du monde (dont l'ensemble des États de l'Union européenne), ces conventions édictent une norme de prohibition que les pays signataires doivent adapter à leur droit national. Elles

imposent d'incriminer la production, le trafic, la cession et la détention de stupéfiants (qui peut être entendue comme la détention destinée au trafic). L'obligation d'incriminer directement l'usage n'étant pas explicite, les États disposent d'une marge de manœuvre pour réglementer la consommation.

Cet ordre international a connu des bouleversements. Alors que les cinquante dernières années ont été progressivement marquées par la « guerre à la drogue » déclarée en 1971 par le Président américain Richard Nixon, un certain nombre d'États – y compris aux États-Unis – ont dépénalisé la consommation et la détention de petites quantités de cannabis, c'est-à-dire qu'ils ont réduit ou supprimé les sanctions pénales encourues par les usagers majeurs. En Europe, les premiers qui ont engagé ce type de réforme ont été l'Italie (qui a dépénalisé la détention de drogues pour usage personnel en 1975 avant de revenir sur ces dispositions) et les Pays-Bas (dépénalisation de l'usage et de la détention de « drogues douces », dont le cannabis, pour usage personnel en 1976, toujours en vigueur), avant d'être rejoints par une dizaine d'autres pays européens. Mais

Ivana Obradovic
Directrice adjointe,
Observatoire
français des drogues
et toxicomanies

1. Molécules dont l'utilisation est licite mais qui peuvent être détournées pour produire des substances classées comme stupéfiants.



surtout, plus récemment, certains États sont allés plus loin en prévoyant un *système légal d'achat et de vente de cannabis*, inspiré du cadre régissant l'alcool et le tabac (lire page 39). Ces initiatives de légalisation du cannabis, prises depuis 2012 par quatre États américains et le district de Columbia (par voie de référendum local), ainsi qu'en Uruguay (par la voie parlementaire), vont bien au-delà d'une dépénalisation de l'usage puisqu'elles instaurent une *offre légale* et un *marché régulé* d'un produit classé comme stupéfiant. Placées devant le fait accompli, les instances internationales telles que l'ONU ou l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) ont fait valoir leur inquiétude à l'égard de ces approches de « normalisation » du cannabis, qui mettent à mal le paradigme de prohibition en vigueur depuis un demi-siècle.

Parallèlement à ces transgressions objectives de l'ordre international, les voix qui s'élèvent pour défendre une politique alternative à la prohibition se multiplient. De la dépénalisation généralisée de l'usage de drogues recommandée à la tribune des Nations Unies par la Commission mondiale pour la politique des drogues (*Global Commission on Drug Policy*) qui préconise, dans un rapport publié en 2012, de reconsidérer d'urgence les politiques répressives, jugées en « échec », au profit d'une approche considérant les personnes dépendantes comme des patients et non comme des délinquants, aux prises de parole de certains chefs d'États d'Amérique latine (Mexique, Colombie, Bolivie, Guatemala, Costa Rica...) plaidant pour une stratégie de lutte internationale recentrée sur des considérations de santé publique, l'interdit et la législation visant les drogues illicites n'en finissent pas de faire débat.

L'évolution des législations au sein de l'Union européenne : disparités et convergences

Dans ce contexte de contestation de l'ordre international en matière de stupéfiants, l'évolution des législations européennes apparaît encore relativement limitée. Elle reste centrée sur deux mouvements parallèles en cours depuis les années 2000 : *recul des sanctions pénales* pour les usagers de cannabis et les détenteurs de « petites quantités » de stupéfiants, la plupart des pays de l'Union européenne (UE) ayant supprimé la possibilité d'emprisonnement, et « *sanitarisation* » des *mesures prononcées dans le cadre pénal* (qui se traduit par le recours croissant à des mesures prévoyant un contact avec le système de soins).

Au cours des quinze dernières années, la moitié des pays de l'UE ont modifié le niveau de sanction infligé aux détenteurs de petites quantités de drogues, le plus souvent dans le sens d'un allègement [17]. Trois types de changements sont intervenus, affectant : le *statut juridique de l'infraction*, qui a pu conduire à transformer une infraction pénale en infraction administrative (contraventionnalisation), voire à supprimer toute forme d'incrimination ; la *classification des drogues*, lorsque la catégorie détermine la sanction ; enfin, l'*importance de la*

peine maximale applicable. La plupart des pays réformateurs ont combiné ces différents types de changement.

Aujourd'hui, les options adoptées en matière d'incrimination de l'usage de stupéfiants, des actes dits « préparatoires à l'usage » et du trafic sont très hétérogènes au sein de l'UE [46]. Certains pays prévoient l'incrimination directe de la consommation de stupéfiants, d'autres une incrimination indirecte (*via* la détention pour usage personnel) voire pas d'incrimination du tout, au moins pour certains stupéfiants (puisque quelques pays, comme les Pays-Bas qui ont consacré la notion de « drogues douces » ou le Royaume-Uni, distinguent le cannabis des autres stupéfiants dans leur régime d'incrimination).

S'agissant du cannabis, la drogue illicite la plus diffusée et la plus consommée, on peut distinguer trois groupes de pays suivant le *régime d'incrimination de l'usage* : un premier bloc majoritaire, regroupant 15 pays, où l'usage de cannabis en tant que tel n'est *pas interdit par la loi* ; un deuxième groupe de 7 pays où l'usage de cannabis constitue une *infraction administrative*, passible de sanctions prises en dehors du cadre pénal : Portugal, Espagne (usage en public), Luxembourg, Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie ; un dernier groupe, minoritaire, de 6 pays où l'usage de cannabis constitue une *infraction pénale*, passible d'une peine de prison (France, Grèce, Suède, Finlande, Chypre, Hongrie).

En revanche, la détention de cannabis constitue une infraction pénale dans la plupart des pays sauf, parfois, lorsqu'il s'agit de « petites quantités » destinées à l'usage personnel. Neuf pays considèrent ainsi la *détention de « petites quantités » de cannabis pour usage personnel* comme une infraction administrative (Portugal, Italie, Espagne, République tchèque, Slovaquie, Estonie, Lettonie, Croatie, Malte), avec un niveau de sanction variable. La majorité des pays considèrent cependant la détention de « petites quantités » de cannabis pour usage personnel comme une infraction pénale, même si certains prévoient divers mécanismes juridiques, comme l'opportunité des poursuites, permettant de ne pas la sanctionner (Allemagne, Belgique, Luxembourg, France, Pays-Bas, Royaume-Uni...). Les seuils déterminant les « petites quantités », qui déterminent la frontière entre possibilité de poursuites judiciaires et absence de poursuites et celle entre usage personnel et offre, ne sont pas toujours définis dans les textes et ils diffèrent d'un pays à l'autre (pour la résine de cannabis par exemple, ils s'échelonnent de 3 g en Belgique à 25 g en Espagne).

En somme, on peut considérer que 8 pays de l'UE-28 ont dépénalisé à la fois l'usage et la détention de « petites quantités » de cannabis : Portugal, Espagne, Slovaquie, Estonie, République tchèque, Italie, Lettonie, Croatie. On peut y ajouter le Luxembourg et la Belgique, où les sanctions pénales pour ce type de comportement sont, en pratique, inexistantes. Par ailleurs, une trentaine d'États dans le monde (la plupart dans l'UE) et 24 États américains (+ Washington DC) ont légalisé l'usage du

cannabis ou de ses dérivés à des fins thérapeutiques, sous des formes et dans des conditions plus ou moins restrictives [46].

Contrairement aux idées reçues, la consommation, la détention et la vente de cannabis n'ont pas été légalisées aux Pays-Bas mais elles sont tolérées sous certaines conditions. À ce stade, aucun pays de l'UE n'a adopté un système de légalisation et de régulation de la production et de la distribution de cannabis ou d'autres stupéfiants tel qu'il existe dans certains États américains ou en Uruguay [71]. Depuis la loi de 1976, la politique néerlandaise en matière de drogues repose sur une distinction juridique entre *drogues dures* et *drogues douces* (dont le cannabis), fondée sur le risque sanitaire encouru. Elle distingue trois infractions, toutes passibles de sanctions pénales (qu'il s'agisse de drogues *dures* ou *douces*) : détention, vente et trafic. La consommation ne constitue pas une infraction et, jusqu'à 30 grammes, la détention de *drogues douces* pour usage personnel est passible d'une simple amende. La détention, la vente et la consommation sont autorisées dans les *coffee-shops* titulaires d'une licence, avec certaines restrictions : interdiction de vente aux mineurs et de publicité, vente maximum de 5 g par personne et par transaction, etc.

Au sein de l'UE, le Portugal est le pays qui est allé le plus loin dans la voie de la dépénalisation. La loi du 30 novembre 2000 a dépénalisé l'usage et la détention de toutes les drogues (dans la limite de quantités correspondant à dix jours de consommation). La peine maximale pour détention de petites quantités a été réduite d'une peine de prison de trois mois à une amende administrative. La décision d'appliquer cette amende dépend du profil de l'utilisateur, évalué par une *commission de dissuasion de la toxicomanie* médicalisée. Le traitement des consommateurs de drogues relève entièrement de la responsabilité du ministère de la santé et non plus de la justice, l'orientation sanitaire des usagers en difficulté étant l'objectif prioritaire de ce système [24].

Évolution de la législation française

L'usage de stupéfiants constitue un délit en France depuis un siècle (loi du 12 juillet 1916). La politique de lutte contre les drogues illicites repose sur la loi du 31 décembre 1970, votée pour répondre à la diffusion de l'héroïne parmi les jeunes, dans le contexte général d'une « reprise en main de la jeunesse » après les événements de mai 68. Cette loi réprime l'usage et le trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant, sans distinction. Elle instaure un statut de l'utilisateur jugé ambigu, considéré à la fois comme délinquant (auteur d'un délit passible de prison) et comme malade (victime de son propre usage) dès lors qu'il peut éviter les poursuites pénales s'il accepte de se faire soigner.

Dans le texte, le régime d'incrimination français figure parmi les plus sévères au sein de l'UE puisqu'il considère l'usage (privé ou public) de cannabis comme un délit

passible d'une peine maximum d'un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende. Depuis la loi du 5 mars 2007, l'utilisateur encourt également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. L'introduction en 2015 de la transaction pénale pour les auteurs de petits délits, comme l'usage de cannabis, a – théoriquement – modifié le cadre légal. Celle-ci peut permettre au contrevenant d'éviter le tribunal en payant immédiatement une amende à la police (décret du 13 octobre 2015). Cependant, les changements effectifs apportés par cette évolution réglementaire sont encore difficiles à mesurer. D'une façon générale, depuis 1970, le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants a été redéfini par de nombreux textes, notamment des circulaires de politique pénale qui recommandent de privilégier les alternatives aux poursuites et de réserver les poursuites aux récidivistes ou aux usagers refusant toute mesure alternative.

En pratique, face à l'afflux d'interpellations pour usage de stupéfiants (plus de 160 000 personnes mises en cause chaque année, dont 90 % au titre du cannabis), les magistrats prononcent le plus souvent, à la place de l'emprisonnement, diverses sanctions privatives ou restrictives de liberté : mesure alternative aux poursuites, peine alternative à la prison, amende, suspension du permis de conduire, etc. Ainsi, 70 % des affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets font l'objet d'une mesure alternative aux poursuites : rappel à la loi, orientation sanitaire et sociale (vers une « consultation jeunes consommateurs » par exemple), injonction thérapeutique, etc. [45].

Si les sanctions prononcées apparaissent globalement moins lourdes et moins centrées sur l'enfermement (rare pour des faits de simple consommation), la « pénalisation » de l'usage de stupéfiants ne cesse de progresser en France, si l'on en juge par la croissance conjointe des interpellations de consommateurs (principalement de cannabis), du taux de réponse pénale, du taux de poursuites et des condamnations pour usage en infraction principale [47]. À l'image de tous les autres contentieux de masse mais à rebours de l'évolution européenne, les usagers de stupéfiants sont de plus en plus systématiquement sanctionnés, majoritairement dans le cadre de procédures rapides et simplifiées. Le deuxième point marquant concerne la palette des réponses pénales développées, qui s'est considérablement élargie et comprend la plupart du temps des sanctions prononcées par les parquets, en amont des tribunaux. Enfin, la troisième évolution observable affecte la structure de la réponse pénale, avec un recours accru aux sanctions pécuniaires, à l'instar des peines d'amende qui se sont massivement généralisées. Cette tendance à la pénalisation financière est confirmée par l'instauration de la transaction pénale, qui relève elle aussi de cette logique.

Cependant, malgré cette législation parmi les plus sévères en Europe, un grand nombre de consommateurs



n'ont jamais eu affaire à la justice pénale et, surtout, la France reste un des pays les plus consommateurs de cannabis, notamment parmi les jeunes. C'est un des arguments mobilisés par les détracteurs du cadre légal actuel. Rappelons cependant que l'interdit d'usage posé par la loi de 1970 fait l'objet d'une controverse aussi ancienne que récurrente. Le débat sur la dépénalisation du cannabis a émergé en France dans le sillage des critiques de la loi de 1970 qui ont, dès les premières années, souligné ses difficultés pratiques d'application. Il a été ravivé dans la période de forte

diffusion du produit au cours des années 1990-2000². La revendication d'un changement du statut légal du cannabis, voire d'autres drogues illicites, réapparaît de façon sporadique dans le débat public, au gré de l'actualité médiatique créée autour de prises de positions individuelles, d'initiatives législatives ou des évolutions observées dans d'autres pays.

2. Entre 1992 et 2010, le niveau d'expérimentation du cannabis parmi les adultes (18-64 ans) est passé de 13 % à 33 % et l'usage dans l'année d'à peine 5 % à 8 %.

Mécanismes de convergence de la régulation des drogues licites et illicites

Henri Bergeron
Étienne Nouguez
Chargés de recherche
Centre de sociologie
des organisations
(Sciences Po Paris –
CNRS)

Depuis le début des années 1990, un mouvement de convergence des modes de régulation¹ des drogues licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines...) semble s'épanouir. Ce mouvement ne concerne pas tous les pays et tous les produits de la même façon, et ne se traduit pas par une identité des politiques menées. Il porte plus volontiers sur les cadres cognitifs et normatifs qui guident ces politiques, et qui sont jugés « adéquats » ou « appropriés » par les pouvoirs publics et les professionnels qui ont la charge de la gestion des problèmes (tant sanitaires que sociaux) soulevés par ces produits. L'évolution de ce que l'on peut appeler des « paradigmes de l'action publique » conduit ainsi non seulement à redéfinir le statut juridique, sanitaire et social des différentes substances psychoactives, mais aussi les politiques mises en œuvre pour réguler leur production, leur commerce et leur usage.

