

Varia #3

Sonny Perseil, Marie-Astrid Le Theule, Guillaume Soto-Mayor, Alice Gagliano

▶ **To cite this version:**

Sonny Perseil, Marie-Astrid Le Theule, Guillaume Soto-Mayor, Alice Gagliano. Varia #3. Politiques des drogues, 3, 2022. hal-03906740

HAL Id: hal-03906740
https://cnam.hal.science/hal-03906740

Submitted on 8 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

POLITIQUES DES DROGUES

Numéro Trois – novembre 2022



le cnam
équipe sécurité & défense
renseignement, criminologie, crises, cybermenaces

Avec la participation de :

IReSP
Institut pour la Recherche en Santé Publique

ISSN : 2802-5164

Sommaire

ÉDITORIAL	**3**
ÉVOLUTION DU POIDS ÉCONOMIQUE DES ADDICTIONS *Christian Ben Lakhdar*	**4**
MYTHES ET RÉALITÉS DE L'IMPORTANCE DE LA DROGUE DANS L'ÉCONOMIE MAFIEUSE (LE CAS ITALIEN) *Clotilde Champeyrache*	**11**
LA RÉCEPTION D'UNE NOTE DU CONSEIL D'ANALYSE ÉCONOMIQUE RELATIVE À LA LÉGALISATION DU CANNABIS *Pierre-Yves Geoffard*	**18**
ENTREPRENDRE DANS LE DOMAINE DES DROGUES *Franck Milone*	**24**
INNOVER DANS LA DOULEUR OU COMMENT L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT A FAIT DU TRAMADOL UN SUCCÈS PHARMACEUTIQUE *Joséphine Eberhart*	**31**
L'ORGANISATION SOCIALE DE LA FÉLICITÉ MÉDICAMENTEUSE : LE CAS DES JEUNES ET DES PSYCHOTROPES *Emmanuel Langlois*	**38**
IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRESCRIPTION DE BUPRÉNORPHINE EN SOINS PRIMAIRES *Julie Dupouy*	**46**
MÉDICAMENTS DE L'ADDICTION ET FIRMES PHARMACEUTIQUES, ENJEUX ET CONTRAINTES *Thierry Kin*	**54**
LA PROBLÉMATIQUE DES DROGUES DANS LES ÉLECTIONS FRANÇAISES DE 2022 : UN RENDEZ-VOUS RATÉ ? *Sonny Perseil*	**63**
LES NOUVEAUX LIVRES	**71**
APPEL À ARTICLES	**73**

ÉDITORIAL

Déjà le troisième numéro de ***Politiques des drogues***, presque le début d'une habitude.

Depuis le lancement de notre publication, le monde a pourtant bien changé. Après un écrasement de l'actualité par la pandémie de Covid-19, c'est maintenant la guerre en Ukraine qui prend le pas sur tous les autres sujets. Ainsi, les campagnes électorales de l'année 2022, en France, pour la présidentielle puis les législatives, n'ont guère fait de place à une multitude de thématiques, dont les politiques des drogues. Cela n'empêchera pas notre revue de continuer à vous informer et à vous faire réfléchir autour de cette problématique, qui préoccupe encore des millions de nos concitoyens pour des raisons très variées. Nous resterons une plateforme d'échanges pour une communauté scientifique et experte de plus en plus désireuse d'approfondir ces questions toujours aussi complexes, communauté à laquelle nous souhaitons donner davantage de visibilité.

Cette parution reprend les actes de nos deux séminaires de 2022, qui se sont intéressés, pour l'un à la question de l'économie de la drogue (janvier), et pour l'autre aux usages / mésusages de médicaments (septembre), ce dernier en partenariat avec l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP). Elle présente aussi un article *varia* et une nouvelle rubrique consacrée aux derniers ouvrages parus sur le sujet.

À noter, enfin, que ce numéro représente une forme de passage de relais. Alice Gagliano et Guillaume Soto-Mayor, qui ont activement contribué à la fondation et à l'animation de la revue et des séminaires, partent pour de nouvelles aventures professionnelles, pour lesquelles nous leur souhaitons beaucoup d'épanouissement et une grande réussite. Le psychologue Antony Chaufton et le médecin addictologue Bertrand Lebeau Leibovici rejoignent la rédaction dès le prochain numéro. Bienvenue à bord !

Bonne lecture, à très bientôt.

Alice Gagliano, Marie-Astrid Le Theule, Sonny Perseil & Guillaume Soto-Mayor

ÉVOLUTION DU POIDS ÉCONOMIQUE DES ADDICTIONS

Christian Ben Lakhdar
Université de Lille, LEM UMR 9221 CNRS, ETHICS EA 7446

Le décideur public doit être éclairé. Dans la complexité et la diversité des champs de prise de décision, des indicateurs communs, selon un même étalon, permettent de rationaliser, éventuellement de simplifier, ou tout au moins de rendre plus légitimes les choix effectués. La congestion automobile fait-elle supporter à la collectivité un coût plus ou moins important que celui de la criminalité ? Dans quelle proportion le coût du diabète a-t-il surpassé ou non celui de la pollution ? De quel phénomène les politiques publiques devraient-elles s'attacher à faire diminuer le coût social ?

Les drogues et les conduites addictives n'ont pas échappé à ce besoin d'éclairage de la décision publique grâce à la monétarisation des phénomènes. Elles en ont même été les précurseurs : les premiers travaux s'étant consacrés à l'évaluation du coût social du tabagisme (Markandya et Pearce, 1989). De ces évaluations, ce n'est pas tant les addictions en tant que telles qui sont monétarisées que leurs conséquences, avec en premier lieu la mortalité et la morbidité attribuables et dans un second temps, les dépenses publiques qui cherchent à les encadrer.

L'évolution du fardeau économique que peuvent représenter les drogues et les conduites addictives dépend de nombreux facteurs. Les prévalences d'usagers, l'intensité de leur usage et la dangerosité des produits ou des pratiques constituent des éléments clés, mais également la qualification croissante de potentialités addictives, qui ne fait qu'élargir le champ à considérer et les régulations qui s'appliquent à elles, ce qui conduit à gonfler le coût social des addictions. C'est bien toutefois l'efficacité des politiques mises en œuvre pour gérer le phénomène qui contribue – et qui contribuera – à l'inflation ou au contraire à la minimisation du fardeau économique des addictions.

Le coût social des drogues en France

Les études de coût social cherchent à monétariser l'ensemble des conséquences induites par l'existence d'un phénomène. Elles reposent aujourd'hui sur une méthodologie de plus en plus consensuelle, à travers le *cost-of-illness* (coût de la maladie), et repose sur des hypothèses communes, en particulier celle de plein emploi des facteurs (voir Kopp, 2016).

Le coût social des drogues légales (tabac, alcool) et illégales (héroïne, cocaïne, cannabis et drogues de synthèse) est important. En 2010, le coût social du tabac était ainsi estimé à 122 milliards d'euros, celui de l'alcool à 118 milliards d'euros et celui des drogues illicites à 8,7 milliards d'euros (Kopp et Ogrodnik, 2017). La corrélation entre le niveau de ces coûts sociaux et le nombre d'usagers est évident, mais c'est bien la morbi-mortalité attribuable qui importe le plus. Ainsi, le nombre de vies perdues, de 49 000, 79 000 et 1 600 respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illégales, représente 97 % du coût social de l'alcool, 86 % de celui du tabac et 68 % de celui des drogues illégales. Les coûts engendrés par la mortalité liée à l'alcool sont plus élevés que ceux du tabac car les décès attribuables à l'alcool arrivent à un âge plus précoce que ceux du tabac ; ils génèrent de ce fait un nombre plus important d'années de vie perdues pour la collectivité.

En termes de finances publiques et après avoir tenu compte des recettes fiscales retirées de la vente d'alcool et de tabac, il ressort que les drogues ne contribuent en rien au budget public. Au contraire même, puisque soustraction faite des économies des montants des retraites non versées aux fonctionnaires décédés prématurément du fait de leur usage de drogues, l'alcool grève les comptes publics de 3,9 milliards d'euros, le tabac de 13,9 milliards d'euros et les drogues illégales de 2,3 milliards d'euros en 2010. Pour les drogues illégales, cet impact sur les finances publiques est à relativiser ou tout au moins à discuter. En effet, un travail qui s'appuyait sur les estimations du coût social des drogues illégales en 2003 et qui intégrait pour la première fois la mortalité attribuable au cannabis par accidentologie routière évaluait le coût social du cannabis à moins d'un milliard d'euros pour l'année 2005. Surtout, son analyse mettait en exergue l'importance des dépenses publiques dans ce coût. En particulier, les dépenses liées à la répression de l'usage et du trafic de cannabis (police, gendarmerie, douanes, justice, emprisonnement) s'élevaient à plus de la moitié du coût social du cannabis (Ben Lakhdar, 2007).

Même si la comparabilité des différents travaux menés en France sur cette question est discutable (les méthodes diffèrent quelque peu, les systèmes d'information se sont étoffés, la valeur statistique de la vie humaine a été revue), le coût social des drogues n'est allé que crescendo en France ces vingt dernières années (Fénoglio et al., 2003 ; Kopp et Fénoglio, 2006 ; Kopp et Ogrodnik, 2017).

À partir de ces travaux, trois principaux groupes, potentiellement non exclusifs les uns des autres, de facteurs contributifs au devenir du coût social des drogues légales et illégales peuvent être identifiés. Le champ sanitaire et son évolution en

forment un, tandis que celui des modes de régulation en est un autre. Finalement, la volonté politique et l'efficacité des politiques publiques en constituent certainement l'élément le plus déterminant.

Inscription dans le champ de l'addictologie et prise en charge

L'addictologie est une discipline mouvante, au gré des évolutions sociétales. Les éléments traduisant son arrimage aux faits sociaux se retrouvent dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé et dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). La première intègre ainsi au fil de ses éditions aussi bien les usages différenciés des produits (CIM-10), en soulignant les symptômes repérés lors d'usages abusifs et ceux de la dépendance, ou encore, inclus dans sa dernière mouture (CIM-11), le trouble du jeu vidéo ou des jeux numériques. Comme le soulignent Gazel et al. (2014), à propos du DSM-5, l'inclusion d'une « addiction comportementale » dans la catégorie « troubles liés aux substances » est un tournant majeur. Tournant majeur qui ne peut que participer à l'inflation du coût social des addictions.

À ce titre, en rappelant qu'un des intérêts des études de coût social des addictions sans substance serait de calibrer au mieux des politiques publiques ciblant les actions de prévention et les éventuelles limitations à instaurer, sans toutefois brider les pratiques récréatives, Massin (2015) reconnaît que de telles études sur l'addiction à Internet, aux jeux vidéo, au sport, etc., sont tout à fait envisageables. Elles ne sont pour le moment conditionnées qu'à l'existence et à la qualité des systèmes d'information qui permettraient leur objectivation économique. Les premiers travaux d'évaluation du coût social des jeux d'argent et de hasard sont aujourd'hui menés en France (voir Costes et al., 2015) et viendront sans nul doute se greffer aux études de coût social des drogues légales et illégales déjà pérennisées.

Liée à cette reconnaissance de troubles addictifs nouveaux, c'est donc bien la question de leur prévention et de leur prise en charge qui se pose dans l'estimation des dépenses publiques attribuables. Elles ne peuvent qu'augmenter, venant s'ajouter certainement et non se substituer aux actions publiques tournées vers les produits et addictions « classiques ». Aussi, concernant ces dernières, la qualité et la diversité des outils de prise en charge ou de prévention ou de réduction des risques impacteront les finances publiques. À titre d'exemple, la généralisation des salles ou des espaces de consommation à moindre risque en France se révèlerait être une politique coût-efficace dans des seuils d'acceptation tout à fait conformes aux standards internationaux et à la pratique française. Il n'en reste pas

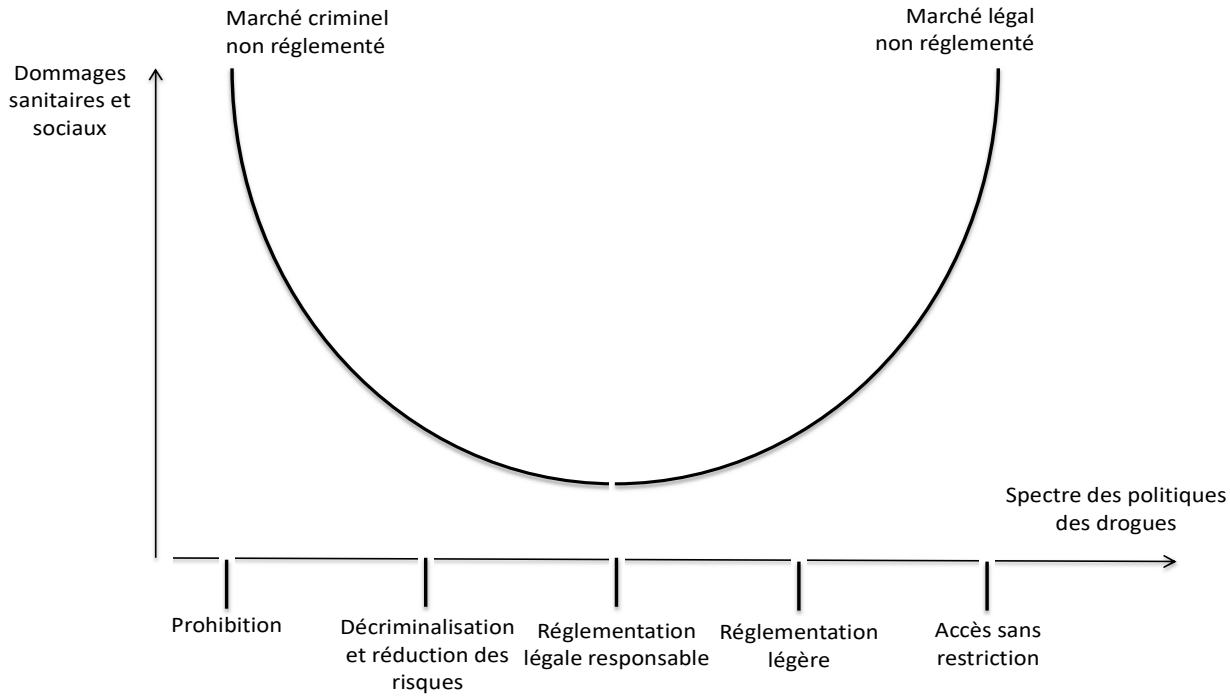
moins que pour une meilleure prise en charge dans ces espaces, le denier public est mis à contribution.