Après être rapidement revenus sur le paradigme ayant fondé la séparation entre drogues licites et illicites, nous aimerions analyser plus précisément les deux paradigmes qui ont présidé à une convergence entre les politiques de régulation des drogues licites et illicites : le « paradigme de réduction des risques », apparu dans les années 1990, qui a fait des risques sanitaires entourant l'usage de drogues l'unité de mesure à l'aune de laquelle hiérarchiser les drogues, les usages et leurs politiques de régulation ; le « paradigme libéral-marchand », apparu dans les années 2010, qui s'intéresse en priorité aux coûts économiques et sociaux liés la prohibition des drogues.

Aux origines de l'illégalité : une convergence internationale autour de la prohibition des drogues

Pour mieux saisir les mouvements de convergence entre drogues licites et illicites à l'œuvre depuis les années

1990, il faut revenir sur le paradigme qui a présidé à la prohibition de certaines substances psychoactives. Comme le rappelle François-Xavier Dudouet, le principe qui gouverne les accords internationaux sur les drogues a consisté à définir l'usage médical et scientifique des drogues comme seul licite : « *La politique internationale des drogues n'a jamais eu pour but d'interdire les drogues, mais celui de limiter leur offre aux seuls usages médicaux et scientifiques. [...] Ainsi, la distinction entre drogues licites et drogues illicites ne repose pas sur les propriétés des substances mais sur les conditions sociales de leurs usages* » [26].

Loin d'interdire tout commerce de drogues, l'histoire du contrôle international des drogues décrit donc plus volontiers la construction progressive de deux espaces : un commerce légal à destination des usages scientifiques et médicaux et un commerce illégal pour les autres usages. Les conventions de 1961 et 1971, qui régissent encore aujourd'hui la politique internationale des drogues, classent ainsi les stupéfiants (et leurs précurseurs, molécules biochimiques qui entrent dans la composition des drogues) en fonction de leurs dangers pour la santé, du risque d'abus qu'ils présenteraient et de leur plus ou moins grande valeur thérapeutique [11]. La Convention internationale de La Haye qui a posé en 1953 les bases de la régulation internationale du commerce de drogues, a ainsi résulté de la rencontre de trois mouvements convergents mais non nécessairement coordonnés :

- la professionnalisation des médecins et des pharmaciens qui les a amenés à revendiquer le monopole de la distribution des médicaments ;
- l'affirmation des mouvements de tempérance, en particulier britanniques et américains, qui ont fait de l'opium et de l'alcool leurs chevaux de bataille ;
- la volonté des pays occidentaux de contrôler un commerce mondial très lucratif.

1. Nous avons dans ce texte un entendement extensif de la régulation, qui peut ainsi comprendre des mesures d'interdiction.

À partir de 1925, la plupart des pays signataires des conventions ont prohibé l'usage, la possession, la production et le commerce de drogues à des fins non médicales et, à partir des années 1960-1970, élaboré des dispositifs légaux autorisant les poursuites judiciaires contre ces différentes activités. L'adoption de sanctions pénales pour les délits de trafic n'a guère suscité de débats ou controverses entre les États signataires et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (chargé du suivi de la mise en œuvre des conventions) : la détention pour trafic, le trafic, l'achat, la délivrance ou la mise en vente, etc., sont partout conçus comme des délits graves pour lesquels des peines privatives de liberté peuvent être prononcées. Dudouet [26] dessine ainsi les contours d'un processus mondial d'harmonisation des politiques pénales et répressives du trafic, qui aurait été, entre autres, déclenché par la diffusion d'un discours alarmiste sur l'existence supposée d'une criminalité globalisée liée à la drogue. Tel n'est pas le cas des sanctions devant être appliquées pour l'infraction d'usage simple (ou possession pour usage personnel), pour laquelle une relative indétermination dans la rédaction et l'interprétation des conventions internationales s'est traduite par une grande variabilité des politiques nationales adoptées en la matière. Mise en place entre les années 1920 et 1970, cette politique internationale de drogues a fait l'objet d'une contestation croissante autour d'un nouveau paradigme.

Une convergence autour de la sanitarisation des drogues ? (années 1990-2000)

Les années 1990 ont vu se former en Europe, un mouvement convergent de sanitarisation [29] des approches des drogues licites et illicites autour de ce que de nombreux auteurs ont appelé « le paradigme de la réduction des risques ». L'apparition et l'extension de l'épidémie de sida a en effet déplacé la focale des intervenants et des politiques des drogues vers une prise en compte des usages de drogues en termes de santé publique et de risques pour la santé plutôt qu'en termes de violation des lois, d'ordre public, d'aliénation mentale ou de déchéance sociale. Trois éléments peuvent ainsi permettre de caractériser ce paradigme (qui ne s'est toutefois qu'imparfaitement incarné dans les lois) :

- les drogues sont désormais comparées et distinguées à l'aune de leurs risques pour la santé individuelle et collective, tels qu'ils sont identifiés par la science et la médecine ;
- les usages de drogues sont eux-aussi comparés et distingués selon leurs degrés d'engagement et leurs risques pour la santé : usage simple et abus (dans le DSM) ou usage simple, usage nocif et dépendance (dans la CIM 10) ;
- enfin les politiques de lutte contre les drogues sont de manière croissante élaborées et évaluées à l'aune de leur capacité à réduire les risques associés à la prise de drogue plutôt qu'à leur ambition affichée d'éradiquer la consommation de drogues.

Le paradigme de la réduction des risques a profondément modifié les modalités de conception et d'application des politiques de régulation des usages des drogues à deux niveaux. Sur le plan juridique, s'il est indéniable que les États membres de l'Union européenne manifestent des situations contrastées en matière de traitement juridique de l'infraction d'usage et que les dispositions adoptées n'ont rien d'homogène sur le territoire européen, un certain nombre de mouvements juridiques observés récemment témoigneraient cependant, d'une tendance partagée à considérer l'usage comme un délit ne devant plus, ou le moins possible, être sanctionné par des peines privatives de liberté. Ainsi, dans un nombre important de pays européens (Espagne, Italie, Portugal, République tchèque, Belgique, Irlande, Luxembourg), la loi ne prévoit plus, pour le cannabis ou pour l'ensemble des drogues illicites, de peines de prison pour usage simple (ou détention pour usage personnel, sans circonstances aggravantes et souvent pour la première infraction de ce type), mais plutôt des avertissements, des amendes, des suspensions de permis de conduire ou de permis de séjour pour un étranger. Dans d'autres pays (Autriche, Allemagne, France, Danemark, Hongrie, Pays-Bas) les lois, les circulaires ou d'autres instruments juridiques, limitent la possibilité de l'emprisonnement à des situations particulières ou donnent une plus « grande marge d'appréciation » aux autorités publiques, pour décider de sanctionner ou non l'usage par des peines d'emprisonnement, et recommandent notamment de s'abstenir de prononcer pareille peine quand il s'agit de détention de petites quantités pour usage personnel, quand le délit est considéré comme « mineur » ou quand les usagers n'ont pas commis d'autres délits.

Sur le plan médical, alors que les États occidentaux avaient jusqu'alors opté pour une politique principalement curative des drogues visant à agir sur les causes de la prise de drogue (avec un objectif d'abstinence), certains pays ont mis en œuvre des mesures visant à agir sur les conséquences sanitaires de l'usage de drogue : contrôle de la qualité des produits dans les *Rave parties* ou dans d'autres lieux de sorties des jeunes, lieux de soins de première urgence, distribution de matériel d'injection stérile, ouvertures de salles de consommation, extension de la fourniture des produits de substitution (méthadone ou buprénorphine), et, dans certains États européens seulement (comme la Suisse ou les Pays-Bas), distribution contrôlée d'héroïne aux quelques toxicomanes qui ne peuvent se limiter à la prise de produits de substitution.

Si l'irruption de l'épidémie de sida a sans doute constitué une fenêtre d'opportunité pour les défenseurs du paradigme de « réduction des risques », elle ne suffit pas à expliquer la convergence des politiques européennes autour de ce paradigme, aboutissant à sa reconnaissance le 18 juin 2003 dans une recommandation du Conseil de l'Union européenne adoptée à l'unanimité par les États membres. Trois éléments



semblent pouvoir être avancés pour expliquer cette convergence :

- la formation de « coalitions de cause » et de réseaux de politiques publiques, regroupant des acteurs aux origines diverses mais aux croyances convergentes (médecins humanitaires, associations d'usagers et d'anciens usagers, certains professionnels du soin de la toxicomanie, médecins spécialisés dans la prévention du VIH et le traitement du sida, sociologues, etc.), qui ont cherché à occuper des positions-clés dans les centres décisionnels et les rouages administratifs des États occidentaux ;
- la mise en œuvre d'expérimentations dans certains pays « pionniers » comme les Pays-Bas ou la Suisse ;
- l'action de la Commission européenne et de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies qui, à défaut de pouvoir réglementaire en la matière, ont développé une politique d'influence, fondée sur le *benchmarking* des politiques de régulation à partir d'indicateurs statistiques tous inspirés du paradigme de la réduction des risques, sur des réunions de partage d'expériences, et sur la formulation de recommandations [11].

Ainsi, même si tous les pays européens n'ont pas adopté en même temps et dans les mêmes proportions des politiques de réduction des risques, une tendance à l'uniformisation des réponses sanitaires dans tous les pays de l'Union européenne s'est dégagée dans les années 2000 (surtout dans les 15 premiers États membres). Pour autant, ce paradigme semble désormais laisser la place à un autre paradigme, lui aussi conséquentialiste, qui n'insiste pas tant sur les conséquences sanitaires que sur les conséquences économiques des politiques de répression des drogues.

Une convergence autour de l'économicisation de la question des drogues ? (années 2010)

Un deuxième mouvement de convergence de la régulation des drogues licites et illicites semble apparaître récemment autour d'un paradigme que l'on pourrait qualifier de « libéral-marchand ». Bien qu'il concerne uniquement le cannabis et qu'il soit loin de toucher tous les États selon la même ampleur, ce paradigme tend à occuper une place croissante dans les discours politiques et les traitements médiatiques. Ce paradigme promeut une approche qui évalue les politiques de lutte contre les drogues à l'aune de leurs coûts sociaux et surtout économiques. On peut identifier plusieurs dimensions de ce paradigme.

À un premier niveau d'analyse, les années 2000 et 2010 ont vu fleurir de nombreux rapports, le plus souvent produits par des économistes, visant à mesurer les coûts financiers de la politique de lutte contre le trafic et la consommation de cannabis. Ces coûts sont de trois ordres : ils mesurent d'abord les coûts directs générés par la lutte contre les drogues, qu'il s'agisse des frais de police, de justice ou d'emprisonnement ; ils mesurent ensuite les coûts indirects (tangibles et intangibles) engendrés par le développement d'activités

mafeuses ou criminelles mais aussi par les usages problématiques de drogue (alcool ou cannabis au volant...) ; ils mesurent enfin les coûts d'opportunité, c'est-à-dire la perte financière pour l'État engendrée par la non-taxation de ces activités illégales (par comparaison au tabac ou à l'alcool). À un deuxième niveau, ce paradigme s'appuie sur le développement d'une vision libérale de l'État, dont le rôle ne serait plus tant de protéger les citoyens contre eux-mêmes, mais de s'assurer que leurs activités n'aient pas de conséquences négatives sur autrui et la société, et en particulier de protéger l'espace public.

Enfin à un troisième niveau, la dépénalisation dans certains pays (comme les Pays-Bas ou la Californie aux États-Unis), la légalisation dans d'autres (Uruguay ; Colorado et État de Washington aux États-Unis) a favorisé l'apparition d'acteurs tirant des revenus importants de la vente du cannabis, qu'il s'agisse des producteurs (l'industrie du tabac investissant de manière croissante le secteur) ou des États (qui perçoivent des taxes sur ces activités), et qui promeuvent de manière extensive son développement.

Bien qu'il soit prématuré de parler de rapprochement entre les régulations du cannabis et des autres substances (licites ou illicites), sur le fondement de cet influent paradigme, deux mécanismes pourraient conduire à une telle convergence. Un premier mécanisme que l'on pourrait appeler de « contagion marchande » semble être à l'œuvre aux États-Unis. Ainsi, bien que la culture, la production, la vente et la consommation de drogues restent illégales au niveau fédéral (promoteur et signataire des conventions internationales sur la régulation des drogues), cinq États ont légalisé le cannabis pour tous ses usages, onze l'ont légalisé pour des usages thérapeutiques et quinze l'ont dépénalisé, ce qui tend à fragiliser la position fédérale. Les facteurs expliquant cette contagion sont pluriels. Les citoyens des différents États peuvent s'inspirer du succès rencontré par des pétitions publiques adoptées dans certains États pour militer en faveur de telles pétitions chez eux. Des acteurs industriels se développent dans les États où le cannabis est légalisé et cherchent à étendre leur marché aux autres États en faisant du lobbying pour modifier la régulation. Les États eux-mêmes peuvent trouver dans ce « *nouvel or vert* » un moyen de consolider leurs finances et éventuellement de développer une industrie sur leur territoire [13]. Un deuxième mécanisme pourrait plutôt se réaliser par les conventions internationales qui déterminent le statut des drogues. L'adoption de mesures de légalisation du cannabis dans différents États du monde (au premier rang desquels se trouveraient les États-Unis) pourrait permettre la formation d'une coalition allant dans le sens d'une révision des conventions internationales.

Nous insistons néanmoins sur le fait que ce mouvement de convergence qui semble s'esquisser autour du cannabis n'en est qu'à ses débuts. Comme l'a montré à de maintes reprises l'histoire de la régulation des

drogues, rien n'indique que ce mouvement de convergence concerne tous les pays du monde, ni qu'il dépasse le cas du cannabis pour s'appliquer aux autres drogues illicites. Il faut donc se garder de toute tentation téléologique en la matière.

Par ailleurs, si nous avons parlé de convergence autour de paradigmes d'appréhension des drogues (en termes de risques sanitaires ou de coûts financiers), nous ne considérons pas pour autant que cette convergence

signifie une identité des politiques ou des moyens mis en œuvre par les États à partir de ce paradigme. De la même manière que les drogues licites comme l'alcool ou le tabac donnent lieu à des politiques d'intensité et de formes diverses, la régulation des drogues illicites adapte ces paradigmes aux traditions et aux institutions nationales et se réalise par la mise en œuvre d'instruments de politiques publiques souvent fort différents d'un État à l'autre. 🖋️



Quelles politiques mises en œuvre ?

Les différentes politiques mises en œuvre pour lutter contre les drogues n'ont pas permis d'enrayer leur consommation. L'approche de réduction des risques généralisée depuis vingt ans vient questionner la pénalisation de l'usage de drogues en vigueur.

Les changements des modèles de politique publique et leurs effets

Jean-Michel Costes
Directeur de
l'Observatoire
français des drogues
et toxicomanies de
1995 à 2011

Lors de la campagne présidentielle de 2012, près de 2000 acteurs du champ des addictions ont signé une même charte intitulée « Pour une nouvelle politique des addictions »¹. Cette charte faisait état du large consensus des acteurs de ce champ sur l'urgence d'un changement de cap, déplorant le choix du gouvernement précédent de privilégier une approche répressive au détriment de la politique de santé publique. L'échec de cette politique s'avérait patent.

Toujours pas de changement de cap !

Depuis, un nouveau plan gouvernemental « de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 » a été adopté ; il repose sur trois grandes priorités :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.

- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics.

Il y a certes quelques avancées dans ce plan. Certaines mesures ou expérimentations intéressantes ont été déployées. Toutefois, il est permis de douter de l'atteinte réelle des grands objectifs de ce plan, aucun financement supplémentaire n'ayant été accordé pour sa mise en œuvre. Ainsi, la volonté affichée de donner une priorité forte à l'observation, la recherche et l'évaluation semble être contredite par des décisions budgétaires qui ont eu pour conséquence, par exemple, une diminution de près de 20 % du budget de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), dispositif majeur en ce domaine [64].

Ce plan ne s'appuie pas sur un diagnostic de la situation actuelle pour fonder une politique cohérente de santé publique. Une telle démarche devrait prendre en compte les comportements, les usages et la réalité des risques et des dommages, que les produits soient licites ou illicites. Ainsi, plutôt que se donner des objectifs précis d'amélioration de la santé (réduction des dommages

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 51.*

1. <http://www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr>

usages à l'alcool et le tabac, réduction des contaminations VHC, etc.), ce plan se fixe comme indicateur transversal d'évaluation « le niveau de connaissance des citoyens sur le danger des drogues », indicateur qui privilégie l'opinion publique au détriment de l'expertise de santé publique [58].

On ne peut douter que le refus de réformer la loi qui pénalise l'usage soit l'obstacle principal au changement. En témoigne le cas de l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque. Ce dispositif, comme le documente une expertise collective de l'Inserm, qui recommandait en 2010 son utilisation en France, contribue efficacement à la protection de la santé des usagers et à la tranquillité publique de l'environnement en apportant des réponses adaptées aux usagers les plus précarisés en favorisant leur accès aux services de santé ainsi qu'à leur réinsertion sociale [34]. Son expérimentation, à laquelle le gouvernement s'était engagé en 2012, a été longuement négociée et a dû être reportée en raison du recours au Conseil d'État qui demande un cadrage législatif. En 2016, la loi de santé, renforce légalement l'approche basée sur la réduction des risques et des dommages en sécurisant ses acteurs et en permettant de nouvelles pratiques. Il aura fallu plus de quatre ans pour espérer voir ce dispositif se déployer dans un avenir proche. Ces déboires ont toutefois fait prendre conscience du fait que la politique de réduction des risques, pourtant officialisée depuis la loi de santé publique de 2004, allait à l'encontre de la pénalisation de l'usage de drogues illicites [28].

Dépénalisation des usages de drogues

Avec près d'un demi-siècle de recul, on peut maintenant affirmer que la pénalisation de l'usage de stupéfiants n'a réussi à enrayer ni leur disponibilité ni leur consommation et que la plus ou moins grande sévérité des sanctions prévues pour un usage/détention de drogue n'a pas d'influence sur le niveau des consommations [20]. La criminalisation des usagers de drogue fait obstacle à la protection de la santé en rendant plus difficile leur accès aux services de prévention et de soins, et accroît leurs prises de risque par la clandestinité. Ainsi, loin de protéger la santé, la répression de l'usage contribue à son aggravation [66]. À la veille de l'Assemblée générale des Nations Unies (Ungass), qui s'est penchée en avril 2016 sur les « conséquences négatives inattendues de la stratégie de guerre à la drogue », le *Lancet* a publié un rapport scientifique de référence sur le sujet et plaidé, dans son éditorial du 21 avril 2016, pour une réforme en profondeur des politiques sur les drogues [23].

La « dépénalisation » de l'usage des drogues (supprimer la sanction pénale attachée à un comportement individuel, l'usage, la possession ou la détention pour usage personnel, d'un produit classé comme stupéfiant), n'est pas à confondre avec la « légalisation » (donner un statut légal, plus ou moins encadré, à un produit, le rendre légalement accessible). Dépénaliser « les

usages » ne veut pas dire supprimer l'interdit sur les « drogues » : cet interdit, comme le niveau requis de régulation, devrait être réexaminé, produit par produit, objet d'addiction par objet d'addiction.

Dépénaliser l'usage de drogues permettrait à la France de rejoindre la grande majorité des nations développées et quitter le club peu enviable des pays conservateurs mettant en avant cet interdit pénal (Russie, Chine, Iran, Pays du Golfe...) avec les conséquences catastrophiques que l'on connaît tant sur le plan de la santé publique que sur celui des droits de l'homme. Les États-Unis étaient le membre le plus actif de ce club en ayant adopté de longue date une logique de « guerre à la drogue » et en maintenant des années durant l'objectif illusoire « d'éradiquer les drogues ». Cette politique, qui s'est traduite par des sanctions systématiques des usagers de drogues ou petits trafiquants interpellés, a conduit à une escalade de la violence du trafic de rue sans limiter les consommations. Les États-Unis empruntent aujourd'hui une tout autre voie au sujet du cannabis, en s'engageant vers sa légalisation sans passer par l'étape de sa dépénalisation.

Le débat sur la légalisation du cannabis

Le débat sur la légalisation du cannabis, comme celui sur l'interdit de son usage, reste enfermé dans des positions de principe alors qu'il faudrait commencer par tirer les enseignements de l'échec des politiques menées ces dernières années. Comme le souligne à la une *Le Monde* dans son édition du 20 avril 2016, « L'ONU acte l'échec de la guerre contre la drogue » et « les pays qui expérimentent de nouvelles approches sont de plus en plus nombreux ». Nous assistons en ce moment, dans ce domaine, à une certaine accélération du temps. Les Pays-Bas ont été longtemps isolés avec leur stratégie visant à séparer le marché du cannabis de celui des autres drogues illicites en « légalisant »² de fait et encadrant la vente de ce premier. Ils sont maintenant dépassés par d'autres pays allant au bout de la même logique en ouvrant une offre légale réglementée du cannabis, contrevenant ainsi aux engagements contractés à la suite de leur signature des conventions internationales : incriminer et sanctionner la culture, la distribution et la production de tout type de stupéfiants [16]. Ces initiatives se multiplient même si elles sont actuellement cantonnées aux continents américains. Le cas des États-Unis est le plus intéressant.

Avant d'évoquer ce débat, il convient de préciser de quoi on parle. Légaliser un produit signifie que sa production et sa commercialisation sont autorisées. L'État peut intervenir plus ou moins fortement pour en fixer les règles. Dans le cas du cannabis, comme des

2. Certains contestent l'utilisation du terme de légalisation dans le cas néerlandais, en lui préférant le concept de « tolérance » ; mais de fait les Pays-Bas ont mis en place un cadre légal d'achat/vente de détail de cannabis en laissant dans l'ombre et le flou ce qui passe à travers les « portes arrières des coffee-shops » ; la production de cannabis reste illégale aux Pays-Bas.



autres objets d'addiction, on évoquera plutôt la notion de « régulation du marché ». Les principaux outils de régulation sont : la taxation (peser sur la demande en intervenant sur le prix de vente par la fiscalité), la restriction de l'accessibilité (interdiction de vente à certaines catégories, telles que les mineurs, limitation des points de vente) et la restriction ou l'interdiction de publicité [46].

En 2012, deux premiers États américains (le Colorado et l'État de Washington), suivis en 2014 par l'Alaska, l'Oregon et le district de Columbia, ont adopté par référendum la légalisation de la consommation récréative de cannabis en totale contradiction avec la loi fédérale. Il s'agit, dans ces différents cas, d'une légalisation « du cadre de la consommation récréative de cannabis » : précision des quantités qui peuvent être vendues ou cultivées, restriction de la publicité, interdiction de vente aux mineurs, taxation et affectation des recettes aux programmes d'éducation ou de prévention.

On pourrait ajouter à cette liste d'États une bonne vingtaine d'autres qui, s'ils n'ont pas passé le pas de la légalisation, ont choisi une stratégie de décriminalisation de l'usage ou de légalisation d'un « usage médical » du cannabis dans une perspective parfois très extensive (tel le cas de la Californie).

L'évolution de la situation dans ces États sera intéressante à analyser et riche d'enseignements sur les possibles répercussions d'un tel changement. Il existe de nombreux points de vue sur les effets attendus d'une légalisation, tant sur le plan des revenus de taxation, les taux de consommation chez les adultes et les jeunes, les conséquences sanitaires et celles sur le crime organisé.

Des premiers éléments statistiques collectés au Colorado sembleraient montrer une augmentation des accidents de la route et d'admissions hospitalières liés à la consommation de cannabis, les demandes de traitement en la matière restant stables [19]. Il est encore trop tôt pour pouvoir se prononcer sur les conséquences en termes de niveaux de consommation. Toutefois, une réelle évaluation de l'impact de ce changement légal se heurte aux limites des systèmes de monitoring telles que la non-différenciation du cannabis des autres drogues ou l'absence de dépistage systématique lors des problèmes de santé pour lesquels le cannabis pourrait être engagé. Enfin, la question de l'imputabilité d'une tendance constatée au changement de cadre légal est un sujet complexe. Ainsi, si l'on constate une tendance à la hausse tout en maîtrisant les possibles facteurs de confusion, peut-on l'imputer comme effet de la légalisation ou à d'autres facteurs tels qu'une meilleure connaissance de la situation, une plus grande propension des gens à signaler un comportement autrefois illégal ou une meilleure détection ? En effet, il peut être légitime de penser que la sortie d'un comportement de la sphère de l'illégalité améliore *de facto* sa visibilité.

Tout ceci est un challenge passionnant pour la recherche et il faudra laisser ce débat dans ce champ,

avec la temporalité qui lui est propre, loin de l'urgence et des réponses définitives. On peut souligner, dans cet esprit, l'initiative de l'État de Washington qui prévoit l'allocation de ressources à l'institut de recherche Washington State Institute for Public Policy pour la réalisation d'une analyse coûts/avantages prenant en compte la santé publique, la sécurité publique, la consommation, le pénal, l'économie et l'administration. Le premier rapport présentant une analyse des résultats est prévu pour septembre 2017 [68].

Un autre domaine du champ des « objets d'addiction potentielle » nous apporte des enseignements précieux sur les alternatives possibles à la prohibition.

La régulation des jeux d'argent : un modèle à suivre ?

La pratique des jeux d'argent et de hasard en France est régulée, c'est-à-dire qu'il existe une offre légale pour un très grand nombre de ces jeux sur Internet ou hors Internet. Cette offre est régulée par l'État qui en fixe les modalités (nature de l'activité autorisée, conditions d'accessibilité, niveaux des prélèvements fiscaux). Cette offre est gérée par des opérateurs sous contrôle direct de l'État ou par des opérateurs privés sous régime de concession ou licence. Certaines formes de jeux³ sont interdites mais ce sont les opérateurs offrant de tels jeux qui sont poursuivis et non pas les joueurs.

La politique publique mise en œuvre dans le domaine des jeux d'argent met en avant le concept de jeu responsable qui désigne la démarche suivante : « *prévenir et réduire les risques et les dommages liés aux pratiques de ces jeux* ».

Le cas du jeu en ligne est une des meilleures illustrations de changement de paradigme d'une politique publique passant de la prohibition à une légalisation régulée. Avant la loi de 2010, qui a ouvert légalement sur Internet trois segments des jeux d'argent (poker, paris sportifs et paris hippiques), l'offre de ces jeux était interdite [39]. Toutefois, cette interdiction n'était pas réellement effective et on estimait entre 1 à 2 millions le nombre de Français pratiquant de tels jeux sur Internet. Le pari du législateur lors de l'adoption de la loi de 2010 était d'assécher l'offre illégale, en faisant venir une large majorité des joueurs sur les sites légaux, et de réduire les pratiques problématiques sur cette offre légale. Pour cela, la loi a créé une instance de régulation dotée de pouvoirs et de moyens importants : l'Autorité de régulation du jeu en ligne (ARJEL).

Avec le recul dont on dispose et grâce aux enquêtes qui ont pu être menées à cet effet il est possible de dresser un bilan de l'atteinte de ces objectifs. Il y a de solides preuves d'évidence qui soutiennent le constat que ce pari a été gagné, du moins partiellement. Malgré une certaine progression des pratiques de jeu des Français et également des pratiques « à risque modéré »,

3. Journal Officiel. *Loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne*. 2010.

la prévalence des joueurs excessifs est restée stable en France et surtout, les deux effets attendus par le changement de cadre légal ont été vérifiés :

- la majorité des pratiques de jeu d'argent sur Internet se sont déplacées sur l'offre légale,
- les pratiques sur l'offre légale génèrent moins de problèmes que les pratiques résiduelles sur l'offre illégale (à type d'activité comparable) [21].

Conclusions

Comme l'a démontré le débat juridique en France autour de l'ouverture des salles de consommation à moindre risque, la pénalisation de l'usage de drogues, qui reste un fondement du cadre légal en ce domaine, est en

complète contradiction avec l'approche de réduction des risques largement généralisée depuis vingt ans, consacrée par deux lois de santé publique.

Il est temps de mettre en cohérence notre cadre légal en supprimant le principe de pénalisation de l'usage des drogues et d'envisager, dans le cas particulier du cannabis, la recherche d'une alternative à la prohibition qui a échoué.

Il est donc urgent de réviser la loi de 1970.

L'exemple de la régulation des jeux d'argent en ligne pourrait préfigurer ce qui pourrait être une voie vers une légalisation du cannabis en France en offrant le produit sous réserve d'un accompagnement cherchant à minimiser les risques d'usage. 