De l'efficacité des cadres de régulation

Le coût social des drogues est intimement lié au cadre de régulation de ces dernières et à l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour encadrer l'offre et la demande. Les politiques de contrôle du tabac proposées dans la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS ont fait montre de leur efficacité à diminuer les prévalences d'usages et à encadrer l'offre (Gravely et al., 2017). La mise en œuvre de stratégies de prise en charge du sevrage s'est révélée être coût-efficace. Les prévalences tabagiques françaises restent élevées malgré la mise en œuvre de ces outils de contrôle, mais des pays comme l'Australie ou encore le Brésil ont, quant à eux, connu des baisses importantes des usages de tabac conduisant à drastiquement diminuer le fardeau économique attribuable. À l'opposé de ces succès, les défauts d'encadrement de l'offre d'opioïdes légaux médicamenteux aux États-Unis ont conduit à la création d'une épidémie importante de surdosages, pour partie liée à la dynamisation d'un marché souterrain de ces produits, qu'ils soient légaux ou illégaux (GCDP, 2017 ; Dudouet, 2021). Dans un autre registre, la dépénalisation de l'usage de drogues illégales au Portugal décrétée au début des années 2000 a certainement diminué le coût social des drogues de ce pays, en désengorgeant de façon importante la chaîne judiciaire sans augmenter outre mesure le nombre d'usagers (Hugues et Stevens, 2010).

Peut-être plus que la légalité ou l'illégalité des drogues en question, c'est la cohérence et l'efficacité des politiques publiques qui semblent cruciales dans l'importance du fardeau économique. Quelle est la rationalité de permettre des prescriptions nombreuses d'opioïdes, rendant les individus dépendants et ainsi prêts à se fournir sur le marché parallèle, ce qui conduit à une morbi-mortalité démesurée ? Quelle cohérence à mettre en œuvre des salles de consommation à moindre risque, alors même que la détention et l'usage restent punis d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende, tout au moins en France ? Comme le montre le graphique 1, c'est donc moins le statut juridique des produits ou des conduites, que l'encadrement réglementaire que l'on y associe qui fait que l'on minimise le coût social des drogues (GCDP, 2014).

Graphique 1. Dommages sociaux liés aux drogues et cadres de régulation



Source : Global Commission on Drug Policy (2014)

Reste à déterminer quel cadre réglementaire légal et responsable serait le plus à même de contrôler, voire de minimiser le poids économique des addictions ?

Vers une minimisation des risques et du fardeau économique ?

Dans cette société addictogène (Couteron, 2012), un cadre de régulation potentiellement efficace – tout au moins cohérent puisque commun – semble se dessiner (Bergeron et Nouguez, 2015). D'un côté, les restrictions réglementaires des drogues légales se sont nettement renforcées ces dernières décennies : interdiction de la publicité, interdiction de vente aux mineurs, interdiction de la consommation dans certains espaces, interdiction de la consommation en cas de conduite de véhicule motorisé, etc. D'un autre côté, le cadre pénal des drogues illégales se relâche : dépénalisation de l'usage, légalisation du cannabis, usage thérapeutique de certaines drogues de plus en plus envisagé, espaces de consommation à moindre risque, autorisation d'usage de drogues « traditionnelles » (Khat, feuilles de coca) dans certains pays.

L'étau se resserrant sur les drogues légales et se desserrant atour des drogues illégales, c'est la disparition de la frontière entre l'illégal et le légal qui est en jeu.

Semble alors se profiler un cadre légal de régulation commun à toutes les drogues et à toutes les conduites addictives. Ce progressif abandon de cadre pénal s'expliquerait par différents facteurs, mais il peut être certainement mis en partie au crédit du pouvoir du marché et des intérêts qui le composent. Non seulement, les consommateurs plaident pour une autre gestion de leurs conduites, mais les offreurs développent, en reprenant les codes et outils de la réduction des risques et des dommages, un argumentaire de sécurisation des produits et des conséquences des usages qui plaident en faveur d'un recul du cadre prohibitionniste imposé par l'État (Ben Lakhdar, 2022).

Sous ce cadre réglementaire en gestation et probable dans un futur proche, la question du coût social des addictions se place indubitablement en relation avec celle de la volonté d'un financement collectif et d'une gestion efficace des prises en charge des conséquences des usages et des conduites. Elle sera également liée au contrôle effectif de l'innocuité (ou du niveau d'innocuité) des produits ou des conduites et à l'efficacité des outils de réduction des risques proposés par le marché. Plus concrètement : le coût social du tabagisme diminuera-t-il à la suite de la mise sur le marché des nouveaux produits de la nicotine annoncés comme moins dommageables (tabac chauffé par exemple) ? Le coût social des jeux d'argent et de hasard en ligne est-il minimisé grâce aux dispositifs proposés par l'offreur à l'usager sensés le rendre maître de ses passions ? Plus largement, quel modèle économique minimise-t-il le plus le coût social du cannabis : celui, commercial, du Colorado ou celui du monopole public uruguayen ?

Bibliographie

Ben Lakhdar C. (2007). Le coût social du cannabis en France, 2003, In C*annabis, données essentielles*, J.-M. Costes (éd), OFDT, Saint-Denis, 146-149.
Ben Lakhdar C. (2017). Coût-efficacité des politiques de gestion des conduites addictives en France. *Après-demain*, 44, 35-37.
Ben Lakhdar C. (2020). *Addicts – les drogues et nous*. La République des Idées/ Seuil. Paris, 103 pages.
Ben Lakhdar C. (2022). Légalisation des drogues : l'importance du marché dans le gouvernement des conduites. *Psychotropes*, à paraître.
Bergeron H., Nouguez E. (2015). Les frontières de l'interdit. Le commerce du cannabis. In Ph. Steiner et M. Trespeuch (Eds), *Marchés contestés – quand le marché rencontre la morale*. Presses Universitaires du Mirail, 121-150.
Costes J.-M., Massin S., Etiemble J. (2015). L'évaluation de l'impact socio-économique des jeux d'argent et de hasard. *Policy Brief* de l'IDEP, n°3.
Couteron J.-P. (2012). Société et addiction. *Le Sociographe*, 39(3), 10-16.
Dudouet F.-X. (2021). La politique internationale des drogues : entre réalité et mythes. *Politiques des Drogues*, 1, 22-30.

Fénoglio P., Parel V., Kopp P. (2003). The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997). *European Addiction Research*, 9, 18-28.
Gazel C., Fatséas M., Auriacombe M. (2014). Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? *La Lettre du Psychiatre*, 10(2), 50-53.
GCDP (2014). Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues. Global Commission on Drug Policy, Geneva, 45 pages.
GCDP (2017). La crise des opioïdes en Amérique du Nord. Position Paper, Global Commission on Drug Policy, Geneva, 17 pages.
Gravely S., Giovino G. A., Craig L., Commar A., Tursan d'Espaignet E., Schotte K., Fong F. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet Public Health*, 2, e166-e174.
Hugues C. E., Stevens A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50,6, 99-156.
Inserm (2021). Coût social de l'alcool en France et envergure économique du secteur. In Expertise Collective Inserm. *Réduction des dommages associés à l'alcool : stratégies de prévention et d'accompagnement.* Les éditions INSERM, Paris, 155-176.
Kopp P. (2016). Poids socio-économique des drogues en France. In Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Eds), *Traité d'Addictologie*, Lavoisier, pages 214-221.
Kopp P., Ogrodnik M. (2017). The social cost of drugs in France in 2017. *European Journal of Health Economics*, 18, 883-892.
Kopp P., Fénoglio P. (2006). Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre la drogue. OFDT, 58 pages.
Markandya A., Pearce D. W. (1989). The social costs of tobacco smoking. *British Journal of Addiction*, 84, 1139-1150.
Massin S. (2012). Is harm reduction profitable? An analytical framework for Corporate Social Responsibility based on an epidemic model of addictive consumption. *Social Science & Medicine*, 74, 1856-1863.
Massin S. (2015). Coûts-Bénéfices des addictions sans substance. *Risques*, 102,48-53.

MYTHES ET RÉALITÉS DE L'IMPORTANCE DE LA DROGUE DANS L'ÉCONOMIE MAFIEUSE (LE CAS ITALIEN)

Clotilde Champeyrache, MCF HDR, ESD R3C / Cnam

Il est fréquent d'associer mafias et trafic de stupéfiants. Cette assimilation s'inscrit dans une logique plus générale du rétrécissement de la perception de ce qu'est l'économie criminelle. Régulièrement, celle-ci est réduite à sa dimension strictement illégale (commerce de marchandises prohibées), en ignorant la question de l'infiltration criminelle dans l'économie légale et, au sein des marchés illégaux, celui qui est lié aux drogues tend à capter presque toute l'attention. Cette focalisation s'explique notamment par la guerre contre la drogue menée par les États-Unis, ainsi que par des travaux comme ceux de Schelling (1967). Pourtant, ce biais comporte des risques : une compréhension erronée ou partielle des réalités criminelles – au premier rang desquelles celles des mafias – débouche sur des politiques anti criminalité elles-aussi erronées. Il importe donc de préciser en quoi l'assimilation entre mafias (italiennes) et drogue est fondamentalement une idée reçue qui favorise la confusion (1) afin de pouvoir spécifier la place des drogues dans les « systèmes » mafieux (2). Surévaluer le poids et la signification de la drogue est une erreur de diagnostic risquée (3).

L'assimilation entre mafias (italiennes) et drogue : une idée reçue qui favorise la confusion

Réduire les mafias italiennes à la question du trafic de stupéfiants est une posture fréquente mais qui signe une double méconnaissance de l'histoire de ces organisations criminelles : d'une part, l'émergence des mafias n'est pas liée au trafic de drogues ; d'autre part, l'entrée dans cette activité illégale n'a pas été une opération évidente, elle a même pu être source de fragilité pour les mafias.

Les mafias au sens strict du terme (cf. définition en deuxième partie) préexistent au trafic de drogues : cela vaut pour les trois mafias italiennes traditionnelles – à savoir Cosa nostra en Sicile, la camorra dans la région napolitaine et la 'ndrangheta calabraise – mais aussi pour les yakuzas japonais et les Triades chinoises. Dans le cas italien, de nombreux auteurs historiens (comme Lupo, 1993) ou sociologues (par exemple Catanzaro, 1988 ou Gambetta, 1993) soulignent que les mafias apparaissent dès le XIXème siècle et développent comme activité de base l'intermédiation et la protection, loin de la problématique des drogues.

Ce sont donc des organisations criminelles déjà anciennes et bien enracinées territorialement qui vont faire leur entrée au XXème siècle dans le trafic de drogues. Mais il faut aussi garder à l'esprit que cette entrée est tardive et finalement problématique, alors même que le contrôle du territoire est déjà en place.

Cette entrée, que Cosa nostra est la première à mettre en œuvre, ne se fait pas au nom de l'organisation criminelle. Les différentes familles mafieuses siciliennes n'ont en effet pas de position unanime sur le sujet. Les premiers mafieux à se lancer dans le trafic de drogues seront peu nombreux, isolés et agiront à titre personnel. Ceux qui le feront seront par ailleurs ceux qui peuvent exploiter des réseaux déjà existants : principalement l'émigration clandestine et la contrebande de tabac. Ces deux réseaux connectent les mafieux siciliens aux États-Unis, d'où un effet d'apprentissage en matière de trafic de drogues. Seront alors pionniers dans ce trafic des mafieux des familles des territoires à l'ouest de Palerme (Alcamo, futur laboratoire de la drogue, Cinisi, Partinico, Castellamare del Golfo dont provient la famille Bonanno solidement implantée à New York) parce qu'elles gèrent les canaux d'émigration clandestine, ainsi que la famille Greco qui domine logistiquement le canal de la contrebande de tabac. Même alors, la présence mafieuse n'a rien de massif : il s'agit d'une présence initialement modeste et de second plan pour la mafia sicilienne. Cette dernière ne maitrise pas les techniques de production pour dominer d'office le marché. De plus, la place est déjà occupée, notamment par les Français et la filière corso-marseillaise qui sera dominante jusqu'au début des années soixante-dix. Il faut d'ailleurs noter que jusque-là l'Italie et l'Europe sont relativement peu touchées par le fléau des drogues.

Les mafieux pionniers du trafic de stupéfiants vont rencontrer le succès dans la production et la commercialisation de la drogue. Les profits non négligeables qu'ils en tirent créent des effets d'entrainement avec l'entrée d'autres familles dans le trafic d'héroïne, y compris du côté de Catane, soit la côte est de la Sicile. Aux premiers noms – ceux des Badalamenti, Buscetta, ou Greco – vont s'ajouter ceux de nouveaux entrants comme les Bontade, Inzerillo, Spatola, Vernengo, Marchese ou Spadaro. Au passage, cette entrée en ordre dispersé souligne une autre réalité mafieuse trop souvent ignorée : Cosa nostra n'a rien d'une structure unitaire pyramidale. Des familles mafieuses se lancent dans cette activité illégale sans consigne unitaire, mais plutôt parce que progressivement Cosa nostra cesse d'y faire explicitement obstacle.