Le marketing social pour la prévention des drogues illicites

La science du marketing est la compréhension des besoins des consommateurs et le développement d'approches, de nature scientifique, par lesquelles ces besoins pourraient être satisfaits. Kotler a proposé d'étendre le marketing, concernant initialement seulement les échanges commerciaux, aux échanges non commerciaux et a créé ainsi le champ du marketing social [35]. Le marketing social a pour objectif d'améliorer le bien public, et est utilisé dans des sujets sociétaux comme celui de la santé, de l'environnement, du civisme, etc. Comme le souligne K. Gallopel-Morvan, « *le marketing, en tant que tel, est une technique bien connue dans le monde des entreprises qui l'utilisent pour mieux vendre un produit et augmenter leur profit* » [32]. Le marketing social n'est pas appliqué à un produit commercial mais à une cause, cependant il utilise les mêmes outils et poursuit le même objectif final de modification des comportements de la cible visée. L'enjeu consiste à étudier et influencer les populations visées en proposant une offre de service encourageant l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment en faisant évoluer les connaissances et les représentations. Un des points innovants par rapport aux approches traditionnelles en santé publique, c'est que l'on cherche à comprendre les désirs, les souhaits, les aspirations, les contraintes des citoyens, ou d'une partie d'entre eux, avant tout chose. Le marketing social comprend les études sur les comportements et leurs déterminants (freins et leviers) ainsi que de nombreux outils permettant d'influencer les cibles, parmi lesquels la communication, les services d'aide et d'accompagnement (téléphone, sites Internet, applications mobiles...), les actions ciblées à destination des professionnels, les outils pédagogiques ou d'aide

à la pratique, les partenariats, l'animation des réseaux et le soutien à l'action de terrain.

L'efficacité des outils du marketing social : un champ qui reste encore à explorer

Les campagnes médiatiques

En 2013, Ferri et collègues ont recensé dans leur méta-analyse vingt-trois études de qualité suffisante qui évaluaient l'efficacité de campagnes visant à influencer la consommation, l'intention de consommer ainsi que l'attitude des jeunes de moins de 26 ans vis-à-vis des drogues illicites [31]. Les auteurs n'ont pas pu montrer de preuves claires quant à l'efficacité des campagnes sur la prévention de l'usage, notamment à cause de la mise en évidence de certains effets iatrogènes. En revanche, un faible effet a été identifié sur la réduction de l'intention de consommer.

Ces résultats ont été repris la même année dans un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies qui souligne à nouveau le faible nombre d'études d'évaluation rigoureuses et même leur absence au sein de l'Europe [27]. En effet, les rares études d'efficacité existantes concernent des campagnes ayant eu lieu aux États-Unis, au Canada ou en Australie. Le rapport évoque la difficulté de généraliser ces résultats, étant donné l'hétérogénéité des questionnaires.

Un des faits les plus marquants participant au scepticisme de l'efficacité des campagnes de prévention autour des drogues illicites concerne les effets iatrogènes qui ont été identifiés dans certaines évaluations, avec en tête la célèbre campagne américaine « *National Youth*

Chloé Cogordan
Macha Obradovic
Viêt Nguyen-Thanh
David Heard
Pierre Arwidson
 Santé publique
 France

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 51.



Les drogues illicites en questions

«*Anti-Drug Media Campaign*» contre le cannabis. Cette campagne nationale de grande ampleur, a coûté plus d'un milliard de dollars et a été largement diffusée à la télévision entre 1998 et 2004. Une évaluation de qualité portant sur l'analyse de trois cohortes représentatives de jeunes Américains (plus de 8000 en tout) a été conduite pendant cinq ans pour évaluer l'efficacité de la campagne [33]. Les auteurs de cette évaluation ont montré que les jeunes qui avaient été les plus exposés à la campagne avaient moins l'intention d'éviter de consommer du cannabis, que leurs normes sociales antidrogues étaient plus faibles et qu'ils étaient plus nombreux à avoir expérimenté le cannabis lors de la dernière mesure de la cohorte. Cependant, ce qui est moins connu, c'est que, suite aux erreurs identifiées, cette campagne a par la suite été profondément modifiée puis diffusée en 2002 et 2003 sous le nom de «*Marijuana Initiative*» et a de nouveau fait l'objet d'une évaluation. Cette nouvelle édition a montré un renversement de la tendance à la hausse de la consommation mensuelle des adolescents en recherche de sensations fortes et a réduit les attitudes et croyances positives sur le cannabis au sein de cette population à risque [49]. Cet exemple illustre qu'une campagne de prévention des drogues illicites peut être efficace si elle s'accompagne d'une solide réflexion autour de sa construction (choix de la cible et des messages). En effet, nombre de campagnes, en particulier sur cette thématique plus sensible, pâtissent de stratégies d'approche pauvrement conçues, d'une mauvaise application des théories et des modèles ou d'une mauvaise diffusion du budget participant à un risque d'effet nul voire négatif [22, 54]. La campagne doit être construite méthodiquement et être prétestée. Alvaro et collègues ont pu réaliser des prétests différenciant l'effet de plusieurs types de publicité sur le rapport à l'usage du cannabis, ce type d'étude aurait permis de prévoir l'échec de la première version de la campagne américaine [1].

Les dispositifs d'aide à distance

Les auteurs d'une synthèse de synthèses de littérature réalisée en 2011 soulignaient que la recherche autour des interventions d'aide à distance dans le champ des drogues illicites nécessitait d'être davantage développée [42]. Depuis, plusieurs synthèses ont été publiées, lesquelles soulignent l'efficacité des interventions numériques pour l'aide à l'arrêt ou à la diminution de la consommation de drogues, notamment lorsque ces interventions mobilisent des techniques comme l'entretien motivationnel ou les thérapies cognitives et comportementales, et comportent un module interactif (chat avec un thérapeute...) [41, 65, 70].

La rareté des données évaluatives génère un manque de preuves scientifiques empêchant de juger l'efficacité des actions mises en œuvre. Pour autant, il ne faut pas tomber dans l'erreur commune, le raccourci des

sceptiques, et confondre absence de preuve avec inefficacité. Pour avoir un impact positif, il est nécessaire que l'élaboration des actions de marketing soit basée sur une théorie pertinente, un modèle logique clair, et des prétests. Ces actions nécessitent ensuite une évaluation scientifique afin d'enrichir la connaissance sur les actions efficaces en termes de prévention des drogues illicites.

La promotion des consultations jeunes consommateurs : un dispositif de marketing social mis en œuvre au niveau national

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan gouvernemental de lutte contre les addictions, l'Inpes a été mandaté pour mener en 2015 une campagne de communication grand public de promotion des consultations jeunes consommateurs (CJC), un dispositif de proximité de première intention permettant aux familles de trouver une issue face à un risque de conduite addictive chez un jeune. Diffusée à deux reprises, cette campagne a bénéficié d'une réflexion stratégique importante appuyée par un groupe d'experts du champ, ainsi que d'une solide évaluation.

C'est dans une démarche de marketing social qu'a été conçue cette campagne qui visait principalement à augmenter la notoriété du dispositif et à dédramatiser le recours aux CJC (identifiées souvent à tort comme un centre de soins pour toxicomanes). Elle cherchait à favoriser le dialogue sur les conduites addictives au sein des familles, à déplacer le débat vers une approche sur les moyens de prévenir/de sortir d'une addiction et d'élargir *in fine* la file active des CJC à d'autres profils.

Une des premières étapes fut de doter les CJC d'une identité visuelle forte et mémorisable et contribuer ainsi à installer la «*marque*» CJC. Afin de fédérer les acteurs de terrain autour de cette nouvelle identité, une charte graphique et ses principales déclinaisons leur ont été adressées en complément du matériel d'édition (affiches, dépliants et cartes mémo). Comme dans le marketing marchand, les «*cibles*» ont été passées au crible et le choix de recourir à tel ou tel code a été guidé par une expertise précise et approfondie des enjeux de santé et des populations concernées (ressorts comportementaux, idées reçues à combattre, freins potentiels, leviers éventuels...). Au fil des échanges avec les experts, des ajustements ont ainsi été apportés durant l'élaboration de la campagne. Par exemple, la cible pressentie initialement était les jeunes consommateurs, mais au vu de la réalité du terrain (demande d'aide quasi inexistante chez les mineurs) et dans un souci d'efficacité, il a été jugé plus stratégique de cibler finalement leurs parents.

Ensuite, face à des adolescents ayant tendance à minimiser les risques liés à leurs consommations et à des parents les dramatisant au contraire, la difficulté fut de trouver un parti-pris créatif qui puisse s'adresser aux parents – sans pour autant exclure les jeunes – pour montrer en définitive à la famille le service que peut

leur apporter la CJC. Les trois spots TV (cannabis¹, alcool² et jeux vidéo³) invitaient jeunes et parents à reconsidérer leur vision de l'addiction et à renouer le dialogue sous le regard bienveillant d'un professionnel qui les accompagne sans les juger.

Cette campagne reposait sur un dispositif média classique pour la cible principale parents (spots TV, dispositif web, community management, annonces presse, etc.) et sur un partenariat radio et des actions influenceurs pour la cible jeunes. Les éléments de ce dispositif ren-

1. https://www.youtube.com/watch?v=L1c1GdsKBv4&index=3&list=PLI00sYlAMv7TTZqGQI_cYb3Z_YZfsqUz
2. https://www.youtube.com/watch?v=GGVsdNiz9ug&index=4&list=PLI00sYlAMv7TTZqGQI_cYb3Z_YZfsqUz
3. https://www.youtube.com/watch?v=ev6Kk0fcTkM&index=2&list=PLI00sYlAMv7TTZqGQI_cYb3Z_YZfsqUz

voyaient principalement vers le dispositif d'aide à distance Drogues Info Service, afin d'accompagner, de conseiller et d'orienter vers les CJC (service anonyme et gratuit).

Plusieurs sources de données ont été mobilisées afin d'évaluer l'atteinte des objectifs de la campagne : trois vagues d'enquête de l'Inpes pour suivre l'évolution de la notoriété du dispositif auprès des parents d'adolescents, deux vagues d'enquête directement auprès des consultations jeunes consommateurs menées par l'OFDT ainsi que les données d'utilisation du dispositif d'aide à distance associé, Drogues Info Service. En cours d'analyse, ces données présentent des premiers éléments de bilan positifs, notamment en ce qui concerne l'impact de la campagne sur le public des consultations jeunes consommateurs [52]. Les résultats complets seront publiés courant 2016. 🌿

Les politiques menées à l'étranger : États-Unis ou Uruguay ?

Au mois d'avril 2016 a eu lieu la troisième session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (Ungass) sur la politique internationale vis-à-vis des drogues illicites¹. La précédente, en 1998, s'était déroulée dans un contexte de diffusion des usages d'héroïne, de transmission du VIH/sida et du développement de la réduction des risques. L'assemblée de 2016 s'inscrit dans une nouvelle dynamique puisque l'initiative provient cette fois des pays d'Amérique latine et notamment de ceux qui, comme la Colombie ou le Mexique, sont confrontés aux violences liées au trafic de drogue et à sa répression. Leur constat est que la lutte actuelle contre le marché de la drogue ne connaît pas de vainqueur et qu'elle fait beaucoup trop de victimes, y inclus l'État et ses institutions.

Un tel contexte de crise et de quête de réformes pourrait être favorable à un renouveau des politiques vis-à-vis de la drogue. Les thèmes évoqués lors de la préparation de la session spéciale étaient notamment la primauté des mesures de santé publique sur celles de la lutte contre le marché, l'observation stricte de la Charte universelle des droits de l'homme et l'accès aux médicaments sous contrôle international pour les pays à faible revenu. Malheureusement, comme en 1998, les textes adoptés en 2016 sont restés très timides en matière de réforme. Ils comprennent quelques modestes avancées dans le domaine de la santé et des droits humains, mais aussi une réaffirmation de l'approche sécuritaire qui pourtant pose différents problèmes.

1. <https://www.unodc.org/ungass2016/>

L'absence de changement dans la politique internationale des drogues n'est pas étonnante. Les États les plus conservateurs dans ce domaine (Russie, Chine, Japon, certains pays arabes et européens) ont en effet beau jeu de réaffirmer une approche sécuritaire en s'appuyant sur trois conventions internationales adoptées dans d'autres contextes, il y a respectivement 28, 45 et 55 ans². La réforme de ces textes requiert en effet une sorte d'unanimité, qu'il est très facile d'empêcher, et les États les plus progressistes en Europe ou en Océanie ne sont pas encore disposés à enterrer ou à substituer cet ensemble de conventions. Le *statu quo* est donc en quelque sorte garanti.

L'Ungass a aussi eu lieu peu après que l'Uruguay et quatre États des États-Unis ont légalisé la possession de cannabis et développé une régulation de son marché. Cette transgression des règles du système international – qui interdit la production, vente et possession de cette substance – aurait légitimement dû être au cœur des débats lors de la réunion des Nations Unies à New York. Le sujet a certes été évoqué, mais il a vite été cadré par une réaffirmation de l'adéquation de la politique internationale suivie jusque-là, celle-là même qui est directement remise en cause par la légalisation du cannabis. La devise, en somme, est : *faisons comme si rien ne se passait*. Elle permet aussi de passer à côté d'un scandale de santé publique comme celui de

2. Convention unique sur les stupéfiants de 1953; Convention de 1971 sur les substances psychotropes; Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988

Frank Zobel
Directeur adjoint,
Addiction Suisse,
Lausanne, Suisse



l'épidémie de décès par overdose due aux opioïdes aux États-Unis (plus de 28 000 cas en 2014³), qui résulte de la diffusion incontrôlée de la prescription de puissants analgésiques dans ce pays.

Une réforme de la politique vis-à-vis des drogues illicites, ou même seulement vis-à-vis du cannabis, n'a donc pas sa place à l'ONU et il faudra continuer à agir au niveau national ou régional pour faire usage de la possibilité de réfléchir et de mettre en place des approches alternatives. C'est dans cet esprit que nous examinerons rapidement dans les prochaines lignes les modèles de légalisation du cannabis développés aux États-Unis et en Uruguay, et que nous nous intéresserons brièvement aux suites de ces réformes et à certains enjeux qu'elles portent en elles.

Légalisation et régulation du marché du cannabis aux États-Unis

Lors des prochaines élections présidentielles aux États-Unis, en novembre 2016, les citoyens d'une demi-douzaine d'États devraient aussi voter sur des initiatives populaires visant la légalisation du cannabis et la régulation de son marché. Ceux qui les accepteront rejoindront les États qui l'ont déjà fait en 2012 (Colorado et Washington State) et en 2014 (Alaska, Oregon et le District of Columbia). Il pourrait ainsi y avoir, en 2017, entre vingt et soixante-dix millions d'Américains domiciliés dans des États où il est légal de posséder du cannabis et où l'on peut (ou pourra bientôt) en acheter dans un commerce. On peut encore y ajouter le Canada, avec ses 35 millions d'habitants, puisque son gouvernement a déclaré vouloir suivre la même voie dès 2017 [71].