Cela ne doit pas faire oublier que, malgré les gains, l'entrée dans le trafic de drogues a fondamentalement fragilisé la mafia sicilienne. C'est la drogue qui est à l'origine de ce que l'on appelle les deux « guerres de mafia » qui ont ensanglanté l'île. La première guerre (1962-63) démarre suite à des accusations de fraude sur un chargement d'héroïne et entraine un dramatique enchainement de règlements de compte transversaux entre les La Barbera et les Greco. La seconde guerre de mafia découle de la faiblesse interne de Cosa nostra face aux mutations induites par le marché des stupéfiants. Les générations s'affrontent : la mafia « traditionnelle » des Bontade, Badalamenti et Buscetta est décimée par la mafia montante des Corléonais autour de Riina et Provenzano.

Autre facteur de fragilisation, les années quatre-vingts voient se multiplier le nombre de collaborateurs de justice siciliens. Plusieurs d'entre eux motivent leur décision par un dégoût pour l'insertion de la mafia dans des activités considérées comme « sales » et « méprisables », comme la drogue et la prostitution. Plus prosaïquement, la violence de la deuxième guerre de mafia et la cruauté implacable des Corléonais ont sûrement constitué la raison principale de la flambée de ces collaborations. Enfin, la violence des guerres de mafias et les premiers dégâts liés à la consommation locale de stupéfiants amènent une réaction des forces de l'ordre. Cela débouchera sur le maxi-procès de 1986 sous l'égide des juges Falcone et Borsellino, grâce notamment aux révélations du « repenti » Tommaso Buscetta.

Place des drogues dans les « systèmes » mafieux

La relativisation de l'assimilation entre mafias et drogues impose de replacer la dimension trafic de stupéfiants dans le cadre plus général des « systèmes » mafieux et donc de comprendre la spécificité d'une mafia.

Un seul pays a défini juridiquement le délit d'association mafieuse, il s'agit assez naturellement de l'Italie, à l'article 416 bis du Code pénal. On peut notamment y lire :
L'association est de type mafieux quand ceux qui en font partie se servent de la force d'intimidation du lien associatif et de la condition d'assujettissement et d'omerta qui en dérive pour commettre des délits, pour acquérir de façon directe ou indirecte la gestion ou du moins le contrôle sur des activités économiques, des concessions, des autorisations, adjudications et services publics ou pour réaliser des profits ou des avantages injustes pour soi ou pour autrui, ou encore dans le but d'empêcher ou de gêner le libre exercice du vote ou de procurer des voix à soi ou à d'autres à l'occasion de consultations électorales.

Cela permet de comprendre en quoi ces organisations criminelles constituent de véritables « systèmes ». Présentes dans la sphère illégale mais aussi légale, les mafias manipulent les consultations électorales et conditionnent la population. En cumulant ces dimensions, les mafias s'avèrent capables de se construire une forme de légitimité sociale telle qu'elles exercent un pouvoir de plus en plus accepté sur leur territoire. Or cette quête de consensus social rentre en contradiction avec la part de trouble à l'ordre public induit par le trafic de stupéfiants (agressions, overdoses et *junkies* sur la voie publique, etc.). Cela explique pourquoi Cosa nostra a longtemps nié son implication dans le trafic de drogues ou rejeté la faute sur les mafieux italo-américains et sur la camorra napolitaine qui aurait été la première à avoir commercialisé les stupéfiants sur le territoire italien, là où la mafia sicilienne aurait eu des réticences à approvisionner l'île. Ce comportement tend à accréditer l'idée que Cosa nostra a perçu ses intérêts de long terme et anticipé le risque de remise en cause de son implantation locale que faisait courir ce trafic.

Cela permet également de comprendre pourquoi les cartels de la drogue – s'ils peuvent chercher à copier la méthode mafieuse – ne sont pas des mafias. La spécialisation, au moins initiale, de l'activité est aux antipodes de la constitution d'un système. Les cartels de la drogue mettent l'accent sur la dimension productive et génératrice de profit, puis peuvent chercher à exercer des formes de contrôle / légitimité sur une population ou un territoire (via la diffusion d'une « culture » criminelle à travers les *narcocorridos*, ou la distribution d'aide alimentaire pendant la crise sanitaire). Les mafias sont dans une séquence inversée où le pouvoir prime et où la drogue n'est qu'une activité parmi d'autres et potentiellement, on l'a vu, une activité problématique.

Les insertions mafieuses sont multiples et toutes n'ont pas la même signification pour l'organisation criminelle. Or, s'il existe une activité essentielle – au sens de qui fait l'essence d'une mafia – ce n'est pas le trafic de stupéfiants mais le racket, symbole de l'exercice de la souveraineté territoriale. Le juge Borsellino soulignait clairement – au temps où Cosa nostra triomphait dans le trafic de drogue – que le cœur de la mafia n'est pas la quête du profit mais celle du pouvoir en déclarant :

« (…) *même au moment où la mafia tirait – et peut-être continue encore à tirer, même si cela est probablement en moindre proportion – ses ressources les plus importantes de la production et du trafic des substances stupéfiantes, l'organisation mafieuse n'a jamais oublié que cela ne constituait pas du tout son essence. À tel point que, et cela tous ceux qui ont participé à l'expérience du maxi-procès et du pool anti-mafia l'ont vécu, même dans ces moments et même quand*

il y avait des familles criminelles mafieuses qui gagnaient des centaines et des centaines, si ce n'est des milliers et des milliers de milliards [de lires] grâce au trafic des substances stupéfiantes, ces mêmes familles ne négligeaient pas de continuer à exercer celles qui étaient les activités essentielles de la criminalité mafieuse, parce que la drogue n'en était pas une et ne l'a jamais été. La caractéristique fondamentale de la criminalité mafieuse, que certains appellent territorialité, se résume dans la prétention, non d'avoir mais carrément d'être le territoire, de même que le territoire est partie de l'État, si bien que l'État « est » un territoire et n'« a » pas un territoire, vu que celui-ci en est une composante essentielle. La famille mafieuse n'a jamais oublié qu'une de ses caractéristiques essentielles est d'exercer sur un territoire déterminé une pleine souveraineté. » (Collectif, 1992, p.27-28)

Même si l'on considère que l'entrée dans le trafic de drogues et l'ascension des Corléonais a pu remodeler l'organisation criminelle en renforçant la logique du profit, la multi-insertion mafieuse relativise une fois de plus l'importance de ce seul trafic. Il existe d'autres trafics parfois bien plus rentables que le trafic de drogues, notamment les trafics environnementaux, au premier rang desquels le trafic de déchets. En 1992, le chef camorriste napolitain Nunzio Perrella avait révélé, au cours de sa collaboration avec la justice, qu'il avait abandonné le trafic de stupéfiants pour se dédier à la « transformation des déchets en or », une affaire très rentable et bien moins risquée.

Il est possible de renoncer à la drogue. D'ailleurs, Cosa nostra a perdu sa position dominante au profit de la 'ndrangheta, sans pour autant disparaitre. On retrouve cette spécificité mafieuse de poly-activité criminelle revendiquée et de long terme. L'étude de nos trois organisations italiennes met en évidence le cumul durable d'activités illégales et légales (Champeyrache, 2022). Il est rare qu'une mafia se retire durablement d'un trafic (sauf à perdre la main face à une organisation plus puissante sur un marché spécifique) ; au contraire, les mafias tendent à étendre le champ des activités que cela soit dans le légal (où l'infiltration touche des secteurs toujours plus divers : de la traditionnelle infiltration du BTP, puis à la grande distribution et aux centres commerciaux, aux pompes funèbres, etc.) ou dans l'illégal (avec le trafic de déchets et les fraudes alimentaires, etc.).

Le caractère secondaire des drogues dans cette galaxie d'activités et surtout l'atteinte à l'image d'honorabilité du crime revendiquée par les mafias peut donner des pistes d'analyse des phénomènes de délégation criminelle observables actuellement sur des territoires mafieux. Les rapports biannuels de la Direzione Investigativa Antimafia (DIA) soulignent depuis quelque temps déjà une

observation de terrain : le marché de détail pour les stupéfiants (cela vaut aussi largement pour la prostitution) est délégué aux organisations criminelles nigérianes. Certains ont pu y voir un signe de faiblesse des mafias. Il semblerait plutôt qu'il s'agit d'une stratégie comme le montre le « pacte de Ballarò » : ce pacte négocié avec Cosa nostra autorise les Nigérians à gérer la prostitution dans ce quartier de Palerme. La délégation de trafics apparait alors comme une façon de se débarrasser des affaires, qui, premièrement, rapportent relativement peu (le commerce de gros rapporte beaucoup, pas le deal de rue), deuxièmement attirent la réprobation sociale, et qui, enfin, mobilisent les forces de l'ordre parce que ce sont les plus visibles. Accessoirement, cela peut aider la mafia à détourner l'attention en instrumentalisant le racisme, une stratégie *a priori* particulièrement chère à la camorra.

Les risques induits par cette erreur de diagnostic

L'assimilation inappropriée entre mafia et drogues et, de façon plus générale, la surreprésentation du trafic de drogues dans la représentation de l'économie criminelle et la compréhension des organisations criminelles conduisent à des erreurs de diagnostic et donc de traitement. Parmi ces erreurs, on peut mentionner les suivantes :

- Croire abattre la mafia en s'attaquant exclusivement au trafic de drogues est un leurre

La non-spécialisation des mafias et l'interdépendance des marchés sur lesquels elles sont présentes rendent une action ciblée sur un seul type de trafic inopérante. Légaliser certaines drogues ne résoudrait pas plus le problème (contrairement à ce que proclame le titre provocateur de l'ouvrage d'Emmanuelle Auriol, 2016). L'encadrement du marché n'empêche pas le développement d'un marché noir aux mains d'organisations criminelles.

- Penser les organisations criminelles selon la seule logique du profit est réducteur

Réduire les organisations criminelles à des formes entrepreneuriales animées par la maximisation du profit (comme le fait l'économie du crime à la façon de Becker et Schelling) ne permet pas de comprendre l'irrationalité économique de certaines activités telles que le racket quand il est systématique et régulier (ce qui suppose une logistique extrêmement coûteuse pour des gains relativement médiocres), ou encore la distribution de rations alimentaires pendant la crise sanitaire. Il est impératif de tenir compte de la dimension de pouvoir des organisations criminelles les plus importantes : la corruption passe par l'argent (versement de

pots-de-vin), mais aussi par le contrôle du territoire comme l'illustre ce que les Italiens appellent le « vote d'échange ». Mafieux italiens mais aussi yakuzas sont en mesure de donner des consignes de vote sur leurs territoires et donc de proposer ces « paquets de voix » au politicien qui, une fois élu, rendra la faveur sous la forme de marchés publics, de transformation des plans d'urbanisme, d'accès à des places en crèche ou maison de retraite, etc. Malheureusement, cette dimension n'est pas prise en compte par la définition du crime organisé élaborée en 2000 lors de la Conférence des Nations Unies à Palerme. Or cette définition imprègne la politique publique des pays signataires.

- Un exemple français de sous-estimation du danger mafieux

Très concrètement, la tendance à analyser le crime au seul prisme de la drogue peut expliquer le décalage entre les rapports de la DIA qui alertent sur le risque d'infiltration mafieuse en France et la réponse française qui minimise ce risque en considérant que la France ne serait qu'une terre de transit. Or cette vision réductrice ne peut que faire craindre la non-prise en compte du fonctionnement en système des mafias : lors d'une opération anti-drogue menée à Menton contre le clan calabrais des Pellegrino, il était apparu que l'un des inculpés possédait une entreprise de terrassement. Aucune enquête patrimoniale n'a été mise en œuvre. Pourtant, l'expérience italienne montre que le BTP est une cible privilégiée de l'infiltration dans l'économie productive légale parce qu'elle permet de mobiliser de la main d'œuvre (contrôle territorial) et qu'elle est une porte d'entrée vers la sphère publique (via l'obtention de marchés publics).

Bibliographie

Auriol, Emmanuelle. 1996. *Pour en finir avec les mafias. Sexe, drogue et clandestins : et si on légalisait ?* Paris : Armand Colin.
Becker, G. 1968. Crime and Punishment: An Economic Approach, *Journal of Political Economy*, 76(2), 169-217.
Catanzaro, Raimondo. 1988. *Il delitto come impresa. Storia sociale della mafia*. Padoue : Liviana.
Champeyrache, Clotilde. 2022. *Géopolitique des mafias*. Paris: Le Cavalier bleu.
Collectif. 1992. *Magistrati in Sicilia. Interventi pubblici di Giovanni Falcone e Paolo Borsellino a Palermo.* Palerme-Sao Paulo: Ila Palma.
Gambetta, Diego. 1993. *The Sicilian Mafia: The Business of Private Protection*, Cambridge: Harvard University Press.
Lupo, Salvatore. 1993. *Storia della mafia dalle origini ai giorni nostri*. Rome : Donzelli.
Schelling, Thomas C. 1967. Economics and Criminal Enterprise. *The Public Interest*. 7, 61-78.

LA RÉCEPTION D'UNE NOTE DU CONSEIL D'ANALYSE ÉCONOMIQUE RELATIVE À LA LÉGALISATION DU CANNABIS

Pierre-Yves Geoffard
Professeur à l'École d'Économie de Paris, directeur d'études à l'EHESS

TÉMOIGNAGE

Le 20 juin 2019, le Conseil d'Analyse Économique (CAE) publiait une note de huit pages intitulée « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? »[1], ainsi que trois « focus » développant certains points de l'analyse présentée dans la note. Le même jour, la couverture de *l'Obs* annonçait un dossier sur le sujet, qui comprenait notamment un long entretien avec les deux auteurs de la note, Emmanuelle Auriol et moi-même. La publication de la note ayant été annoncée par l'Agence France Presse, la presse s'en fit abondamment l'écho. De l'aveu du CAE, aucune note n'avait suscité un tel retentissement médiatique.

Le présent article revient d'une manière très subjective sur la réception, par différents acteurs et institutions, de cette note.

Afin de mieux situer cet épisode, il n'est pas inutile de rappeler ce qu'est le CAE. Le Conseil d'Analyse Économique, créé en 1997, est un organisme indépendant placé auprès du Premier ministre qui le préside, et dirigé par un président délégué. Il « *réalise, en toute indépendance, des analyses économiques pour le gouvernement et les rend publiques. Il examine les questions qui lui sont soumises par le Premier ministre et par le ministre chargé de l'économie et peut procéder de sa propre initiative à l'analyse prospective de questions économiques qu'il estime pertinentes pour la conduite de la politique économique du pays. Il est composé d'économistes universitaires et de chercheurs reconnus*.[2]» Le modèle dont le CAE s'inspire très librement est le *Council of Economic Advisors* des États-Unis d'Amérique qui existe quant à lui depuis 1946. Au contraire du *Council*, le CAE est composé de membres non permanents, bénévoles pour cette mission, pour la plupart occupant un poste dans une institution académique ; il s'appuie également sur une équipe de permanents, plus jeunes, qui aident les auteurs dans la préparation des publications. Les auteurs des notes comprennent toujours un ou plusieurs membres du CAE, mais peuvent également faire appel à d'autres collègues non membres, ce qui était, et reste, mon cas personnel. Quant aux focus qui accompagnent les notes, leurs auteurs sont variés, et associent souvent les jeunes chercheurs des équipes permanentes. Jusqu'en 2017, le CAE

présentait ses notes au Premier ministre, dans un moment un peu solennel mais propice aux échanges. Pour s'en tenir aux dix dernières années, Jean-Marc Ayrault semblait affectionner ces discussions avec des universitaires, au contraire de Manuel Valls qui y participait très rarement. Depuis 2017, le CAE peut également être présidé, en l'absence du Premier ministre, par le ministre en charge de l'économie. Le CAE peut réaliser, à la demande du gouvernement, de courtes analyses ayant vocation à rester confidentielles. Les notes, en revanche, sont publiques, et n'engagent pas la responsabilité du gouvernement ni celle des administrations publiques ; le programme de travail est discuté en amont, et *« convenu avec le cabinet du Premier ministre, celui du ministre de l'Économie et des Finances et celui du Président de la République.*[3]» Il peut aborder des sujets à la suggestion du gouvernement, mais également se saisir lui-même de questions de politique économique qu'il estime pertinentes. Dans un cas comme dans l'autre, j'insiste et j'y reviendrai, les projets de note font l'objet d'échanges, en amont, entre le président délégué du CAE et le gouvernement, et le CAE n'ouvre un chantier qui mobilise ses équipes permanentes qu'après avoir obtenu un avis positif, au moins tacite. Si les économistes qui constituent le CAE sont choisis avant tout pour leur compétence, ils peuvent être de sensibilités politiques variées. En revanche, le président délégué du Conseil, nommé par le Premier ministre, est le plus souvent proche du gouvernement en place. En l'occurrence, Édouard Philippe avait nommé à ce poste Philippe Martin, professeur d'économie à Sciences Po Paris. Celui-ci avait été conseiller économique au cabinet d'Emmanuel Macron lorsque ce dernier était à Bercy, et s'était fortement investi dans la campagne présidentielle de 2017 et la préparation du programme économique du candidat. Outre la proximité avec celui qui est devenu Président de la République, Philippe Martin est avant tout un chercheur à la renommée internationale ; surtout, il est convaincu que la recherche académique peut et doit contribuer à éclairer les choix de politique économique, ce qui est le principe même du CAE.

Lorsque le CAE envisagea de traiter de l'analyse économique de la régulation du cannabis, l'une de ses membres, Emmanuelle Auriol, ayant publié un ouvrage[4] sur l'économie du crime, fut logiquement associée à la réflexion. Le sujet touchant directement à la santé humaine, et le CAE ne comptant plus parmi ses membres d'économiste de la santé, je fus également sollicité pour m'engager dans ce projet. J'avais déjà consacré plusieurs des chroniques que je tiens depuis 2003 pour le quotidien *Libération* au sujet, nourries notamment des expériences étrangères d'évolution de la régulation. De nombreux pays ou États, ayant dressé le constat de l'échec de la prohibition, se sont engagés dans d'autre modes de régulation, de

la dépénalisation de l'usage à la légalisation encadrée ; ces expériences ont nourri une vaste littérature académique, tant de santé publique que d'économie. J'avais par ailleurs réalisé quelques années auparavant une mission de conseil, pour une start-up qui s'interrogeait sur les conséquences économiques d'une légalisation en France. J'acceptais avec enthousiasme de m'engager dans la préparation d'une note sur la légalisation du cannabis, abordée du point de vue économique, destinée cette fois au gouvernement et au grand public. N'étant, je le répète, pas membre du CAE, je rédigeais à cette occasion une déclaration de situation d'intérêt, mentionnant la mission que j'avais effectuée pour une entreprise privée, et cette déclaration fut naturellement publiée sur le site web du CAE.

Les notes du CAE font surtout appel aux travaux des chercheurs en économie, et visent à présenter ces travaux de manière synthétique, lisible par un public non spécialiste. Le cannabis a ceci de particulier qu'il fait l'objet d'un assez vaste consensus chez les économistes, ce qui n'est certes pas le cas de tous les sujets. La prohibition est vue presque unanimement comme la pire des politiques de régulation du cannabis et de ses usages. Il y a encore vingt ans, les arguments évoqués restaient de nature théorique, bien que fondés sur des analyses historiques des expériences de prohibition d'autres produits comme l'alcool ou, plus rarement, du tabac. Depuis le début du XXIe siècle toutefois, l'évolution des réglementations dans plusieurs pays, d'abord sur les usages thérapeutiques puis sur les usages récréatifs, fournit l'occasion de travaux empiriques cherchant à évaluer l'impact de ces évolutions. D'emblée, il nous est apparu que la question pertinente n'était pas de savoir s'il était opportun de lever la prohibition des usages récréatifs, mais plutôt de s'interroger sur les différentes modalités possibles des régulations, dans un cadre légal, remplaçant l'interdiction stricte, toujours en vigueur en France. Les expériences étrangères offraient un panorama assez varié, permettant d'éclairer les avantages et les inconvénients des différentes options. Il apparaissait également clairement que les conséquences de la régulation devaient être étudiées sous plusieurs aspects. Sanitaire tout d'abord : le cannabis est souvent consommé pour ses effets psychotropes, et l'impact de sa consommation, occasionnelle ou régulière, sur la santé des usagers doit faire l'objet d'une attention particulière. Sécuritaire ensuite, puisque la criminalisation de la consommation, de la production et de la distribution n'éteint jamais la demande, à laquelle répondent des organisations criminelles violentes. Économique enfin, car une régulation légale doit permettre le développement d'une filière structurée, créatrice d'emplois, et génératrice de recettes fiscales. Sur ce dernier point, la régulation du tabac offre une référence possible : fortement addictif et hautement dommageable pour la santé de ceux qui en consomment, le

tabac est néanmoins légal, et rapporte en France 15 milliards d'euros de taxes diverses qui alimentent le budget de l'État et de l'Assurance maladie.

Le contexte politique semblait, fin 2018, propice à l'ouverture d'un débat en France. Alors candidat à l'élection présidentielle, Emmanuel Macron avait manifesté une absence de préjugé. Le gouvernement annonçait s'engager dans une évaluation des effets thérapeutiques du cannabis. Pour ce qui est des usages récréatifs, des discussions évoquaient l'assouplissement de la loi, et on pouvait encore espérer que les projets d'instaurer une amende forfaitaire délictuelle iraient effectivement en ce sens. Il faut dire que la situation apparaissait aux yeux de tous comme peu satisfaisante. La loi française était en principe, et reste encore à ce jour, extrêmement sévère ; pourtant la France est le pays d'Europe où la consommation de cannabis est la plus fréquente, notamment chez les plus jeunes. En outre, de l'Uruguay au Colorado, de nombreux États s'étaient déjà engagés dans une régulation légale, sous des formes variées ; le Canada s'apprêtait également à le faire. Toutes ces expériences montraient que la création d'une filière légale, étroitement encadrée, était possible, qu'elle pouvait être associée à une meilleure prise en charge sanitaire des usages problématiques chez les plus jeunes, et pouvait au passage donner lieu à d'importantes recettes fiscales.

Le moment semblait donc venu d'une évolution de la politique française, et notre note allait contribuer à en éclairer les enjeux. En s'interrogeant sur les impacts des différentes formes de régulation, nos travaux nous permirent de distinguer plusieurs voies possibles, selon que les points de vente étaient dédiés au cannabis ou non, que la production et la distribution faisaient l'objet d'un monopole d'État ou étaient plus ouvertes à la concurrence, selon le niveau de taxes appliqué, selon la forme de l'accompagnement sanitaire des usagers, et selon d'autres éléments encore. Choisir entre ces différentes options demande de préciser l'ordre de priorité attribué aux trois objectifs (sanitaire, sécuritaire et économique), et relève d'une décision politique. La note fut accompagnée de trois focus, l'un consacré à la lutte contre les trafics illicites, montrant que la légalisation ne dispensait pas de continuer cette lutte, un deuxième à la question du cannabis médical, et le dernier à une estimation de ce que pourrait être une filière française du cannabis récréatif et des recettes fiscales potentielles.

Une fois finalisée mais avant sa publication, toute note du CAE est présentée au Premier ministre ainsi qu'au ministre en charge de l'économie. Ceci fit l'objet de deux réunions distinctes le 4 juin 2019, la première à Bercy, la seconde à Matignon. Toutefois, le ministre de l'Économie se fit représenter par le directeur adjoint de son cabinet ; de même, la présentation à Matignon se fit en l'absence

du Premier ministre, devant l'ensemble des conseillers chargés de la santé ou de l'économie, du chef du gouvernement comme du Président de la République, les deux équipes travaillant en étroite concertation. Ayant moi-même été impliqué dans la campagne présidentielle d'Emmanuel Macron, et ayant formé de nombreux économistes, j'étais en présence de personnes que j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer à de nombreuses reprises. Les échanges furent cependant contrastés. Les discussions sur l'analyse économique semblaient convaincre les économistes, mais les réticences, non pas sur les conséquences de telle ou telle modalité choisie mais sur la pertinence même d'une sortie du cadre prohibitionniste, n'étaient pas levées, en particulier chez les conseillers santé qui se montrèrent assez hostiles. Alors qu'ils avaient pu me solliciter depuis l'élection pour des échanges informels sur d'autres sujets, ils étaient cette fois comme fuyants, quittant rapidement la réunion sans me laisser l'occasion de les saluer. D'autres ministères firent savoir au CAE qu'ils souhaitaient également échanger avec les auteurs de la note avant sa parution. Le 5 juin, nous rencontrions le directeur de cabinet du ministre de l'Intérieur. Les échanges furent francs mais cordiaux, et si le conseiller en charge de la police restait farouchement opposé à toute évolution, le directeur de cabinet se garda finement d'exprimer une position claire. En revanche, le directeur de cabinet du ministre de la Santé, rencontré le 12 juin, manifesta un réel intérêt pour la réflexion entreprise, reconnaissant que le très haut niveau de consommation des plus jeunes imposait de chercher une meilleure régulation. La note parut le 20 juillet, une conférence de presse permit d'échanger avec une dizaine de journalistes présents, et de nombreux médias en rendirent compte dans les jours qui suivirent.

Ce n'était pas la fin de l'histoire. Le cabinet du Premier ministre manifesta son souhait de reprendre les échanges, et le 27 juin, j'étais à nouveau à Matignon, sans Emmanuelle Auriol mais accompagné du président délégué du CAE ; nous fumes reçus par le directeur adjoint du cabinet, lui-même accompagné d'un conseiller économique. Ce ne fut pas réellement un échange, mais plutôt une remontrance en bonne et due forme. La publication de cette note n'était pas opportune, le gouvernement voulait ouvrir le jeu pour le cannabis thérapeutique et la note introduisait de la confusion, l'opinion risquait de se braquer sur l'ensemble des usages, la note contenait beaucoup d'éléments fragiles voire faux, etc. J'étais assez surpris, et presque amusé, d'une telle manifestation de mauvaise foi. La discussion fut vive, le président délégué devant rappeler que le sujet avait été évoqué en amont, que le Conseil était un organisme indépendant, et que cette indépendance était une condition indispensable à la crédibilité de ses publications. Puis on me fit comprendre que je devais sortir du bureau, où la discussion se

poursuivit. J'appris par la suite que la note était disqualifiée par le fait qu'un de ses auteurs, en l'occurrence moi-même, travaillait pour le lobby du cannabis. Je compris soudain l'ambiance étrange de la première réunion. Par transparence et déontologie ma déclaration d'intérêts mentionnait une mission stratégique sur une éventuelle filière française du cannabis, celle-ci faisait de moi un avocat de cette industrie encore inexistante. Eussé-je été interrogé sur un éventuel conflit d'intérêt, j'aurais aisément pu répondre que je n'avais plus échangé avec la start-up en question depuis des années, mais qui veut noyer son chien…

Nous fûmes également invités à échanger avec la commission des affaires économiques de l'Assemblée Nationale, alors que la mission parlementaire sur le cannabis était en cours de composition ; cette fois, les discussions furent extrêmement cordiales. Suite à cette audition, des députés de la majorité partagèrent avec nous leur analyse politique du sujet : rien n'était tranché, Emmanuel Macron n'avait pas encore d'avis définitif, même s'il pensait que l'opinion n'était pas prête pour une légalisation. Certes, au sein de la majorité, une aile droite refusait totalement une telle évolution ; mais la mission parlementaire qui allait commencer ses travaux adopterait certainement une position plus ouverte ; en rendant ses conclusions après les élections municipales, elle pourrait alimenter le programme de la campagne présidentielle et celle-ci, qui s'inscrirait dans le « en même temps », aurait besoin de mesures « de gauche, » pour motiver cette partie de l'électorat qui avait contribué au succès de 2017. Et à ce moment-là, il n'y avait pas tant d'idées en ce sens ; la légalisation du cannabis était une proposition *disruptive* qui ancrerait l'image d'un candidat *et de droite et de gauche*, à même aussi de séduire une partie de l'électorat jeune. L'histoire ne s'est pas exactement passée ainsi.