Le modèle de légalisation du cannabis adopté aux États-Unis fait passer le cannabis de l'illégalité à un statut proche de celui de l'alcool. Désormais, les citoyens âgés de 21 ans et plus peuvent posséder et acheter en magasin spécialisé jusqu'à une once de cannabis (env. 28,4 grammes), qu'ils ne peuvent en théorie consommer que dans des lieux privés [50]. Les autorités de régulation du marché sont généralement les mêmes que celles qui existent déjà pour l'alcool. Elles ont pour responsabilité d'administrer les licences et de s'assurer que ses acteurs respectent les normes définies dans les textes de loi (surveillance et suivi de la production, pratiques commerciales, paiement des taxes). Elles n'ont en revanche pas de responsabilité de santé publique hormis celles que le gouvernement leur octroie de manière *ad hoc*.

Le Colorado a été le premier État à mettre en place un marché du cannabis en vente libre (*retail*) le 1^{er} janvier 2014. Il compte désormais plus de 400 magasins avec des chiffres de vente de l'ordre de 600 millions de dollars pour l'année 2015 [71]. On a aussi pu observer le grand dynamisme chez les acteurs du marché du cannabis qui ont rapidement élargi leur offre, notamment avec des produits comestibles infusés au THC [63]. Ce

dynamisme se traduit aussi par la création d'emplois et des rentrées fiscales importantes, représentant déjà autour de 1 % des revenus de l'État du Colorado avec une tendance à la hausse. Et, même s'il n'existe pas de données spécifiques à ce sujet, on peut aussi faire l'hypothèse, sur la base des volumes des ventes, qu'une partie importante de la clientèle du marché noir a désormais opté pour le marché régulé. Finalement, il ne faut pas oublier l'effet direct de la légalisation : une réduction des interpellations liées au cannabis de l'ordre de 60 à 80 %.

Le modèle commercial américain, avec ses nombreux points de vente, sa multitude de produits et la concurrence qu'il crée, constitue un puissant moteur pour encourager la consommation. Même si les données sont encore incomplètes, il existe déjà différents indices d'une hausse non négligeable de l'usage de cannabis et des problèmes qui lui sont liés, et ce non seulement chez les adultes mais aussi chez les mineurs [69]. Cette situation est préoccupante puisque l'un des domaines où une amélioration était attendue – la protection des mineurs – pourrait connaître une détérioration. En s'engageant dans la voie d'une régulation de type « *for profit* », qui pourrait avoir été la seule possible aux États-Unis [25], les États peinent déjà à protéger la santé publique à travers, par exemple, une plus grande limitation de l'accessibilité ou une action plus directe sur les prix. De plus, le marché commercial a conduit à la création de groupes d'intérêt qui s'engagent déjà activement pour une réduction des contraintes (niveau des taxes, limitation ou interdiction de la publicité, etc.) imposées au marché. Il sera sans doute difficile de résister à certaines de leurs revendications, comme on le voit déjà pour l'alcool ou pour le tabac.

L'État de Washington State, qui suit la même approche que le Colorado, a mis en place différentes mesures qui peuvent permettre une meilleure régulation du marché [25]. Il s'agit d'une limitation des points de vente et d'une interdiction de l'intégration verticale des entreprises du cannabis, c'est-à-dire que l'on ne peut à la fois en produire et le vendre aux consommateurs, pour limiter leur capacité d'influence. Washington State impose aussi des taxes sur le cannabis deux fois plus élevées qu'au Colorado. Il sera donc intéressant de voir quelles seront les évolutions de la consommation dans cet État. Jusqu'ici on observe une hausse chez les adultes mais pas chez les mineurs. Ces données, qui portent sur la période 2013-2014, requièrent encore confirmation [71].

Légalisation et régulation du marché du cannabis en Uruguay

L'Uruguay est le premier, et jusqu'ici le seul État souverain, à avoir légalisé la possession de cannabis et développé une régulation de son marché. La législation adoptée par le Parlement fin 2013 s'appuie notamment sur la séparation des marchés du cannabis et de la pâte de coca, et sur la possibilité pour les usagers de cannabis

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 51.

3. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6450a3.htm>

de le produire eux-mêmes au lieu d'acheter celui de mauvaise qualité en provenance du Paraguay sur le marché noir. Le droit à l'autoproduction est aussi une revendication très ancienne liée au fait que la possession de petites quantités de drogue est décriminalisée en Uruguay depuis 1974 [67].

Le gouvernement de l'Uruguay mène, parallèlement aux réformes sur le cannabis, des efforts pour une régulation plus stricte s'agissant de l'alcool et du tabac. Concernant ce dernier produit, l'Uruguay fait même l'objet de poursuites judiciaires de la part de Philip Morris en raison de sa volonté de restreindre le nombre de marques de cigarettes. Le modèle de régulation du marché du cannabis prévu en Uruguay est donc nettement plus restrictif que le modèle commercial aux États-Unis. Il offre aussi une place beaucoup plus importante à l'autoproduction. En pratique, seuls les résidents uruguayens adultes peuvent accéder au cannabis en choisissant l'une des trois formes d'approvisionnement légal. Quel que soit leur choix ils doivent s'enregistrer auprès de l'Institut de régulation et de contrôle du cannabis (IRCCA) qui est en charge de la supervision et régulation du marché. La volonté d'enregistrer les consommateurs, et pas seulement les producteurs et vendeurs, est présentée comme une mesure servant au dépistage des usagers qui ont un problème de consommation [50].

Les trois formes d'approvisionnement légales sont l'autoproduction individuelle, l'autoproduction collective, au sein d'une association de consommateurs, et l'achat en pharmacie. L'État a fixé des limites de quantité qui devraient être équivalentes pour chacune des alternatives : jusqu'à six plantes par ménage, jusqu'à 99 plantes par association (15-45 membres) et jusqu'à 10 grammes par semaine en pharmacie. La production destinée à ces dernières est réalisée par des entreprises privées sélectionnées par l'État et qui doivent répondre à un cahier des charges précis, notamment parce que différentes variétés de cannabis, avec différents taux de THC, doivent être proposées. L'État souhaite aussi fixer le prix du cannabis vendu en pharmacie à un niveau proche de celui en cours sur le marché noir (autour de 1 \$ le gramme).

La mise en œuvre du modèle Uruguayen est relativement lente. Au début 2016, on comptait un peu plus de 3 000 individus et une quinzaine d'associations enregistrés auprès de l'IRCCA pour l'autoproduction. Quant à la vente en pharmacie, elle ne devrait débuter que dans la seconde moitié de l'année. Deux producteurs ont été sélectionnés mais on ne sait pas encore quelle part des pharmacies souhaitera participer à la vente de cannabis. Un récent article suggérait qu'il y en aurait une centaine localisées surtout à Montevideo.

Le stade actuel de mise en œuvre du modèle uruguayen ne permet pas encore une analyse de ses effets comme on peut commencer à le faire pour le Colorado. Ce que l'on peut observer jusqu'ici c'est qu'il propose une alternative au marché commercial et constitue une combinaison intéressante, mais aussi assez complexe, entre différents modes d'approvisionnement.

Plutôt États-Unis ou plutôt Uruguay ?

La plupart des analystes du domaine de la santé publique sont très critiques vis-à-vis du modèle mis en place aux États-Unis et recommandent une régulation plus stricte pour le marché du cannabis avec, souvent, une sorte de monopole d'État comme il en a existé dans les pays scandinaves ou en Amérique du Nord pour l'alcool [53]. Ils sont ainsi clairement en faveur du modèle uruguayen par rapport à celui en cours au Colorado.

Il reste toutefois que, dans certains pays, un tel modèle est difficilement envisageable en raison de la libéralisation croissante des marchés et de la globalisation des échanges. Un marché national de taille limitée et contrôlé par l'État n'est en effet pas un modèle très commun en ce début de XXI^e siècle [57]. Il faudra aussi pouvoir expliquer pourquoi le cannabis fait l'objet d'une telle régulation alors que l'alcool y échappe de plus en plus. Les citoyens et consommateurs ne verront peut-être pas d'un bon œil que deux substances psychoactives, qui présentent des profils de risque *a priori* plutôt semblables, fassent l'objet de restrictions si différenciées.

Il s'agit donc de trouver une troisième voie dont l'objectif est de protéger la santé publique mais aussi de créer une cohérence avec le modèle de régulation du marché de l'alcool. C'est là sans doute l'un des principaux défis additionnels de la légalisation du cannabis. Les autres modèles existants de régulation de son marché – la tolérance de la vente et possession de petites quantités aux Pays-Bas et les clubs de consommateurs en Espagne – n'offrent eux non plus pas d'intersection avec les politiques liées à l'alcool.

Paradoxalement, c'est donc peut-être des États-Unis ou du Canada que viendra, sans doute après une première phase d'expérimentation très chaotique et assez dangereuse, une nouvelle politique de régulation cohérente pour l'alcool et pour le cannabis. Si c'est le cas, espérons simplement que celle-ci ne soit pas qu'une simple copie de celle que nous connaissons actuellement pour l'alcool mais qu'elle propose une approche nouvelle et plus cohérente vis-à-vis des substances psychoactives. Cette opportunité était aussi offerte aux membres de l'ONU lors de la récente Ungass. Ils l'ont courageusement ignorée. 🚫



Les parents face aux consommations illicites de leur adolescent

Comment les parents peuvent-ils aborder la consommation de drogues illicites avec leurs adolescents ? Quelques pistes pour maintenir le dialogue.

Olivier Phan

MD, PhD, Consultation jeunes consommateurs, centre Pierre Nicole, Croix-Rouge Française ; Clinique Dupré, Fondation santé des étudiants de France ; Unité Inserm U1108, Maison des adolescents, Paris

La prise de drogues illicites par les adolescents pose un double défi aux parents. En effet, outre les effets sur la santé, le cannabis, de par le côté illégal de sa consommation, confronte l'adolescent à la loi et à l'autorité, celle de la société et par association celle des parents. Dans cette situation, leur place est de fixer des limites cohérentes et solides sur lesquelles le jeune pourra s'appuyer pour intégrer la notion de limites et de respect, facteurs déterminants pour son intégration dans la société. Cependant, le rôle des parents est aussi de protéger leur enfant contre tout risque mettant en danger son avenir, l'adolescent étant particulièrement vulnérable aux conduites à risque. Le cannabis pose un problème particulier puisque le risque encouru est non seulement sanitaire, mais aussi pénal. En sachant qu'en France près de la moitié des adolescents ont été en contact avec le produit, la majorité d'entre eux sont soumis à ce risque. Face à cette double menace pénale et sanitaire et devant cette attaque du cadre, le parent sera pris dans un double mouvement de protection et de cadrage.

L'autorité des parents et le cadre parental

La question de l'autorité parentale envahit régulièrement l'espace médiatique. Chaque fait divers impliquant des mineurs est l'occasion de pointer le coupable désigné : les parents. Le papa absent et surtout le papa copain est mis à l'index comme responsable des délits de l'enfant, et par extrapolation de la dérive de la société. Si dans le cas précis du fait divers les défauts des pratiques parentales sont souvent constatés, en conclure à la responsabilité des parents dans l'ensemble des

maux de la société, en expliquant sa soi-disant dérive par le manque d'autorité parentale, est sans fondement. Certes l'autorité des parents est souvent mise à mal par les adolescents qui vont la tester, la contourner et, dans certains cas, la remettre en question. Mais cette remise en question n'est pas forcément un mal en soi. C'est en ne prenant pas systématiquement pour argent comptant les acquis et les « évidences » des aînées que les générations suivantes ont pu faire et feront progresser l'humanité.

La clinique nous offre un autre tableau de ceux mis en avant dans certains médias : ce n'est généralement pas tant le manque d'autorité, mais l'absence des parents physiquement ou psychologiquement qui est à l'origine des troubles. Un autoritarisme revendiqué cache souvent des carences profondes. Et il convient de distinguer l'autorité, synonyme d'attention et d'implication, et l'autoritarisme, dont l'objectif est souvent de gérer une culpabilité, lié à un cadre solide en l'apparence mais dans le fond désorganisé.

L'intégration des règles et des limites, le développement du sens critique

L'intégration de la notion de règles et de limites, nécessairement associées aux capacités d'empathie et de respect de l'autre, fait partie des compétences psycho-sociales à inculquer. L'absence de cadre parental cohérent, particulièrement angoissant pour un adolescent, est un facteur de risque des conduites à risque auto-agressives et hétéro-agressives. Un cadre contenant est souvent nécessaire pour que l'adolescent puisse trouver ses limites. Constitutionnellement, l'adolescent a du mal à fixer

ses règles et ses limites. Physiologiquement il aura tendance à les repousser à l'extrême et les parents auront un rôle protecteur en assurant cette limitation qu'il n'a pas encore développée. Un cerveau, pour se développer, doit interagir avec l'environnement. L'intégration du cadre des limites et des règles de la société est cruciale pour son développement. Quelles que soient les idées sur la réglementation du cannabis, les parents peuvent-ils souscrire à des lois qui ne se feraient pas dans le cadre parlementaire et républicain ? La discussion et la remise en question de la loi sont une chose, la transgression en est une autre. Certains adolescents tiennent volontiers un discours anarchique, synonyme pour eux d'indépendance. L'idée n'est pas de les contredire, ce qui serait interprété comme une volonté de faire obstacle à leur indépendance, mais d'ouvrir le débat, et pointer par exemple que les espaces sans loi républicaine sont souvent des lieux où règnent la terreur et la loi du plus fort.

Néanmoins le sens critique fait aussi partie des compétences à acquérir. Dans le but de se protéger contre un environnement parfois sans pitié, garder son esprit critique peut se révéler salvateur. Par exemple la lutte contre les injustices par les générations futures est une garantie du maintien de la démocratie. La consommation de cannabis ouvre ainsi deux questions. Le respect de la loi, en sachant que l'affranchissement des lois de la république conduit inéluctablement à se plier aux lois de la rue. Mais aussi le débat public qui ne peut être ignoré : les 48 % des adolescents ayant essayé du cannabis sont-ils tous délinquants ? Mettre en prison un fumeur de cannabis n'est pas la bonne solution.

L'interdiction de consommation aux mineurs fait actuellement consensus compte tenu de la dangerosité à cet âge précis de la vie. Une grande majorité des jeunes fumeurs de cannabis mettent en avant le débat sur la dépénalisation, confondant souvent ce qui se passe pour eux, et le débat public. Écouter n'est pas acquiescer, le débat sur la légalisation/dépénalisation est une chose, la dangerosité du cannabis pour son enfant en est une autre. L'interdiction d'une substance ne se fait pas seulement par rapport à la dimension sanitaire et les débats actuels sur le statut légal du cannabis peuvent être l'occasion d'échanges autour de ces questions. Ils entraînent, outre le développement des compétences et du sens critique, un resserrement des liens entre l'adolescent et ses parents.