Notes

1. https://www.cae-eco.fr/Cannabis-comment-reprendre-le-controle
2. https://www.cae-eco.fr/p-conseil-d-analyse-economique
3. *Id.*
4. *Pour en finir avec les mafias : sexe, drogue et clandestins : et si on légalisait ?,* Armand Colin, 2016.

ENTREPRENDRE DANS LE DOMAINE DES DROGUES

Franck Milone, patient-entrepreneur, LaFleur

TÉMOIGNAGE

Je suis Franck Milone, un patient entrepreneur. On m'a déclaré une sclérose en plaques il y a un peu plus de dix ans maintenant. J'ai alors été confronté à la réalité du système de santé et l'indisponibilité du cannabis médical dans un cadre de prescriptions et de dispensation par les médecins et les pharmaciens. Et aussi à la méconnaissance du sujet par les professionnels de santé que j'ai rencontrés. Suite à cette expérience personnelle, j'ai créé en 2014 la société DelleD qui développe à travers LaFleur du cannabis médical.

De 2014 à 2018, j'ai en quelque sorte fait le tour du monde sur ces questions de légalisation du cannabis médical dans les pays dans lesquels une évolution réglementaire avait cours. Notamment aux États-Unis, en Amérique latine, en Australie, et un peu en Europe. Cela m'a permis d'avoir des retours d'expérience sur les programmes du cannabis médical qui fonctionnent et ceux qui ne fonctionnent pas. La légalisation du cannabis médical n'est pas synonyme d'accès réel pour les patients : il existe en fait assez peu de modèles de cannabis médical véritablement intégré dans le système de santé, avec prise en charge. On parle du cannabis médical aux États-Unis, au Canada ou en Israël, mais la prise en charge n'est pas assurée par la sécurité sociale. Le modèle le plus vertueux actuellement semble être l'Allemagne, où sur dossier médical pour tout ce qui est maladie grave, notamment suite à des échecs thérapeutiques, le cannabis peut être prescrit ; il est remboursé par la sécurité sociale et obligatoirement pris en charge par les mutuelles.

Aujourd'hui, du fait que le cannabis médical ne soit pas disponible dans le système de santé français, les patients subissent une triple peine. En effet, soit ils n'y ont pas du tout accès, soit ils sont obligés de se soigner grâce au marché noir. Ils se retrouvent alors dans un cadre illégal en prenant le risque d'être confrontés à la police et à la justice ou d'avoir accès à un produit qui n'a pas été fabriqué dans des conditions pharmaceutiques fiables, en l'absence d'un environnement qualité des produits de santé. La lenteur du système laisse aujourd'hui les patients dans cette zone de risques.

Qu'est-ce que le cannabis médical ?

D'un point de vue réglementaire, la commercialisation de médicaments à base de cannabis est possible depuis le décret de Marisol Touraine en 2013. Dans le cadre de l'article 5132-86 du Code la Santé publique, la manipulation du cannabis à des fins de recherche est autorisée, ce qui est une bonne opportunité pour faire avancer les études. Malheureusement, dans la pratique, une lenteur énorme émane de l'administration dans le cadre des traitements des dossiers. Nous avons ainsi déjà réalisé plusieurs importations de cannabis ou de dérivés de cannabis pour nos projets de recherche, à savoir un CBD de qualité pharmaceutique afin de développer des médicaments contre le cancer. Or nos demandes ont mis plus de huit mois à être traitées, juste pour importer quelques grammes de CBD. Ce qui peut être assez étonnant, à l'heure où pour aller au bureau et au laboratoire, je peux passer devant deux ou trois magasins de vente de CBD. Il est donc difficile de comprendre les raisons de ce traitement, assez lourd, des demandes liées à la recherche autour du cannabis.

La mise en place de l'expérimentation du cannabis médical est quant à elle arrivée le 16 octobre 2020, le début de la dispensation datant de mars 2021. Plus récemment, l'arrêté du 30 décembre 2021 autorise la transformation des fleurs de chanvre et la production de dérivés qui était jusqu'alors interdite en France ; les producteurs de chanvre étaient jusque là obligés de transférer leur production à l'étranger pour les extraits de chanvre, afin qu'ils puissent être réimportés en France. L'interdiction des fleurs, qui était présentée dans cet arrêté, a finalement été suspendue le 24 janvier 2022 (par le Conseil d'État), ce qui alimente ainsi une actualité réglementaire bien fournie. Sur le sujet du cannabis médical, un décret sur la culture et la production devait arriver en 2021, mais avec un agenda politico-médical assez chargé, puis l'élection présidentielle, ce décret a été décalé pour n'être publié que le 17 février 2022.

Entre tradition et innovation

D'un point de vue scientifique, cela fait à peu près 300 ans que les chercheurs se penchent sur le cannabis au niveau botanique. Les plantes de chanvre pour la fibre se distinguent du cannabis pour ses principes actifs. Le chanvre industriel, qui est cultivé pour la fibre et qui produit donc généralement des graines et des fibres, présente des taux de THC qui doivent maintenant être inférieurs à 0,3 %. Le cannabis à principes actifs concerne plutôt des plantes courtes et trapues, qui vont produire des sommités, qu'on appelle encore à tort des fleurs, alors que ce sont plutôt des infrutescences parthénocarpiques, c'est-à-dire des fruits.

On aurait pu aussi remonter au premier traité de médecine traditionnelle chinoise, qui présentait l'usage du cannabis médical. Sans remonter aussi loin, le cannabis médical était également présent dans la pharmacopée française jusqu'en 1949. Ainsi, lorsqu'on parle du cheval de Troie que le cannabis médical représenterait pour une légalisation du cannabis récréatif, c'est un cheval de Troie qui a quand même démarré il y a assez longtemps dans notre pharmacopée.

Les principes actifs du cannabis sont donc produits dans les sommités, dans ce qu'on appelle les trichomes ; ce sont des produits de dégradation qui viennent tous d'un acide commun, l'acide olivétolique, qui donne différents cannabinoïdes, dont plus d'une centaine de phytocannabinoïdes. Il est à noter qu'il existe plus de 400 molécules dans le cannabis.

Il convient aussi de se confronter à la géopolitique, en évoquant en particulier les traités sur les stupéfiants, qui concernent le cannabis, les avancées sur la connaissance de cette substance et de son usage médical. Les conventions uniques sur les stupéfiants de 1961 viennent en fait interdire un produit sur lequel on avait alors encore peu de connaissances : le système endocannabinoïde, c'est à dire les récepteurs qui sont présents dans le corps humain à différents niveaux, n'a ainsi été découvert qu'en 1992. On est donc venu interdire un produit sur lequel on savait assez peu de choses et l'on peut regretter que cet environnement réglementaire puisse freiner la recherche.

Les avancées de l'usage médical

Le cannabis médical peut prendre différentes formes, sauf celle qui est fumée. C'est pour cela que l'on parle de voie inhalée, à travers des dispositifs médicaux qui viennent chauffer, faire passer de l'air chaud dans des fleurs de cannabis, ou des formes galéniques plus classiques, comme des gélules et des huiles pour la voie orale ou oro-muqueuse, et également des voies cutanées et transcutanées. Dans l'agenda du cannabis médical en France, la dispensation a démarré en mars 2021 et devrait finir en 2023. Dans cette intervalle de temps, il est espéré que les indications et que le cadre du remboursement du cannabis médical seront davantage définis et qu'on ne se retrouvera pas avec un cannabis médical non pris en charge pour les maladies graves. Le modèle allemand du cannabis médical, plus que celui des États nord-américains ou des Pays-Bas, serait, d'après moi, une bonne source d'inspiration. Il faut en effet sécuriser l'usage du cannabis médical à travers la mise à disposition d'outils intelligents et sécurisés permettant aux patients d'être accompagnés par des professionnels de santé, par exemple en utilisant des vaporisateurs qui peuvent éviter la combustion et ainsi limiter les

risques. La mise en place d'outils de suivi et d'échanges avec les professionnels de santé favoriserait aussi un suivi de l'usage par les patients.

Pour nous, la difficulté dans cet environnement réglementaire est également liée au financement de l'innovation. Avec un cadre réglementaire contraignant et des projets de recherche assez lourds à financer, il a été extrêmement difficile de trouver des ressources pour faire avancer cette thématique d'un point de vue scientifique. C'est ce qui apparaît comme le plus préjudiciable pour les patients. Il y a sans doute beaucoup d'acteurs qui souhaitent se positionner sur le cannabis médical, mais il y en a surtout qui se positionnent juste d'un point de vue commercial, dans l'objectif de produire et vendre en évitant la case de l'investissement et du développement pharmaceutique et médical. C'est ce qui ressort du modèle canadien, avec des acteurs concentrés sur la production et la commercialisation, sans passer par les étapes de l'innovation médicale et du développement de médicaments. En ce qui nous concerne, pour le bien commun et le bénéfice des patients, afin de maximiser l'usage du cannabis médical, il faut passer par la recherche. C'est aussi pour cela qu'il faut avoir un environnement réglementaire clair et sécurisant ; d'un point de vue financier, il reste difficile, aujourd'hui, de lever des fonds pour mener à bien ces projets du fait de la cacophonie réglementaire sur le cannabis médical.

Sur la partie portant sur la prise en charge de la douleur, le cannabis a gagné du terrain à l'étranger, notamment avec la crise des opioïdes au Canada et aux États-Unis, où des associations distribuent du cannabis à des personnes touchées par cette dépendance afin de les sortir de cette situation dangereuse. En France, dans le cadre de nos demandes d'importation de cannabis pour de la R&D, on nous a déjà répondu : « Vous savez, on importe très souvent des tonnes d'opioïdes. Mais le cannabis, c'est différent ». En tant que patient-entrepreneur, quand on me dit cela, c'est un peu difficile à entendre, en ayant justement connaissance de toutes ces problématiques à l'international liées aux opioïdes. C'est la réalité en tout cas, et c'est important d'en être conscient. Parce qu'être conscient des choses, c'est aussi le début du changement.

Investir dans la recherche

La loi française de 1970, qui a notamment consacré la prohibition du cannabis, a eu un effet rebond sur la recherche. En intervenant sur l'usage et la consommation, elle a aussi eu pour conséquence le fait que la recherche française sur le cannabis n'a pas pu avoir lieu. Aujourd'hui, on se retrouve face à une situation insensée : une recherche sur le cannabis médical en France en deçà de toutes les recherches qui existent au niveau mondial. Avec d'ailleurs des gens qui refusent même de

prendre en compte les avancées qui ont pu être faites dans les autres pays, comme Israël par exemple.

Un autre point important à souligner, source de réflexion, est qu'il faut avoir en tête qu'aux États-Unis le cannabis médical était finalement le médicament du pauvre, car la population était très peu assurée ; c'était notamment le cas des vétérans. Dans une approche similaire à celle de Christian Ben Lakhdar (voir supra, *Politiques des drogues*, n°3, pp. 4-11, novembre 2022), qui parlait des coûts et autres indicateurs qualité, nous travaillons dans la recherche médicale avec la partie qualité, en tentant de mesurer le nombre d'années que certains patients peuvent vivre en bonne santé. Nous menons aussi des études médico-économiques puisque le cannabis, comme tout produit de santé, revêt une dimension « qualité de vie ».

Une partie de l'attention porte également sur le gain économique, en lien avec l'évaluation réalisée par la haute autorité de santé d'un médicament et de son efficacité, en prenant en considération l'ASMR (amélioration du service médical rendu), en rapport avec le niveau de prix. Le sujet du cannabis pourra davantage émerger lorsqu'on aura des éléments médico-économiques sur les gains pour la sécurité sociale ou pour le système de santé, grâce aux prises en charge de la douleur du cancer ou d'autres maladies graves avec les produits du cannabis médical.

L'axe économique du cannabis médical est donc aussi extrêmement important pour son émergence dans la société. Sur ces questions, Israël a effectivement bien avancé, avec pas mal de recherches sur le produit et la plante. En revanche, en Israël pour l'instant, le développement de médicaments au sens strict n'est pas vraiment lancé et la France n'a pas pris tant de retard que cela, même face aux Américains. En fait, il n'y a pas eu de R&D médicale aux États-Unis, car le cannabis reste interdit au niveau fédéral. Pratiquement toutes les demandes pour la recherche médicale étaient déboutées, sauf celles concernant des sujets qui présentaient le cannabis comme préjudiciable pour la santé. Depuis peu (janvier 2022), quelques laboratoires ont obtenu des autorisations pour fournir légalement du cannabis pour de la recherche médicale. Avec l'accès aux capitaux que peuvent avoir les Américains, les choses peuvent dès lors changer très vite et c'est pour cela qu'il ne faut pas tarder à avancer.