La protection de l'enfance et la prise de risque

Le risque encouru lors de la consommation est non seulement sanitaire, il est aussi pénal. Les parents ont donc la lourde tâche de protéger leur enfant non seulement contre les risques sanitaires, mais aussi contre les conséquences pénales puisqu'une simple consommation peut conduire à des poursuites. Ces deux risques peuvent mettre les parents dans une situation de dilemme absolu. Beaucoup de parents de consommateurs se posent la question de l'argent de poche et de l'approvisionnement. En effet s'ils continuent de donner de l'argent de poche, ils cautionnent *ipso facto* la prise de substance psychoactive et hypothèquent la santé de leurs enfants. S'ils décident de couper les vivres, ils prennent le risque de jeter le jeune dans le circuit du deal avec des conséquences pouvant aussi mettre en danger son avenir.

La prise de risque n'est pas la mise en danger. Prendre des risques est physiologique à l'adolescence. C'est grâce à la prise de risque que l'*homo sapiens* a pu conquérir l'ensemble de la planète. En revanche, la mise en danger n'est pas acceptable. Paradoxalement, dans nos sociétés occidentales, plus la population croît, plus le progrès avance, plus chaque individu compte. Aujourd'hui, le nombre de morts laissés sur les champs de bataille par les guerres napoléoniennes seraient totalement inacceptable. Et pas question de balayer d'un revers de la main par un bon mot « Paris rattrapera cela en un jour ». Les parents peuvent tout autoriser sauf l'autodestruction.

L'attitude parentale et son intégration dans l'environnement

Face au risque pénal, les parents sont pris dans les paradoxes de la société. La vente d'alcool est interdite aux mineurs, mais la loi sur sa publicité s'est considérablement assouplie. L'essai de l'alcool, dont on connaît les méfaits, se fait quasi exclusivement dans le cadre familial et avant la majorité. Le premier verre est le rituel de passage de l'enfance vers l'âge adulte. Il est signe de la fête et boire un verre signifie souvent rendre hommage à un proche lors d'un anniversaire par exemple. Les parents sont pris dans cette contradiction lorsque les adolescents les questionnent et là encore, le recentrage sur ce qui se passe pour lui dans l'ici et le maintenant sera la position la plus tenable.

La question de la confiance est cruciale, le lien entre l'adolescent et ses parents est le bien le plus précieux. Un parent doit tenir

compte de l'environnement dans ses pratiques parentales. La France d'hier n'est pas celle d'aujourd'hui. La société ne peut plus offrir le plein-emploi, et l'Europe doit faire face à la mondialisation qu'elle a elle-même engendrée lors de l'expansion coloniale frénétique. Ainsi les parents doivent adapter leurs pratiques en fonction de ce qu'ils sont, de ce que leur enfant est, de ce que la société peut proposer. Pour certains, la consommation de cannabis sera une béquille face à une souffrance qu'ils ne peuvent gérer autrement. L'argument de la loi aura peu d'impact.

La consommation de produits illicites doit être vue comme une opportunité pour les parents d'échanger avec l'adolescent sur sa santé, son avenir, sa place dans la famille et la société. Elle est l'occasion d'aborder ce qu'il souhaite devenir, vérifier si ses projets sont compatibles avec un abus ou une dépendance. Ne pas hésiter à intervenir si cela ne l'est pas. Elle est aussi le moment idéal pour aborder son entrée dans la citoyenneté à l'époque où les jeunes ont plutôt tendance à se désintéresser de la chose publique. Le pire serait de fermer le dialogue, de rompre les liens entre l'adolescent et ses parents qui sont les biens les plus précieux. 🍷



Vulnérabilité génétique aux addictions : quelle prévention ?

Identifier les vulnérabilités génétiques aux addictions permet d'éclairer les mécanismes présents dans les dépendances.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 51.

Philip Gorwood
Clinique des maladies mentales
et de l'encéphale, Hôpital Sainte Anne

La recherche des antécédents familiaux fait partie (ou devrait faire partie) des différentes informations à recueillir lors de l'entretien clinique d'un nouveau patient souffrant d'addiction. Il est important de prendre en compte trois facteurs relativement indépendants lors d'un tel recueil.

Tout d'abord, la différence entre milieu familial *éducatif* et/ou *génétique*. Typiquement il est important de connaître les consommations d'un beau-père, mais cette information ne peut pas renseigner sur la vulnérabilité d'origine génétique du sujet pris en charge. Les facteurs éducatifs (environnement familial commun à la fratrie) sont aussi une source de facteurs de risque pour les addictions, mais ceux-ci ne font pas partie du conseil de type génétique.

Le deuxième facteur important est la notion de *proximité* génétique. Les parents ont 50 % de leurs gènes en commun avec le patient, comme ses frères et sœurs, ainsi que ses propres enfants (un degré de proximité familial). Grands-parents, oncles et tantes, neveux et nièces sont déjà moins informatifs génétiquement (25 % de gènes en commun, deux degrés de parenté). Les autres membres de la famille, les cousins germains par exemple, ont une forte distance génétique avec le sujet et ont donc une informativité limitée (12,5 % de gènes en commun, trois degrés de parenté). On recommande en général de dessiner un arbre généalogique au cours de cet entretien, aidant le patient à se représenter qui a un trouble, et de s'arrêter à 2, parfois 3 degrés de parenté, et clairement pas au-delà (pour l'informativité génétique).

Le troisième facteur essentiel est le *phénotype*

(ce que j'observe) distinguant « expérience » avec le ou les substances ou comportements addictifs (déjà pris au moins une fois), la « consommation régulière » (dont on note la fréquence et l'âge de début, et de fin si c'est le cas), le « maximum consommé en 24 heures » (si on arrive à avoir cette information, elle est très informative), et bien sûr l'existence de « symptômes » de trouble de l'usage et de dépendance.

Antécédents familiaux et nosographie des addictions

La présence (formalisée) d'antécédents familiaux permet d'affiner le diagnostic du trouble. Cloninger [18] par exemple a distingué deux groupes de sujets souffrant d'alcoolodépendance, un groupe avec antécédents familiaux, plutôt paternel, ces patients étant plutôt masculins, de début précoce, de tempérament impulsif, ayant des comportements psychopathiques. Il les oppose au type 2 sans antécédents familiaux. Ce deuxième groupe est plus féminin, dépressif, de début tardif, et sensible à la récompense. D'autres études ont noté les spécificités des pathologies avec une diathèse familiale, en général marquée par la précocité et la sévérité accrue. Il est important de prendre en considération la forte spécificité de l'addiction chez la mère, et notamment s'il y a eu consommation pendant la grossesse (risque de retard mental et de syndrome d'alcoolisation foetal (SAF), sevrage d'héroïne à la naissance du nouveau-né...) et pendant la petite enfance (carences éducatives précoces possibles).

L'autre utilisation complémentaire de la recherche de la vulnérabilité génétique

est la rencontre avec un sujet n'ayant pas (encore) de problèmes addictifs mais que l'on rencontre justement parce qu'il est à risque. Cela peut être expliqué par une inquiétude de l'entourage aux détours des premières expériences avec des substances addictives, ou en conséquence de séances psycho-éducatives avec la famille des sujets pris en charge. Dans ce registre-là, il est intéressant de maîtriser un minimum le calcul du risque, voire parfois de le partager avec les patients, bien sûr dans un cadre psycho-éducatif, c'est-à-dire afin d'éclairer et d'armer les sujets face à la réalité de leur risque, et non les effrayer. Cette approche possède un cadre formel qu'est le conseil génétique.

Conseil génétique

Le conseil génétique des pathologies addictives ne rend pas compte des lois de l'hérédité Mendélienne (maladie autosomique ou liée aux chromosomes sexuels, récessifs ou dominants) car il s'agit, avec peu de doutes, de pathologies complexes et polyfactorielles. On utilise donc en général des probabilités Bayésiennes, qui se basent sur l'information disponible (atteint *versus* non atteint) de chacun des membres de la famille, et bien sûr plutôt à partir des études d'agrégation familiale (fréquence moyenne d'atteinte d'un enfant de sujet atteint) plutôt que la probabilité de transmission d'une mutation spécifique.

Une analyse de ce type a été réalisée pour les addictions [40], ce qui permet de proposer un tableau simple de calcul de l'augmentation du risque d'un sujet particulier en fonction du niveau d'atteinte d'un ou de plusieurs de ses apparentés. Ainsi, le fait d'avoir un père dépendant du tabac est associé à un risque accru de 52 % (*odds ratio* = 1,52) pour ses enfants de souffrir aussi d'une dépendance au tabac (tableau 1).

Notons que ces analyses doivent être utilisées avec prudence, notamment quand

elles sont exposées aux patients. Tout d'abord, « association n'est pas explication », le facteur génétique n'intervenant que pour une part dans cette transmission du risque, puisque les études d'agrégation familiale ne distinguent pas « éducation » (facteurs familiaux partagés) et « génétique ». Ensuite, les *odds ratio* sont sensibles aux fréquences des troubles (puisque c'est un rapport de risque), et donc une faible atteinte dans la population générale va artificiellement augmenter l'*odds ratio* (par exemple la multiplication du risque par 23 de la dépendance aux drogues lorsque la mère est atteinte, s'explique en bonne part du fait que seule 1 % des mères des sujets contrôles sont atteintes, pour 23 % des mères de sujets atteints). Enfin, la présence d'un trouble chez les femmes (moins souvent atteintes) est en général associée à un risque accru pour la descendance.

Recherche de mutations

Il n'existe pas à l'heure actuelle de variant génétique suffisamment explicatif du trouble pour pouvoir être utilisé dans le dépistage du risque addictif. Néanmoins, deux exceptions peuvent être proposées. Tout d'abord un variant d'un segment chromosomique (bloc haplotypique), qui inclut les gènes codant pour des boucles ($\alpha 5$, $\alpha 3$ et $\beta 4$) de récepteurs nicotinergiques, s'est révélé fortement associé à la dépendance au tabac, expliquant à lui seul 17 % du risque de dépendance au tabac. De fait, aucune étude sur les troubles psychiatriques et addictifs n'a mis en évidence un gène avec un tel poids. Aux États-Unis, ce variant génétique est d'ailleurs couramment testé afin d'aider à la sensibilisation de sujets à risque... L'autre exemple rare concerne un des variants du gène codant pour l'enzyme principale qui dégrade l'éthanol, l'ALDH. La forme (isozyme) mutée (ALDH2/2) possède une cinétique lente (on le retrouve surtout chez les Asiatiques) qui ralentit la dégradation de l'aldéhyde, son accumulation amenant à des

effets nocebo majeurs lors de toute consommation d'alcool. Il s'agit donc d'un gène de protection contre l'alcoolodépendance.

En conclusion

La recherche des antécédents familiaux fait partie de la bonne pratique clinique lors de la prise en charge de patients avec addiction. L'une des étapes essentielles dans la prise en charge de ces patients est l'aspect psycho-éducatif. Dessiner un arbre généalogique avec son patient se révèle souvent fort riche au niveau clinique comme anamnestique. Mais le repérage des antécédents familiaux fournit aussi une information scientifique qui reflète (sans l'expliquer) un niveau de risque qu'on peut estimer important à restituer au patient. Les patients sont souvent inquiets pour leur entourage familial, et notamment pour leur descendance. Restituer de manière brutale leur risque peut être contre-productif, mais le dénie du clinicien (« *on peut rien dire car c'est compliqué* ») est probablement tout aussi négatif, renforçant le sujet dans des inquiétudes souvent fantasmatiques. Expliquer le concept de facteurs de risque en le différenciant du déterminisme est en fait aidant. Connaître un risque c'est aussi favoriser un environnement plus protecteur. Enfin, prendre en considération ses vulnérabilités peut aider à faciliter le repérage précoce, meilleur garant d'une prise en charge efficace. 

tableau 1

Odds ratio du risque d'un sujet particulier en fonction du niveau d'atteinte d'un ou de plusieurs de ses apparentés

	Père	Mère	Frère	Sœur
Tabac	1,52	2,82	2,56	2,07
Alcool	9,33	1,99	1,35	1,29
Cannabis	1,66	6,80	1,54	2,62
Cocaïne	4,96	10,20	-	2,59
Drogue	3,47	23,00	1,57	2,09



Réflexion sur les modalités
d'organisation
de la légalisation des drogues
et sur ses effets potentiels.

Les effets attendus d'une légalisation contrôlée

La légalisation des drogues peut être définie comme la consécration juridique des libertés d'user, de produire et de faire commerce de produits psychotropes jusqu'alors illicites. Elle se distingue de la dépenalisation qui désigne un assouplissement de la sanction pénale pouvant aller jusqu'à sa suppression pure et simple. La dépenalisation signale un processus d'affaiblissement de la répression mais elle reste inscrite dans une logique prohibitionniste. La légalisation requiert au contraire une abrogation de l'interdit.

La légalisation des drogues peut être organisée selon des modalités variées et plusieurs systèmes de régulation sont concevables. Une libéralisation totale de tous les stupéfiants, abandonnés à la loi de l'offre et de la demande, n'aurait assurément pas les mêmes effets que l'autorisation de certains d'entre eux, dans le cadre d'un monopole d'État encadré par de rigoureux dispositifs sanitaires. À s'en tenir au cannabis, les rares expériences de légalisation mises en œuvre témoignent de la variété des modèles envisageables. Le législateur uruguayen, par exemple, requiert des consommateurs qu'ils s'enregistrent auprès des autorités et qu'ils s'approvisionnent alternativement dans les pharmacies fournies par l'État, dans des clubs associatifs, ou dans le cadre d'une autoproduction quantitativement limitée. Au contraire, les lois du Colorado s'en remettent largement aux acteurs privés et tiennent l'État à distance du marché, si ce n'est pour en encadrer l'activité et en taxer les bénéfices. Dans les deux cas, la réforme mise en œuvre est trop récente pour en mesurer précisément les effets et pour les imputer au

cadre réglementaire choisi. Mais il est déjà possible, en gardant à l'esprit l'incertitude qui caractérise tout exercice de prospective juridique, de spéculer sur les conséquences d'une sortie de la prohibition.

Sur le plan juridique

La légalisation des drogues aurait pour conséquence l'abrogation d'un certain nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Il en résulterait logiquement une réduction de la délinquance en raison de la fin de l'illégalité attachée à des comportements faisant aujourd'hui l'objet d'une incrimination pénale (on songe par exemple aux millions d'infractions d'usage de stupéfiants commises chaque année en France). S'il est certain qu'une large partie des activités de production et de distribution de drogues serait dès lors mise en œuvre dans un cadre légal, conformément à la réglementation en vigueur, le maintien d'un marché illicite résiduel ne respectant pas les normes établies est probable. Sans évoquer l'évidente explication par le prix des produits licites, son ampleur dépendrait largement des modalités du cadre juridique adopté, notamment du régime de sanctions prévues en cas d'infraction aux règles établies, et de la nature des contraintes réglementaires pesant sur les acteurs du marché légal, qu'ils soient producteurs, distributeurs ou consommateurs.