Nous avons été la première société française à avoir reçu un financement public de la BPI (Banque publique d'investissement) pour le développement d'un médicament à base de cannabis et nous avons inventé, avec ce partenaire, l'attestation cannabis. Je développe une recherche sur des personnes qui utilisent

du cannabis médical ; les doses varient dans la journée selon les affections et donc selon les effets recherchés. Cela varie aussi d'un individu à un autre : variabilité inter-individuelle. Est-ce que justement tenter de développer des médicaments n'est pas finalement réfuter toute la complexité du cannabis en tant que plante, tous ces facteurs multidimensionnels qu'impliquent les traitements sous cannabis, à savoir les individus, la nature des infections, les effets recherchés, etc. ?

Au 21e siècle, et à l'heure de la médecine personnalisée, la titration par le patient d'un médicament (le patient détermine, de façon expérimentale, sa dose de médicament), se fait assez fréquemment puisqu'effectivement chaque individu est différent. On peut y aller de manière évolutive, avec une augmentation progressive de la dose. C'est ce qui est fait avec le Sativex, à base de cannabis ; le patient va augmenter peu à peu la dose jusqu'à sentir une amélioration sur sa qualité de vie, et arrêter l'augmentation des doses. Prendre en compte le patient et son inter-individualité constitue l'un des enjeux pour remettre le patient au cœur du débat, sans négliger la relation patient-médecin pour que le médecin accompagne le patient au démarrage de son traitement.

Conclusions

Le cannabis est effectivement une plante complexe, et l'un des enjeux autour de cette plante consiste à standardiser la matière première, les fleurs. Puis après de standardiser les dérivés comme tout autre produit pharmaceutique. Sur la standardisation, il existe plus de difficultés à standardiser les sommités de cannabis que les produits dérivés. Mais c'est faisable. Aujourd'hui, pour des patients qui ont accès à du cannabis médical de manière illégale, c'est extrêmement compliqué, parce que la variabilité de ces produits est énorme, problème qui s'ajoute à la maladie et aux risques de répression et d'insécurité liés à l'acquisition de cannabis. La variabilité des produits qui peuvent être acquis par les patients complexifie donc encore plus l'usage médical. Déjà, développer un médicament de base n'est pas forcément simple, car l'industrie pharmaceutique apparaît particulièrement lourde. L'une des clés du développement est donc de financer la recherche. Sans financement et sans investissement dans la recherche, il est encore plus difficile de développer des produits complexes.

Les politiques ne veulent pas parler avec les agents économiques. Ils ne veulent pas parler non plus avec les usagers, les utilisateurs. Ils ne veulent pas que la solution soit trop sociale. On a le sentiment qu'une conception interministérielle et transdisciplinaire de ces questions, qui permettrait à chacun d'apporter des propositions, voire des solutions, n'existe pas. Et qu'on est coincé dans une vision dominée par une approche très sanitaire, craintive des questions d'éducation, avec

comme seul point d'appui la pénalisation. Il conviendrait de parler avec des interlocuteurs différents, y compris des industriels. Moi, je suis un acteur de santé, dans un milieu où les influences paraissent parfois très malsaines, notamment du côté des lobbies pharmaceutiques. Mais il apparait impératif de ne plus se limiter à une approche strictement sanitaire et d’élargir le débat en incluant les dimensions sociales et économiques.

INNOVER DANS LA DOULEUR OU COMMENT L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT A FAIT DU TRAMADOL UN SUCCÈS PHARMACEUTIQUE

Joséphine Eberhart**,** chercheuse post-doctorante à l'INRAE (IRISSO, Université Paris Dauphine) et chercheuse associée au Cermes3 (CNRS, Inserm, EHESS, Université Paris Cité).

Cette communication revient sur le succès du tramadol, un antidouleur innovant qui s'est imposé comme le premier antalgique accessible sur ordonnance prescrit par les médecins généralistes français à partir du milieu des années 2000. Elle vise donc à analyser les raisons de succès à plus d'un titre paradoxal de ce nouveau médicament, mais revient aussi sur les conséquences de ce placement de produit réussi.

Cette recherche est extraite d'un travail de thèse intitulé *Douleurs et antidouleurs en médecine générale. Une sociologie de la prescription*, qui s'inscrit à la fois en sociologie de la santé, car elle étudie la pratique de la médecine générale contemporaine par le prisme de la prescription ; et les *Science and Technology Studies*, puisqu'elle retrace la trajectoire de deux antidouleurs majeurs en étudiant la manière dont ils ont été fabriqués et promus par les laboratoires pharmaceutiques, (re)évalués par les autorités de santé puis prescrits par les médecins.

Pour ce faire, ce travail s'appuie sur des entretiens réalisés avec une trentaine de médecins généralistes d'âge, de sexe, de mode d'exercice et de lieu d'implantation variés. Ces médecins ont été interrogés, entre autres, sur la façon dont ils prennent en charge un patient douloureux, et notamment sur la manière dont ils choisissent l'antalgique qu'ils prescrivent. Cette contribution mobilise également d'autres données qui permettent de retracer l'intense campagne de promotion du tramadol des années 2000, et notamment un vaste corpus de publicités issu d'une revue médicale fréquemment consultée par les omnipraticiens (*Le Quotidien du médecin*).

Avant de poursuivre, il est nécessaire de faire un bref rappel sur la manière dont les antalgiques sont habituellement catégorisés afin de mieux comprendre la position du tramadol au sein de cette catégorie de produits. En effet, les antidouleurs sont désignés par leur position dans la classification en trois paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization, 1986). Créée en 1986 pour faciliter la prise en charge des douleurs cancéreuses, cette typologie est couramment et spontanément mobilisée par les enquêtés eux-mêmes. Le

premier de ces trois paliers correspond aux antalgiques périphériques qui ne contiennent pas d'opioïde et dont le chef de file est le paracétamol. Le deuxième palier rassemble les antalgiques opioïdes dits « faibles », qui contiennent une substance analogue à la morphine mais qui est dotée d'une puissance antalgique inférieure à celle-ci. Ce palier est actuellement composé de trois substances : la poudre d'opium, la codéine et le tramadol. Enfin, les antalgiques opioïdes forts constituent le troisième palier, celui dont la puissance égale ou surpasse la morphine, comme c'est le cas du fentanyl, de l'oxycodone, etc.

Parmi les antalgiques opioïdes faibles, le tramadol occupe une place à part. Commercialisé en France pour la première fois en 1997, c'est un médicament récent qui s'impose rapidement comme le premier antalgique de palier II prescrit (et de loin), devant la codéine et la poudre d'opium qui sont pourtant disponibles depuis plus d'un siècle et qui sont donc à ce titre bien connues et mieux maitrisées. Comment alors expliquer le succès rapide du tramadol ?

Cette contribution commence par revenir sur les raisons qui font du tramadol un succès paradoxal en médecine générale. À la lumière de ces éléments, il faut donc décentrer son regard du colloque singulier pour comprendre comment cet antalgique d'exception est devenu un antidouleur « banal ». C'est pourquoi, dans un deuxième temps, je reviendrai sur la manière dont les laboratoires pharmaceutiques ont promu le tramadol auprès des médecins. Enfin, j'analyserai les conséquences de cette campagne promotionnelle réussie sur les prescripteurs et leurs patients.

Le succès du tramadol, un succès paradoxal

Le succès du tramadol auprès des médecins généralistes apparait à plus d'un titre comme inattendu.

Tout d'abord, le tramadol partage une partie de sa structure moléculaire avec les opioïdes, mais aussi avec une classe particulière d'antidépresseurs (les IMAO ou Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase), ce qui explique en partie la (longue) liste de ses effets indésirables, dont certains (confusion, délire, hallucination, euphorie, etc.) avec lesquels les médecins généralistes sont peu habitués à composer. Plus encore, certains praticiens associent le tramadol à une molécule imprévisible, au sens où ses effets peuvent être spectaculaires sans que leur intensité ne soit pour autant corrélée à l'âge du patient ou à son état de santé : plusieurs citent le cas de patients jeunes dont l'état de santé s'est brutalement dégradé après la prise d'un comprimé de tramadol.

Or, la question des effets indésirables est devenue centrale en médecine générale, ce que rappellent presque tous les praticiens interrogés : pour eux, le bon antidouleur est avant tout celui qui n'occasionne peu ou peu d'effets indésirables. En effet, en tant que médicaments dits du « *care* », ceux-ci doivent apporter un supplément de bien-être au patient et il est donc important qu'ils soient relativement bien tolérés. Mais l'attention portée aux effets indésirables tient aussi aux contraintes qui pèsent sur les généralistes. Le vieillissement de la population, la montée en puissance des maladies chroniques et le « virage ambulatoire » (qui fait entrer dans le cabinet des médecins des patients auparavant pris en charge à l'hôpital) sont autant de facteurs qui conduisent à l'allongement des ordonnances (Auvray et Sermet, 2002; Clerc, 2009; Bungener et al., 2009). Il revient alors aux généralistes de garantir l'équilibre fragile de tous les médicaments qui s'y trouvent. Dans ce contexte, la gestion des effets secondaires devient un élément central de leur pratique.

Enfin, le tramadol est également une molécule particulièrement « surveillée » par les autorités de santé, et ce, très rapidement après sa première commercialisation. Ainsi, les données du réseau d'addictovigilance de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) indiquent que le tramadol est l'antidouleur qui fait le plus souvent l'objet d'ordonnances falsifiées et que le nombre de cas signalés spontanément à l'addictovigilance ne fait qu'augmenter depuis le milieu des années 2000 (ANSM, 2019). Par conséquent, dès la fin des années 2000, l'agence du médicament met en garde les prescripteurs du risque de dépendance qui peut s'installer même à dose thérapeutique, mais aussi de la difficulté de réaliser le sevrage au tramadol. C'est dans cette optique, par exemple, qu'en janvier 2020, l'ANSM a restreint la durée de prescription du tramadol, afin d'en limiter le mésusage.

Par conséquent, le tramadol apparait comme un antalgique d'exception, peu adapté à l'exercice quotidien des généralistes, tant par les effets indésirables qu'il occasionne que par les risques de dépendance qu'il induit. Ainsi, pour comprendre le succès de cet antalgique, il faut déplacer son regard du colloque singulier, pour s'intéresser à la manière dont il a été présenté aux praticiens.

La banalisation d'un antalgique d'exception : le rôle des industries pharmaceutiques

Si la responsabilité de l'industrie pharmaceutique a été documentée par la littérature en sciences sociales, il est intéressant d'analyser conjointement le rôle joué par le contexte dans lequel le médicament a été promu et d'autre part, la manière dont il a été placé au cœur des pratiques de prescription des médecins (Gaudillière et Thoms, 2013; Greene, 2008; Greene et Watkins, 2012; Sismondo

et Greene, 2015). Cela permet d'illustrer la façon dont se construit la réputation (d'un médicament) et notamment deux propriétés de celle-ci : sa capacité à être transférée d'une part, et d'autre part, la possibilité de la détacher d'un système d'évaluation objectif (Chauvin, 2013).

Pour cela, il m'a semblé intéressant de retracer la trajectoire de deux antalgiques à base de tramadol qui illustrent chacune de ces deux facettes. Ces deux antidouleurs sont des spécialités d'association, c'est-à-dire qu'elles sont composées de tramadol et de paracétamol, puisque c'est sous cette forme que le tramadol est très largement prescrit et consommé en France, au détriment du tramadol seul (Hedenmalm et al., 2019).

Le premier est l'Ixprim, vendu à l'époque par Sanofi et qui a été présenté par le laboratoire comme le successeur du célèbre Di-Antalvic, propriété de ce même laboratoire. Au début des années 2000, le Di-Antalvic incarnait un bestseller de l'antalgie. Largement utilisé en France, il apparaissait comme un antalgique banal et utile pour toutes les douleurs, bien que disponible uniquement sur ordonnance. Or, au milieu des années 2000, il est soumis à plusieurs phases de réévaluation qui aboutiront à son retrait du marché en 2011. Sanofi semble donc avoir organisé un transfert de réputation du Di-Antalvic vers l'Ixprim afin de s'assurer que les avantages que les prescripteurs prêtaient au premier soient également attribués au second, sans avoir à rappeler ses caractéristiques intrinsèques. Comment cela s'est-il concrétisé ? À la fois par la visite médicale, puisque les praticiens interrogés rappellent bien l'intense campagne promotionnelle qui entourait le tramadol dès le milieu des années 2000. Certains se souviennent ainsi comment l'Ixprim a été présenté comme le médicament qui allait remplacer le Di-Antalvic. Mais la continuité entre les deux produits est aussi directement lisible dans la publicité[1]. Alors que les publicités pour les antalgiques représentent le plus souvent une bête féroce ou indomptable, ou bien un combat ou un corps torturé, les publicités pour le Di-Antalvic et l'Ixprim se font écho au sens où elles mettent en scène toutes deux de grandes photos de paysages avec une nature apaisante, déclinés à toutes les saisons. Cette proximité se retrouve jusque dans le slogan puisque le « C'est tellement plus beau quand on n'a pas mal » est finalement très proche du « Sans douleur, l'émotion s'exprime ».

Le deuxième exemple concerne le Zaldiar, pour lequel cette stratégie de banalisation est particulièrement emblématique. D'une part, car elle concerne le tramadol vendu par Grünenthal, entreprise allemande justement à l'origine de la molécule, et d'autre part, car cette stratégie est également celle qui est déployée par d'autres laboratoires. Si l'on examine en détail la manière dont sont construites les publicités pour la molécule à partir du milieu des années 2000 jusqu'au milieu des années 2010, on peut voir des scènes de douleurs

quotidiennes, presque routinières (des douleurs ostéoarticulaires saisies dans le quotidien de patients qui se baissent pour sortir le linge de la machine, portent leurs courses, sortent de leur voiture, etc.). Le tramadol est présenté comme une molécule adaptée pour des personnes jeunes et actives, que chacun doit avoir dans sa poche, son sac à main ou son attaché-case et dont l'utilisation est banalisée.

Pour reprendre la terminologie de Quentin Ravelli (Ravelli, 2015), ces exemples permettent bien de saisir comment la publicité exploite l'écart entre la valeur d'usage latente du médicament (celle qui correspond à ce pour quoi le médicament a obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché, à savoir un antalgique avec une structure moléculaire particulière et donc des effets indésirables qui lui correspondent et qui possède un potentiel addictif fort) et la valeur d'usage manifeste (celle qui est suggérée à travers les images, c'est-à-dire celle d'un antalgique maniable et utilisable en routine sur des douleurs quotidiennes, tout comme le Di-Antalvic l'était).

Un succès en voie d'essoufflement ?

Si la banalisation du tramadol est la clé de son succès sur l'ordonnance des généralistes, cette stratégie n'est pas sans conséquence. En effet, après quelques années d'utilisation, la très grande majorité des médecins interrogés se montrent déçus du tramadol et la comparaison avec le Di-Antalvic est posée spontanément pour indiquer combien le premier n'a finalement jamais été à la hauteur du second. Les praticiens sont nombreux à témoigner de leur colère ou de leur amertume d'avoir été « poussés à la prescription » pour un truc « qui n'a pas tenu ses promesses ». Ils expriment le sentiment d'avoir été bernés, et ce sentiment ne peut être détaché du contexte général de l'exercice des omnipraticiens où les scandales sanitaires concernant les médicaments se sont multipliés ces dernières années (pilules de troisième et quatrième génération, lévothyroxine, etc. mais surtout Médiator) et qu'une attention accrue est apportée à la question de l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique (Scheffer, 2017).

En outre, quand on s'intéresse cette fois aux praticiens qui continuent de prescrire du tramadol, on s'aperçoit que cela s'explique moins par les caractéristiques intrinsèques de la molécule que des qualités extrinsèques ou des raisons qui ne tiennent pas à la substance elle-même. D'une part, il peut s'agir des multiples formes sous lesquelles le tramadol est disponible (vaste gamme de dosages, en libération immédiate ou prolongée, seul ou en association), ce qui n'est pas le cas pour les deux autres antalgiques de puissance équivalente que sont la poudre d'opium et la codéine, qui sont toujours associées au paracétamol[2]. Pour certains praticiens, pouvoir combiner le tramadol au paracétamol « eux-mêmes » ou bien choisir la formulation la plus adaptée au patient est un vrai avantage qui donne au

médecin une maitrise plus importante de la prescription. D'autre part, le contexte d'exercice joue aussi un rôle non négligeable, puisque certains praticiens prescripteurs de tramadol le justifient par « des habitudes de service ». C'est le cas des praticiens qui travaillent en parallèle aux urgences. Or, ces services semblent particulièrement propices à la prescription de tramadol : quoi de mieux en effet qu'un antalgique puissant que l'on peut donner à des patients qui sont seulement de passage et donc auxquels les praticiens ne seront plus confrontés s'ils présentent des effets indésirables ?

À l'arrivée, la banalisation du tramadol pose un véritable problème en termes de dépendance. Si les antalgiques de palier opioïdes forts font l'objet d'une grande méfiance, les opioïdes faibles échappent largement à ces craintes si bien que la dépendance qu'ils occasionnent fait plutôt figure d'impensé pour le praticien comme pour les patients. En effet, les médecins peinent à identifier les cas de dépendance car les patients qui en souffrent ne correspondent pas à l'image qu'ils s'en font (tantôt des personnes âgées, tantôt des gens bien insérés qui ont eu un accident ou une opération chirurgicale par exemple). Par ailleurs, la découverte de cas de dépendance est souvent fortuite (par un appel du pharmacien ou un médecin remplaçant soupçonneux) et leur prise en charge consiste le plus souvent à essayer de ramener la consommation au minimum, sans qu'à aucun moment le recours à une structure d'addictologie ne soit envisagé, alors même que les praticiens en connaissent l'existence. Plus encore, ces difficultés sont redoublées dans le cas du tramadol : du fait du caractère mixte de la molécule, celui-ci a des effets psychoactifs positifs marqués (il est donc particulièrement attractif), tandis que son sevrage est d'autant plus délicat à réaliser.

Conclusion

Le succès du tramadol en médecine générale est à plus d'un titre paradoxal : ses effets indésirables, tant par leur fréquence que leur imprévisibilité, en font un antalgique peu maniable en routine clinique, et les risques de dépendance auxquels il expose le rendent peu utilisable pour la douleur chronique. Alors comment expliquer qu'il se soit imposé comme le premier antalgique opioïde fiable prescrit ? Pour le comprendre, il faut s'intéresser à la manière dont il a été présenté aux prescripteurs par les laboratoires pharmaceutiques. L'analyse des stratégies promotionnelles de l'Ixprim et du Zaldiar permettent alors d'étudier la manière dont le tramadol a été banalisé, au point d'être présenté comme un antalgique routinier, utilisable pour des douleurs qui n'ont rien d'exceptionnelles comme pouvait l'être le Di-Antalvic. Ces exemples montrent donc la puissance d'une industrie qui peut placer un produit en invisibilisant certaines de ses propriétés intrinsèques. Mais qu'en est-il à plus long terme ? Force est de constater que le tramadol déçoit d'autant plus qu'il apparait comme une molécule

« placée » et que les praticiens interrogés qui continuent de l'utiliser le font principalement pour des raisons qui ne tiennent pas aux caractéristiques de la molécule elle-même. En outre, le succès du tramadol pose aussi la question de la prise en charge de la dépendance qu'il induit puisqu'elle est découverte tardivement, souvent fortuitement, par des praticiens peu formés à la prise en charge de patients dépendants aux antalgiques opioïdes faibles.

Notes

1. Toutes les publicités évoquées ne sont pas reproduites dans cet article.
2. Avec parfois de la caféine pour la première.

Bibliographie

ANSM. 2019. « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problematiques ».
Auvray, L., et C. Sermet. 2002. « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux ». *Gérontologie et société* 103 (4): 13.
Bungener, M, L Demagny, Ka Holtedahl, et A Letourmy. 2009. « La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? » *Pratiques et Organisation des Soins* 40 (3): 191-96.
Chauvin, PM. 2013. « La sociologie des réputations ». *Communications* 93 (1): 131-45.
Clerc, P. 2009. « Etude Polychrome ». INSERM.
Gaudillière, Jean-Paul, et Ulrike Thoms. 2013. "Pharmaceutical firms and the construction of drug markets : From branding to scientific marketing." Vol. 29. *History and Technology : An International Journal*.
Greene, J. 2008. *Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Greene, J., et E. Watkins, éd. 2012. *Prescribed : Writing, Filling, Using and Abusing the Prescription in Modern America*. John Hopkins University Press. Baltimore.
Hedenmalm, K., J. Slattery, I. Skibicka-Stepien, X. Kurz, et D. Morales. 2019. « Prescribing Patterns of Tramadol in Adults in IMS® Primary Care Databases in France and Germany between 1 January 2006 and 30 June 2016 ». *European Journal of Clinical Pharmacology* 75 (5): 707-16.
Ravelli, Q. 2015. *La Stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique*. Paris: Le Seuil.
Scheffer, P. 2017. *Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ?* Paris: Université Paris 8.
Sismondo, S., et J. Greene. 2015. *The Pharmaceutical studies reader*. New York: Wiley Blackwell.
World Health Organization. 1986. « Cancer pain relief ». World Health Organization.

L'ORGANISATION SOCIALE DE LA FÉLICITÉ MÉDICAMENTEUSE : LE CAS DES JEUNES ET DES PSYCHOTROPES

Emmanuel Langlois, MCF HDR en sociologie,
Centre Emile Durkheim (UMR 5116), Université de Bordeaux

Introduction

Les usages de drogues dans les populations jeunes inquiètent pour leurs risques sur les plans légal, sanitaire et scolaire. La consommation d'un cannabis de plus en plus fort en THC, les pratiques de « biture express » (*binge drinking*) ou encore le détournement du protoxyde d'azote (gaz « hilarant ») accaparent l'attention des pouvoirs publics et des professionnels de la réduction des risques (RdRD). Cependant, tel un puissant effet réverbère, ces comportements plongent dans une profonde pénombre d'autres pratiques, en particulier celles liées à la consommation (*a fortiori*) détournée de médicaments psychotropes (MP[1]) qui est beaucoup plus consensuelle. Cette dernière reste assez peu documentée et passe souvent sous les radars, ne déclenchant pas de panique morale, ni d'actions préventives et encore moins de virulentes campagnes répressives destinées à éradiquer ce « fléau ». La pratique fait l'objet d'une relative bienveillance de la part de l'environnement social des jeunes. Nombre d'usagers n'attirent pas l'attention des acteurs habituels du champ des drogues et des addictions ; ce sont en effet souvent des individus n'étant pas en situation de rupture sociale ou déscolarisés. Pour autant, il existe un fort intérêt à caractériser les pratiques qui gravitent autour du détournement, identifier les risques éventuels et décrire dans quels enjeux sociaux ces pratiques s'inscrivent.

Éléments de cadrage

Notre interrogation sur le détournement de médicaments psychotropes chez les jeunes part d'un constat, établi de longue date, que la polyconsommation est en fait l'ordinaire pour une grande partie des usagers de drogues (OFDT, 2022). Ces derniers consomment différents produits en fonction de leurs préférences et des aubaines, de manière perlée ou associée. Les médicaments prescrits ou trafiqués dans la rue y tiennent une place importante, mais cette question est spécifiquement peu centrée sur les jeunes ou alors vers certaines catégories comme les « teufeurs » (Pourtau, 2009) ou encore les jeunes en « errance » (Langlois, 2016) qui ont fait l'objet de travaux souvent en réponse aux inquiétudes politiques. Ces travaux nous rappellent incidemment que la frontière entre médicaments et

drogues est historiquement discutable (Ehrenberg, 1998). Drogues et médicaments sont des objets-frontières : ils partagent des espaces sociaux communs et, surtout, ils s'échangent des significations (des effets, des projets psychotropiques…). Les débats contemporains autour du cannabis thérapeutique (Revol, 2019), les pratiques de « mésusage thérapeutique » dans les traitements de substitution (Langlois, 2011) ou encore des tentatives actuelles pour faire revenir le LSD et les psychédéliques dans le giron de la pharmacopée usuelle (Dubus, 2020) attestent de ce brouillage. Aussi, afin de décrire comment les jeunes et les jeunes adultes naviguent dans ce *no man's land*, et de comprendre les significations liées à ces pratiques discrètes, l'enquête sociologique et qualitative est nécessaire et a dû se déployer dans un schéma compréhensif. L'enjeu premier consiste à dépasser les définitions négatives habituellement attribuées à ce type d'usage : il serait « hors » cadre médical, « non » compliant, « détournerait » les voies d'administration légitimes (sniff, injection…) et « négligerait » la finalité thérapeutique (et donc noble) de ces produits… Toute cette sémantique de la négativité tend à invisibiliser les intentionnalités qui les portent et la manière dont les jeunes usagers de MP s'en servent réellement. Le détournement de médicaments psychotropes répond aussi à des impératifs pragmatiques et utilitaires qui tiennent très peu compte des frontières évoquées.

La connaissance de ces usages répond aussi à un enjeu national au regard du niveau très élevé de consommation de certaines classes de médicaments (anxiolytiques notamment), dont la consommation est devenue extrêmement banale, mais aussi à des enjeux de santé publique (impact sur le développement du cerveau des adolescents, risques liés aux abus, comas…), de désocialisation (effets sur la scolarité, les relations familiales…) et fait craindre un effet « passerelle » en menant ces jeunes vers des addictions plus classiques de stupéfiants illégaux et la mise en relation avec les acteurs du trafic de drogue. Les données montrent qu'il s'agit d'un phénomène bien installé dans une partie non négligeable de la jeunesse : dans son étude sur les lycées à la fin des années 90, Ballion montrait déjà que 10,4 % des lycéens consommaient plus ou moins régulièrement des tranquillisants et des somnifères, les filles légèrement plus que les garçons, et que les phases d'initiation débutent parfois très jeunes (Ballion, 1999). Aujourd'hui, à 17 ans, 4 % des jeunes ont pris au cours du dernier mois des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs (OFDT, 2022)[2]. Il ne s'agit pas d'un raz de marée, mais néanmoins d'une pratique bien installée. Notre revue de littérature[3] montre qu'il existe des pratiques de prise de MP chez les jeunes et adolescents à « bas bruit » dans le secret des familles ou des groupes d'amis dont nous ignorions presque tout pour le cas français.