Sur le plan économique

Il est très délicat de mesurer le potentiel de croissance qu'induirait une légalisation des drogues. Si l'on peut espérer le développement de nouvelles filières d'emplois autour de l'industrie du cannabis, l'exercice prospectif est ici

Renaud Colson

Maître de conférences à la Faculté de droit
et des sciences politiques de l'université
de Nantes

hautement spéculatif. S'agissant des finances publiques, il est en revanche acquis qu'une telle réforme serait la source de nouveaux revenus générés par la taxation des drogues désormais légales. L'ampleur des recettes pour l'État dépendrait largement des modalités de la légalisation et elle demeure à cet égard très incertaine, mais l'exemple du Colorado atteste du fort potentiel fiscal d'une sortie de la prohibition. Celle-ci aurait également pour conséquence une baisse des dépenses de répression, l'activité policière, judiciaire et pénitentiaire consacrée au traitement des drogues illicites perdant sa raison d'être. Une partie des ressources ainsi dégagées devrait nécessairement être réorientée vers les services de l'État en charge d'organiser le marché légal sous la forme soit d'une régie nationale, soit d'une police des acteurs privés en charge de la production et de la distribution des drogues. L'incertitude demeure en revanche sur le « coût externe » des drogues, c'est-à-dire le montant des ressources gaspillées ou économisées du fait de la légalisation (pertes de production, perte de vies humaines, perte de qualité de vie, etc.), lequel dépendra largement des effets de la légalisation sur la santé des populations.

Sur le plan sanitaire

Il est acquis que la légalisation permettrait un développement plus vigoureux des politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues, lesquelles sont logiquement bridées par le principe prohibitionniste. On a vu comment l'interdit des drogues a pu, par le passé, ralentir l'introduction de programmes de distribution de matériel d'injection stérile et de produits de substitution, et comment il opère aujourd'hui comme un obstacle à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque. Si la loi consacre désormais l'idée d'une prévention « des dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie » (art. L. 3121-4 du Code de la santé publique), elle ne résout pas l'antinomie juridique au cœur des politiques antidrogues. Comment le droit peut-il conférer un statut légal à des dispositifs destinés à sécuriser les conditions de consommation de produits dont l'usage est par ailleurs interdit ? La légalisation permettrait de résoudre cette contradiction et favoriserait les programmes d'aide à destination de populations fragilisées qui hésitent aujourd'hui à entrer en contact avec les services sociaux à raison de l'illégalité de leurs pratiques de consommation. Dans un autre registre, la création d'un marché légal des drogues donnerait lieu, sous une

forme ou sous une autre, à l'institution de contrôles de qualité des produits distribués, éliminant de ce fait la circulation de drogues frelatées porteuses de risques importants pour la santé des consommateurs. Plus incertaine est la question des conséquences de la légalisation sur les niveaux d'usage. Si l'on peut légitimement redouter une hausse de la consommation, celle-ci n'est pas du tout certaine. Les comparaisons internationales témoignent en effet de l'absence de corrélation entre la prévalence de l'usage et le régime juridique en vigueur : ainsi aux Pays-Bas, la vente de cannabis en coffee-shops ne semble pas donner lieu à une consommation accrue de ce produit. À cet égard, on peut penser que les modalités de mise en œuvre de la légalisation (par exemple, l'interdiction de la publicité, l'interdiction de la vente aux mineurs, le développement de programmes d'éducation et de prévention) constituent des leviers susceptibles de contenir, voire de réduire les niveaux de consommation qu'une levée de la prohibition pourrait au contraire encourager.

Sur le plan sécuritaire

Quoique le lien entre criminalité et drogues illicites soit bien établi d'un point de vue statistique, leur relation apparaît complexe et contre-intuitive. Il est ainsi établi que la répression des usagers-revendeurs et des trafiquants, et l'absence de régulation du marché, conséquences directes de la prohibition, expliquent une part importante de la violence liée aux drogues. Dans cette perspective, il est très probable que la légalisation contribuerait à une baisse du niveau général de la délinquance. La réglementation de la production et de la distribution de substances aujourd'hui illicites affaiblirait les acteurs de la criminalité organisée, qui tirent une grande partie de leurs revenus de ce commerce et l'organisent sur des territoires pour partie hors de contrôle, et réduirait d'autant les risques de corruption des agents publics. En outre, le retour dans le giron de l'économie légale des revenus des ventes de drogues permettrait de réduire les flux d'argent sale réintroduits dans le système bancaire, aujourd'hui utilisé pour blanchir une grande partie des profits illégaux générés par les trafiquants.

Sur un plan politique

Il convient enfin de ne pas sous-estimer les vertus pacificatrices de la légalisation. La forme radicalisée de la prohibition qu'expriment la rhétorique de la guerre à la drogue et l'accent

punitif qui caractérise l'actuelle politique de lutte contre la toxicomanie n'est pas sans conséquence sur le lien social. La gestion différentielle des illégalismes qui aboutit à des formes de discriminations socio-ethniques dans la répression contribue à attiser les tensions entre les institutions de maintien de l'ordre et certains segments de la population. Par ailleurs, la normalité sociale de l'usage de stupéfiants, attestée par une consommation largement expérimentée et par le traitement complaisant que lui réservent les médias de masse, témoigne du profond décalage entre la norme juridique et les mœurs. Ce décalage, dont témoigne la cruelle absence d'effectivité de la règle, sape les fondements mêmes du droit. Dans cette perspective, loin d'être le signe d'un renoncement de l'État à protéger sa population, une légalisation rigoureusement contrôlée apparaîtrait au contraire comme un engagement fort au service de la santé et de la sécurité de tous dans le respect de la liberté de chacun. 



La légalisation des drogues : une fausse bonne idée

**La légalisation
du marché des drogues
est revendiquée par certains,
mais il est à craindre
que ses conséquences
soient très éloignées
de ce que souhaitent
aujourd'hui les acteurs
de la santé publique...**

Étienne Apaire

Ancien président de la Mission
interministérielle de lutte contre la drogue et
la toxicomanie (Mildt)

L'augmentation du commerce et de l'usage de drogues dans le monde amène de nombreuses personnes à proposer, soit de légaliser l'usage et le commerce du seul cannabis soit d'étendre cette légalisation à l'ensemble des stupéfiants. Ces anti-prohibitionnistes estimeraient que la prohibition de l'usage ne serait pas de nature à entraver l'augmentation des consommations, voire qu'elle inciterait même à celles-ci, et qu'elle empêcherait par ailleurs de mettre en place une « vraie » politique de prévention tout en rendant la prise en charge des usagers plus difficile. Enfin, ils considéreraient que l'interdiction qui pèse sur la production et le commerce auraient pour conséquence, d'enrichir et de renforcer les organisations criminelles sans pour autant diminuer l'offre de stupéfiants. Sur tous les points, cette argumentation pose question. Pourtant la formulation d'un interdit (dont la transgression est punie d'une sanction effective) a longtemps été considérée comme étant le moyen le plus adapté et le moins coûteux de protéger la collectivité et ses membres des comportements dangereux de certains. Ainsi même si d'autres outils de prévention se sont développés à ses côtés, notamment l'éducation au sein des familles et à l'école, rares sont les pays qui ont renoncé au final à prohiber pénalement les comportements les plus nocifs sauf à considérer que cette nocivité n'était plus démontrée ou que l'interdit n'était plus efficace. C'est même en raison de l'échec absolu de la non-réglementation de l'usage et du commerce des drogues, qu'en 1910, les nations civilisées ont décidé à Shanghai de mettre en place une convention prohibant le

commerce de l'opium. S'il est incontestable que le commerce et la consommation de drogues illicites progressent dans le monde, on remarquera à cet égard que c'est surtout dans les pays où les gouvernements ne sont pas en capacité de faire respecter l'interdit (notamment dans les pays producteurs ou de transit) que l'usage progresse le plus. En revanche et contrairement à ce qui se dit habituellement, on notera que ce sont les pays les plus « régulateurs » qui ont vu baisser leur niveau de consommation à l'instar de ce qui a été observé en France de 2002 à 2011 pour la plupart des produits, mais également aux États-Unis. On rappellera enfin qu'il suffit de comparer le nombre d'usagers de produits psychotropes interdits avec celui des consommateurs de substances légales pour se rendre compte de l'intérêt de la prohibition de l'usage et du commerce. Ainsi, si 700 000 personnes reconnaissent un usage quotidien de cannabis en 2014, près de 4,6 millions d'individus reconnaissent un usage quotidien d'alcool et 13,3 millions un usage quotidien de tabac¹. Bien évidemment, ce différentiel est encore plus marqué si l'on étend la comparaison à d'autres drogues illicites comme la cocaïne, l'héroïne ou les drogues de synthèse. On voit bien dans ces seuls chiffres que la différence de consommation entre produit interdit et peu disponible et produit réglementé et très disponible est très importante. Néanmoins tous ces constats sont rejetés par les tenants de la légalisation qui considèrent que le seul objectif atteignable est l'organisation de la

1. Drogues Chiffre clés OFDT juin 2015.

consommation et du commerce afin d'éviter les conséquences sanitaires, sociales, économiques induites par la prohibition.

Vous avez aimé les dérives du marché du tabac, vous adorerez encore plus celles du marché des drogues !

La légalisation de l'usage des drogues en fait ou en droit, la mise en place de lieux de distribution de cannabis thérapeutique, ou l'ouverture de centres de consommation supervisée constituent la première étape de cette structuration du marché de la drogue. La mise en place de centres de distribution médicalisée ou supervisée par des professionnels sera la suivante. La légalisation totale de l'usage et de la distribution de tous les stupéfiants sera la conséquence ultime de cette nouvelle stratégie qui, sous couvert d'une intention thérapeutique, vise à étendre le plus possible le nombre d'espaces « légaux » de consommation. Or, si on ne cherche plus à réduire la demande de produits stupéfiants, sauf à vouloir renforcer encore les organisations criminelles qui détiennent aujourd'hui le monopole de la production et de la distribution, la question de la légalisation de l'offre se pose effectivement pour encadrer un marché en pleine expansion. Il s'agit de ne pas se méprendre sur les conséquences possibles de cette nouvelle organisation du marché des drogues. En fait le débat est simple : là où la loi pénale cherche à désorganiser le marché des drogues en luttant tant contre l'offre que la demande, les légalisateurs veulent au contraire l'organiser. Mais à quelle fin ? La légalisation du commerce de stupéfiants limitera-t-elle le nombre d'utilisateurs ? Nous manquons encore de recul pour apprécier les chiffres disponibles dans les États qui ont légalisé la consommation de cannabis. D'autant que, si on en croit les médias, la consommation de cannabis n'augmenterait pas, contrairement au chiffre d'affaires des revendeurs ! En tout état de cause, sans être un grand économiste, on peut imaginer en effet que la commercialisation plus ou moins agressive, à bas prix de produits psychotropes légaux mais très addictifs est susceptible d'entraîner une augmentation importante et de la consommation et des problèmes sanitaires et sociaux qui en découleront. C'est pourquoi les légalisateurs insistent sur le fait que l'État doit se garder la possibilité de fixer un « juste prix » susceptible de maintenir la consommation de stupéfiants à un niveau acceptable, voire de réduire celle-ci comme il le fait en matière de tabac. En effet, un prix

trop important entraînerait *ipso facto* une explosion de la contrebande, aussi rentable pour les organisations criminelles que le trafic. Le seul moyen de les combattre serait alors d'augmenter les moyens des forces de police pour démanteler les réseaux de contrebande et donc de renouer avec une approche répressive de la question. Un prix trop faible risquerait d'entraîner en revanche une augmentation du nombre de consommateurs. En tout état de cause, cette organisation suppose que l'État puisse garder la main sur l'organisation de ce commerce. Ainsi certains réclament, en rappelant l'époque coloniale, la création d'une régie d'État qui disposerait seule de la capacité d'acheter et de distribuer des drogues. La question qui se pose alors serait de savoir si un État peut vendre des produits dangereux pour la santé à ses concitoyens ou susceptibles de plonger ceux-ci dans la dépendance et/ou la torpeur ? Sans aller jusque-là, on peut se demander si l'hypothèse d'un monopole d'État dans ce domaine est réaliste dans une Europe, voire un monde, sans frontières où la liberté du commerce est reine. En réalité, ce modèle, face à la concurrence internationale et à la pression des marchés, a été abandonné depuis longtemps en matière de tabac et d'alcool et paraît difficilement adaptable au monde d'aujourd'hui. Mais d'autres modèles d'organisation pourraient voir le jour. Ainsi, il pourrait être plus simple d'autoriser la production et de simplement contrôler la vente à travers un réseau de revendeurs spécialisés agréés à vocation thérapeutique comme les pharmacies où à vocation commerciale et fiscale comme les burocrates. Mais dans ce cas, il est vraisemblable qu'on assistera rapidement à la prise en main du marché par les acteurs économiques traditionnels de la production et de la distribution de produits proches comme l'industrie du tabac ou l'industrie pharmaceutique qui ne pourront qu'être sensibles au puissant attachement que leurs produits suscitent chez leurs clients. D'autant que les prix chuteront notamment parce que les coûts de production seront faibles et qu'il sera facile de mettre en place des dispositifs marketing plus ou moins subtils visant à convaincre le consommateur de consommer telles « cigarettes enrichies au cannabis » ou tels « euphorisants temporaires » permettant de supporter la difficulté des temps. Il est à craindre alors que l'État ne puisse plus alors ni fixer les prix à sa guise ni empêcher la promotion des produits vendus, ne serait-ce que pour sauvegarder cette nouvelle économie naissante et permettre de vaincre la concurrence

des organisations criminelles. Car il y aura bien une guerre des prix entre les trafiquants, qui disposent de stocks conséquents et d'une grande expérience sur ces marchés, et les grandes sociétés du secteur. Mais ces derniers la gagneront avec l'aide de l'État. Rachetant l'intégralité de la production de produits stupéfiants, développant de nouvelles drogues de synthèse, ces nouveaux géants distribueront leurs produits, à leurs conditions et en faisant mieux que le crime organisé. Le prix faible des drogues vendues entraînera une explosion du nombre de consommateurs, des problèmes sanitaires et sociaux et... des recettes fiscales. Il n'est en effet pas dit que l'État puisse, au nom de la santé publique, contraindre très longtemps ces sociétés à ne pas étendre leur activité. Qui peut croire par ailleurs que l'État aura à cœur de réduire un « business » si rentable pour ses finances ? Vous avez aimé les dérives du marché du tabac, vous adorerez encore plus celles du marché des drogues ! Au final, il est à craindre que la légalisation ne permette en rien de faire baisser le nombre de consommateurs mais le fasse au contraire progresser dans des proportions importantes.

La légalisation d'un produit entraînera le report de l'activité vers la contrebande de ce produit ou vers le trafic d'une autre drogue

Un autre argument des légalisateurs est de dire que la légalisation fera baisser la délinquance, permettant ainsi à la police de se consacrer à la lutte contre d'autres formes de criminalités, ce qui permettrait du même coup de transférer les crédits destinés à la répression à la prévention des usages. S'agissant de la baisse de la délinquance, elle sera mécanique dans la mesure où ce qui était interdit hier sera désormais autorisé. Mais cela sera-t-il suffisant pour rendre les trafiquants plus vertueux ? On peut en douter notamment si on ne légalise qu'un produit stupéfiant. On se rappellera à cet égard que les trafiquants n'ont pas d'attachement pour un produit ou un autre. Leur seule addiction est à l'argent ! Dès lors la légalisation d'un produit entraînera le report de leur activité vers la contrebande de ce produit ou vers le trafic d'une autre drogue qui restera interdite. De même, le maintien d'une prohibition du commerce à l'égard des mineurs suscitera le maintien d'un secteur qui se consacrera à satisfaire la demande très importante émanant de cette partie de la population. De fait, les policiers resteront occupés par le cannabis, d'autant qu'on



Les drogues illicites en questions

peut s'attendre, notamment si le nombre d'utilisateurs croît de façon significative, à une augmentation de la délinquance associée à la consommation (violences diverses, usage sur la route ou au travail, consommation dans les lieux publics...) ou à la distribution (vente aux mineurs, contrebande; hygiène, publicité). Comme on le voit, les policiers et gendarmes qui pour la plupart d'entre eux ne sont pas spécialisés dans la lutte contre les stupéfiants ne risquent pas de chômer à l'avenir, même en cas de légalisation totale. De ce fait l'importance des crédits susceptibles d'être redéployés en vue de mettre en place une vraie politique de prévention risque d'être limitée.

Qu'est-ce qu'une « vraie » politique de prévention que seule la légalisation permettrait ?

Malgré cela, le déploiement de ces nouveaux moyens devra nous amener à nous inter-

roger sur ce qu'est une « vraie politique de prévention ». Il est en effet très troublant d'entendre un grand nombre de « spécialistes » affirmer qu'il n'y aurait jamais eu depuis quarante ans en France, voire dans le monde, de « vraie » politique de prévention, et que seule la légalisation permettrait d'atteindre ce nouveau « Graal » ! Est-on vraiment certain que les différentes actions qui seront développées dans le cadre d'une « vraie » politique de prévention auront, même si elles bénéficient de moyens supplémentaires, une efficacité supérieure aux autres types d'approche ? La question mérite d'être posée, si possible avant de prendre la décision de légaliser l'usage et le commerce des drogues... Comme nous le voyons, que d'incertitudes, que de chausse-trappes derrière les idées généreuses de certains. Ne nous y trompons pas, nous ne parlons pas seulement de la drogue, mais également d'une conception de l'organisation de la société. En fait, le procès fait par

certaines dont nous avons ici pointé les failles, ne concerne pas seulement la prohibition. Il vise à contester la capacité des États à réguler la vie de chacun dans l'intérêt de tous et à promouvoir la « main invisible » du marché qui serait toujours plus avisée que celle de nos gouvernants. N'est-il pas à cet égard troublant de constater que la croisade de la légalisation est financée massivement au plan mondial par les multimilliardaires les plus libéraux de la planète et la presse la plus engagée dans le combat pour la dérégulation ? En résumé, la légalisation du marché des drogues est tout à fait possible, mais il est à craindre que les conséquences qu'elle aura soient très éloignées de ce que souhaitent aujourd'hui les acteurs de la santé publique. Au pire, il leur restera toujours la possibilité de réclamer à l'État de prohiber à nouveau l'usage et le commerce des drogues! ✍

Bibliographie générale

1. Alvaro E. M., W. D. Crano et al. «Adolescents'Attitudes toward Anti-marijuana Ads, Usage Intentions, and Actual Marijuana Usage». *Psychol Addict Behav*, 2013, 27 (4) : 1027-1035.
2. Beaunieux H., Pitel A.L., Witkowski T., de la Sayette V., Viader F., Desgranges B., Eustache F. «Dynamics of the Cognitive Procedural Learning in Alcoholics with Korsakoff's Syndrome». *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2013, 37 (6) : 1025-32.
3. Beck F. «Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations». *Genèses*, 2005, Numéro spécial quantification, n° 58, p.72-97.
4. Beck F., Guignard R., Richard J.-B. *Usages de drogues et pratiques addictives en France*. Paris : La documentation française, 2014, 256 p.
5. Beck F., Legleye S., Maillolchon F., de Peretti G. «Femmes influentes sous influence? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives». *Médecine/science*, 2010, 26 (1), 95-97.
6. Beck F., Obradovic I., Jauffret-Roustide M., Legleye S. «Regards sur les addictions des jeunes en France». *Sociologie* 2010, 4 : 517-536.
7. Beck F., Richard J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, 2013, 344 p.
8. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. «Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014». *Tendances*, 2015, OFDT, n° 99, 8 p.
9. Becker H.S. *Outsiders. Étude de la déviance*. Paris : Métailié, 1985 (1963).
10. Ben Lakhdar Ch., De l'intérêt de sortir le cannabis des réseaux criminels. Pour une régulation d'un marché légal du cannabis, Ed. Le Bord de l'eau, 2016.
11. Bergeron H. *Sociologie de la drogue*. Paris : La Découverte, 2009, coll. Repères, n° 536, 128 p.
12. Bergeron H. et Colson R. (dir.). *Les drogues face au droit*. Ed. Presses universitaires de France, 2015.
13. Bergeron H., Nouguez E. «Les frontières de l'interdit. Le commerce de cannabis», in Steiner P. et Trespeuch M. (dir.) *Marchés contestés. Quand le marché rencontre la morale*. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2015, p. 121-150.
14. Caballero F. *Legalize it ! L'esprit frappeur*, 2012.
15. Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances*, 2015, n° 105, 6 p.
16. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Réglementation du cannabis*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2015.
17. Cesoni M.L., Devresse M.S. *La détention de stupéfiants entre criminalisation et décriminalisation*. Fribourg : Éditions Universitaires de Fribourg, 2010.
18. Cloninger C.R., Svrakic D.M. «Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment». *Psychiatry*, 1997 Summer; 60 (2) : 120-41.
19. Colorado Department of Public Health and Environment. «Retail Marijuana Public Health Advisory Committee. Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2014». 2015.
20. Costes J.-M. «De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat?». *Psychotropes*, vol.19, n° 1 (2013) : 926.
21. Costes J.-M., Kairouz S., Eroukmanoff V., Monson E. «Gambling Patterns and Problems of Gamblers on Licensed and Unlicensed Sites in France». *Journal of Gambling Studies*, 11 avril 2015.
22. Crano W.D., Alvaro E.M., Siegel J.T., Scheier L.M. «The media campaign as a focal prevention strategy: A guide to design, implementation, and evaluation». In : *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice*. Washington, DC, US : American Psychological Association, 2015, xxv, 575 p.
23. Csete J., Kamarulzaman A., Kazatchkine M., Altice F., Balicki M., Buxton J., Cepeda J. et al. «Public health and international drug policy». *The Lancet* 387, n° 10026, 2016 : 1427-1480.
24. Da Agra C. «Requiem pour la guerre à la drogue. L'expérimentation portugaise de décriminalisation», *Déviante et Société*, 2009, vol. 33, n° 1, p. 27-49.
25. Darnell A.J. *I-502 Evaluation plan and preliminary report on implementation*. Olympia : Washington State Institute for Public Policy, 2015.
26. Dudouet F.X. *Le grand deal de l'opium. Histoire du marché légal des drogues*. Paris : Syllepse, 2009.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Mass media campaigns for the prevention of drug use in young people. Perspectives on drugs*. 2013.
28. FFA. «La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1^{er} audition publique 2.0». Avril 2016.
29. Fassin D. (dir.) *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 1998.
30. Fernandez-Serrano M.J., Perez-Garcia M., Verdejo-Garcia A. «What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? » *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2011, 35, 377-406.
31. Ferri M., Allara E., Bo A., Gasparini A., Faggiano F. «Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people (Review)». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 6. Art. n° : CD009287.
32. Gallopel-Morvan K. «Le marketing social peut être très utile dans un programme de santé publique». *La santé de l'homme*, 2011, vol. 412, mars-avril ; p. 4-5.
33. Hornik R., Jacobson L., Orwin R., Piesse A., Kalton G. «Effects of the national youth anti-drug media campaign on youths». *American Journal of Public Health*, 2008, 98 (12), 2229.
34. Inserm. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Paris : Inserm, 2010.
35. Kotler P., Zaltman G. «Social marketing: an approach to planned social change». *Journal of Marketing*, 1971, vol. 35, n° 3 : p. 3-12.
36. Le Berre A.P., Rauchs G., La Joie R., Segobin S., Mézenge F., Boudehent C., Vabret F., Viader F., Eustache F., Pitel A.L., Beaunieux H. «Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism». *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 2013, 213 (3), 202-9.
37. Le Goff J.F. «Les impasses de l'autorité, Pour une critique systématique de la crise de l'autorité» *Médecine & Hygiène, «Thérapie Familiale»* 2009/3, vol. 30, pages 401 à 419.



Bibliographie générale (suite)

38. Levy D.T., Cummings K.M., Villanti A.C., Niaura R., Abrams D.B., Fong G.T., Borland R. « A framework for evaluating the public health impact of e-cigarettes and other vaporized nicotine products ». *Addiction*, 2016.
39. « Loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne ». *Journal Officiel*. 2010.
40. Miles D., Stallings M., Young S., Hewitt J., Crowley T., Fulke D. « A family history and direct interview study of the familial aggregation of substance abuse: the adolescent substance abuse study ». *Drug and Alcohol Dependence* 49, 1998, 105-114.
41. Moore B.A., Fazzino T., Garnet B., Cutter C.J., Barry D.T. « Computer-based interventions for drug use disorders: a systematic review ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2011 ; 40 (3) : 215-23.
42. Nguyen-Thanh V., Haroutunian L., Lamboy B. *Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature*. Saint-Denis : Inpes, mars 2014 : 38 p.
43. OFDT. *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013, 399 p.
44. OFDT. *Drogues, Chiffres clé*. Saint-Denis : OFDT, 2015, 8 p.
45. Obradovic I. « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses ». *Déviante et Société*, 2012, vol. 36, n° 4, pp. 441-469.
46. Obradovic I. « Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe ». Saint-Denis : OFDT, Note 2016-01, 2016.
47. Obradovic I. « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants ». *Tendances*, 2015, n° 103.
48. Ogino S., Wilson R.B. « Bayesian analysis and risk assessment in genetic counseling and testing ». *J Mol Diagn*. 2004 ; 6:1-9
49. Palmgreen P., Lorch E.P., Stephenson M.T., Hoyle R.H., Donohew L. « Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on High-Sensation-Seeking Adolescents ». *American Journal of Public Health*, 2007 ; 97 : 1644-1649.
50. Pardo B. « Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay ». *International Journal of Drug Policy*, 25, 2014, 727-735
51. Pitel A.L., Witkowski T Vabret., F, Guillery-Girard B., Desgranges B., Eustache F., Beaunieux H. « Effect of episodic and working memory impairments on semantic and cognitive procedural learning at alcohol treatment entry ». *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2007, 31, 238-248.
52. Protais C., Diaz Gomez C., Spilka S., Obradovic I. « Évolution du public des CJC (2014-2015) ». *Tendances*, 2016, n° 107 mars.
53. Rehm J., Fischer B. « Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health ». *Clinical pharmacology & therapeutics*, vol. 97/6, juin 2015, p. 541-544.
54. Rice R.E., Atkin C.K. (Eds.) *Public communication campaigns*. Thousand Oaks, CA : Sage, 4^e éd., 2012.
55. Ritz L., Lannuzel C., Boudehent C., Vabret F., Bordas N., Segobin S., Eustache F., Pitel A.L., Beaunieux H. « Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments (BEARNI) ». *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2015, 39 (11), 2249-60.
56. Robert Ph. « Les parents peuvent-ils être les éducateurs de leurs enfants ? » *ERES Dialogue* 2007/2 n° 176, p. 77-83.
57. Room R. « Legalizing a market for cannabis for pleasure : Colorado, Washington, Uruguay and beyond ». *Addiction*, 2013, 109, 345 – 351
58. Service du Premier ministre. « Document de politique transversale projet de loi de finances pour 2015 Politique de lutte contre les drogues et les toxicomanies », 2015.
59. Spilka S., Ehlinger V., Le Nezet O., Pacoricon D, Ngantcha M., Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » ». *Tendances* 2015a, n° 106, OFDT, 1-6.
60. Spilka S., Le Nezet O., Ngantcha M., Beck F. « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2014 ». *Tendances*, 2015, 100, 1-8.
61. Spilka S., Tribess A., Le Nézet O., Beck F., Legleye S. *Les usages des drogues des adolescents parisiens. Étude qualitative*. OFDT, Rapport, 2010, 96 p.
62. Steinberg L., Lamborn S., Darling N., Mounts N., Dornbusch S.M. « Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families ». *Child Development*, 1994, 65, 754-770.
63. Subritzky T., Pettigrew S., Lenton S. « Issues in the implementation and evolution of the commercial recreational marijuana market in Colorado ». *International Journal of Drug Policy*, 2016, vol. 27, p. 1-12.
64. Sénat. « Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2016, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. », 19 novembre 2015.
65. Tait R.J., Spijkerman R., Riper H. « Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis ». *Drug and alcohol dependence*, 2013 ; 133 (2) : 295-304.
66. « The Alternative World Drug Report-2nd edition ». Count the costs of the war on drugs, 2016.
67. Walsh J., Ramsey G. *Uruguay's drug policy: Major innovations, major challenges*. Washington : Brookings, 2015.
68. Washington State Institute For Public Policy. « I-502 Evaluation Plan and Preliminary Report on Implementation », septembre 2015.
69. Wong K., Clarke C. *The legalization of marijuana in Colorado: The impact*. Denver : Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area (RMHIDTA), vol. 3 septembre 2015.
70. Wood S.K., Eckley L., Hughes K., Hardcastle K.A., Bellis M.A., Schrooten J., Demetrovics Z., Voorham L. « Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review ». *Addictive behaviors*, 2014 ; 39 (1) : 30-8.
71. Zobel, F., Marthaler, M. « Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis : de A (Anchorage) à Z (Zürich) ». Lausanne : Addiction Suisse, 2016, 3^e édition mise à jour, à paraître.