Notre étude introduit une approche qualitative autour de trois dimensions : 1/ les représentations des médicaments et des risques afférents, 2/ les motivations et les

usages et 3/ l'accès aux produits et le rôle des environnements sociaux dans l'initiation. Dans une perspective exploratoire, nous avons réalisé 29 entretiens de jeunes de moins de 25 ans qui ont fait au moins une fois un usage détourné de médicament au cours de leur vie. La population étudiée répondait aussi à un échantillonnage en termes d'âge, de situation conjugale, de diplôme, d'autonomie dans le logement. L'usage concernait plusieurs classes de médicaments, et son statut pouvait être en cours ou passé. Notre propos s'appuie aussi sur une exploitation secondaire de l'enquête PURDROG focalisée sur les pratiques d'usages et de revente de drogues dans six groupes de jeunes[3].

Une image floue mais rassurante

Toutes les frontières (légales, sémantiques et symboliques) entre drogues et médicaments sont floues et poreuses. Les jeunes de nos études font des aller-retour permanents entre ces deux mondes. À la fois parce que le statut des produits s'efface en situation d'usage (cela revient toujours à gober ou sniffer quelque chose) et aussi parce que le terme de « psychotrope » permet d'opérer un glissement symbolique entre ces deux mondes. Les MP deviennent dans ce cadre des « *drogues légales* » sur lesquelles les jeunes dissertent longuement. À l'image de ce qu'on observe dans l'usage de drogues « classiques », les jeunes usagers de MP ont d'ailleurs composé une grammaire des effets extrêmement détaillée et nuancée. De même, les MP cultivent une parenté avec les drogues car ils sont aussi transformables en objet de trafic, ils se vendent et ont une valeur dans la rue sur le marché des drogues et on peut en tirer un profit. Cette parenté est plus proche encore si on aborde le chapitre des risques : dépendance, *craving* ou overdose sont en embuscade. Il s'agit sans doute d'une spécificité chez les jeunes usagers qui sont extrêmement attentifs aux effets sur le corps et l'apparence. Ils craignent un « *look psychiatrisé* » et ne veulent pas ressembler à des individus « *cachetonnés* » qui sont des images repoussoirs. La dépendance visible et incorporée signe une déchéance personnelle et sociale qui est identifiée comme étant celle du vieux toxicomane qui a échoué dans le contrôle du produit et qui a perdu le pouvoir sur son corps et son destin. Être « *accro aux médocs* » est très négativement connoté dans les publics jeunes qui sont tournés vers un avenir ouvert et qui formulent des projets pour eux. Les risques sociaux (être un « déchet - *junky* », perdre ses amis, se fâcher avec ses parents ou rater ses études) sont redoutés.

Au chapitre des différences, le médicament est plutôt perçu comme un produit « sûr », car il est proposé par un laboratoire pharmaceutique qui suit des règles strictes dans la fabrication et le contrôle de la qualité. Si les drogues sont toujours l'objet de savoirs profanes et d'instrumentalisation dans des pratiques qui tendent à s'individualiser, c'est aussi le cas pour les médicaments qui, du point de vue du

jeune usager, possèdent des avantages indéniables : les effets sont connus et semblent plus stables, il n'y aurait pas de « *mauvaise surprise* » concernant leur composition (vs. les produits achetés dans la rue) ou concernant des effets imprévus (vs. certains produits « *capricieux* » comme l'ecstasy, pour lequel une dose habituellement supportée peut subitement tourner au vinaigre et conduire l'usager à « rester perché » ou à vouloir se défenestrer). Cette impression de sécurité / sûreté du médicament est un point important dans l'usage régulier et récréatif des MP. Par ailleurs, elle participe à la banalisation de la démarche : quoi de plus familier que de prendre un médicament dans un cadre jugé sans risque ? L'initiation aux médicaments se faisant souvent dans le cadre familial, la perception du risque est faible non seulement au moment de l'initiation, mais aussi tout au long de l'usage au quotidien car le groupe de pairs prend le relais dans la réduction du sentiment de risque. Le sentiment de dangerosité est en partie dilué par la sécurisation relationnelle. La pratique - proche de l'automédication - est aussi peu stigmatisante. Bien au contraire, elle s'inscrit dans les pratiques qui visent à solidifier son appartenance au groupe d'amis en participant aux fêtes ou en constituant un réseau d'interdépendances et d'échanges. Les jeunes ont plutôt le sentiment de participer à la dimension festive du groupe tout en prenant garde de ne pas « vriller ». Dans nos groupes d'étude, cette volonté de conserver de bonnes relations avec les amis qui ne consomment pas ou qui gardent le contrôle de leur usage, et bien sûr avec les parents, décrit une posture assez conformiste. Les usagers mettent souvent en avant le caractère légal des MP qui - selon eux - tient à distance des pratiques déviantes et illégales du « vrai » monde des drogues. Aussi, la gestion des risques s'appuie en partie sur une forme de déni sur d'éventuels problèmes légaux ou encore sur la prévisibilité des effets recherchés. Les usagers jeunes ont très vite accès à une grosse quantité d'informations dans les groupes de pairs ou sur les réseaux sociaux qui peuvent avoir un effet « RdR », lorsqu'ils décident de limiter leur consommation en termes de dosage ou de situations où ils s'autorisent à consommer. Parfois, les jeunes usagers rapportent des dommages, mais l'imputation aux MP est compliquée car ils sont souvent pris en association avec d'autres produits, l'alcool en particulier. Chutes, vomissements, trous de mémoire, troubles de l'humeur… n'entachent donc que partiellement le crédit des MP tout en entretenant leur statut flou.

Usages sociaux et motivations

L'analyse des motivations et des usages sociaux des drogues conduit à identifier sept « familles » constituées autour d'une intentionnalité spécifique qui structure le rapport au produit et les objectifs poursuivis par les usagers (Langlois, 2022). Lorsqu'on observe les jeunes et les MP, on note une proximité partielle avec le fonctionnement du monde des drogues, puisque seulement trois grands usages se détachent chez les jeunes.

Le premier est strictement festif et hédonique : les usagers recherchent une sorte d'euphorie, assez moyenne dans son intensité contrairement au « flash » recherché par les héroïnomanes injecteurs. On veut être « stone », « dans l'ambiance », « détendu ». La finalité entactogène est assez classique dans l'usage de drogues en général, mais plus encore chez les jeunes car la place des pratiques festives est plus importante dans leur vécu et expérience. On notera que le recours aux MP est perçu comme une alternative intéressante pour les jeunes femmes qui se méfient d'une consommation importante d'alcool en soirée à cause des risques de perte de contrôle et d'abus sexuels qui planent sur elles.

La seconde motivation relève d'une recherche thérapeutique par automédication : certains jeunes ont pris l'habitude de se tourner vers les MP non prescrits pour réguler des sentiments de mal-être, voire pour générer un effet « *coupe circuit* » qui consiste à « *débrancher le cerveau* » pour souffler un peu face aux attentes sociales ou aux difficultés dans la vie personnelle. Par ailleurs, toute une série de symptômes se rapportant à l'anxiété (angoisse et stress dans les relations familiales ou à l'école) sont traités au fil de l'eau et hors prescription grâce aux MP. Dans ces circonstances, la pharmacie familiale leur est grande ouverte : des prescriptions anciennes et des stocks parentaux constituent une solution d'urgence face aux crises de mal-être.

Enfin, le recours aux médicaments psychotropes s'inscrit aussi dans une logique de performance. Les jeunes devant face faire à la compétition scolaire, se préparer aux concours ou augmenter leur capacité de travail et de concentration ont ciblé certains MP et recherchent des propriétés stimulantes. D'autres jeunes, plus rares, renouent avec un grand classique du recours aux drogues et cherchent à augmenter leur puissance créative et leur sens artistique.

Initiation et rôle des relations de proximité

L'usage détourné et/ou hors prescription de MP chez des jeunes dénote sérieusement avec d'autres travaux pointant comment les pratiques et les usages de drogues illégales sont criminalisés. Pour les MP, tout se passe comme si les enjeux soulevés par leurs pratiques prenaient place dans une arène singulièrement différente de celle du monde des drogues. Ni les acteurs, ni les observateurs de ces pratiques ne les enchâssent réellement dans le registre de la déviance. Les MP sont très rarement achetés (dans l'usage courant et plus encore lors de l'initiation) ce sont des amis proches qui font généralement des dons sur leur propre stock, ce sont les parents qui facilitent et quasiment encouragent la prise de médicament pour faire face à une période compliquée, ce sont les médecins qui font des prescriptions assez peu regardantes en réponse à une demande sociale qui se vit

comme légitime. Les pairs et -de manière surprenante- le monde adulte organisent une bienveillance médicamenteuse autour des jeunes usagers. Celle-ci est augmentée par le fonctionnement des groupes de jeunes qui travaillent en permanence à leur cohérence et à leur renforcement. Les échanges de produits et d'expériences (et dans une moindre mesure de risques) participent à la cohésion du groupe de ces individus. Le rôle des institutions introduit peu de doute dans le fonctionnement des groupes de pairs. D'une part, le mandat de la médecine moderne s'oriente de plus en plus vers l'accompagnement et la quête du bien-être, et de moins en moins dans un pouvoir de censure et dans l'exercice d'un contrôle social traditionnel. Quant à la famille, l'exercice de la parentalité contemporaine requière souvent des aides pour mener à bien le travail de socialisation comme le concept de pharmaceuticalisation (Collin et David, 2016) l'a très bien montré. Dans ce contexte, les sociétés contemporaines « offrent » les médicaments psychotropes aux jeunes pour qu'ils se débrouillent (relativement seuls) face aux épreuves de la vie juvénile (Milhet et Langlois, 2017). La quête de l'autonomie familiale et économique, le rapport au corps et la construction de la sexualité, l'impitoyable compétition scolaire en France où les destins sociaux sont très dépendants des destins scolaires, la construction de l'identité personnelle dans des groupes de pairs parfois tyranniques (Riesman, 1964), le caractère vital des échanges sociaux chez les jeunes comme l'ont encore montré les épisodes de confinement COVID, ou encore l'impératif d'individuation dans des contextes incertains et des environnements pluri-normatifs (Martuccelli, 2010)… la tâche est rude ! La fonctionnalisation des MP est ainsi souvent appuyée sur de bonnes raisons positives mais les jeunes sont probablement inégaux dans leur capacité à maitriser le rapport à ces produits et à garder le contrôle. Dans notre population d'étude, on discerne des jeunes qui ont des recours ponctuels aux MP et d'autres chez qui l'usage prend une place de plus en plus importante dans le quotidien. Par ailleurs quand on compare les motivations en phase d'initiation et celles lorsque la consommation est devenue habituelle, on observe des motivations plus « tristes » et plus orientées vers des pratiques de « défonce », de gestion du mal-être, d'évasion des rôles sociaux, de gestion pure de la douleur. De même, avec le temps, les usages perdent leur dimension festive et empathique quand les jeunes consomment en solo. Chez certains, l'usage de MP devient clairement l'antichambre d'un usage de drogues plus classique et plus marqué par des comorbidités psychiatriques.

Conclusion

Que font les jeunes des médicaments psychotropes qu'ils détournent de leur fin thérapeutique ? Il est impossible de répondre à cette question par la seule référence aux logiques propres au monde des drogues (recherche de plaisir, de défonce, d'état de conscience modifié…), et sans prendre en compte le fait qu'ils

baignent dans une culture de la « chimie sociale » (Langlois, 2022) qui permet et enjoint de régler nos problèmes personnels grâce aux médicaments. Si le cercle des pairs assure les apprentissages nécessaires et une dilution de la perception des risques, les environnements adultes (famille et médecine) sont d'une grande tolérance sur le plan des principes et d'un grand secours pour l'approvisionnement. D'une certaine manière, la grande accessibilité des MP soulage des institutions sociales en crise tout en accroissant la responsabilité et la charge qui pèsent sur les épaules des jeunes. Ce qui rend encore plus nécessaires les enquêtes visant à montrer comment ils se débrouillent dans le monde de la « chimie sociale ».

Notes

1. Les différents MP sont les anxiolytiques qui diminuent l'angoisse et l'anxiété, les hypnotiques pour le sommeil, les antidépresseurs pour les syndromes dépressifs, les antalgiques qui soulagent la douleur, les neuroleptiques principalement prescrits pour les troubles psychotiques, les régulateurs de l'humeur pour les troubles bipolaires, et les psychostimulants qui stimulent le fonctionnement du cerveau.
2. En matière d'expérimentation, les données montrent que beaucoup testent les MP : 9.6% des garçons de 17 ans ont expérimenté les tranquillisants, 7.8% les somnifères, 3.3% des antidépresseurs ; 16.4% des filles de 17 ans ont expérimenté les tranquillisants, 11.9% les somnifères et 7.2% les antidépresseurs (OFDT, 2022).
3. Milhet M., 2015, Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes. Revue de littérature, Saint-Denis, OFDT ; Langlois, E., Milhet, M., 2016, Usages détournés de médicaments psychotropes par les jeunes, OFDT, 79 p. Juin 2016 ; Milhet, M. & Langlois, E. 2017. Faire face aux épreuves de la vie juvénile : l'usage détourné de médicaments psychotropes chez les jeunes. *Déviance et Société*, 41, 511-540.
4. Langlois, E., (2016), PURDROG, Rapport pour la MILDECA, 2016, 210 p. Cette étude décrit et analyse les pratiques d'usage et de revende de drogues chez 20 jeunes des quartiers populaires, 20 apprentis et jeunes travailleurs, 20 jeunes étudiants et lycéens, 20 jeunes du milieu festif, 20

Bibliographie

Ballion, R., 1999, *Les conduites déviantes des lycéens*, CADIS, OFDT, 244p.
Collin, J., David, P-M., (dir.), 2016, *Vers une pharmaceuticalisation de la société. Le médicament comme objet social*, Presses de l'Université de Québec.
Dubus, Z., 2020, « Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine », *Histoire, médecine et santé*, 15, 87-105.
Ehrenberg, A., 1998, *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Paris, Éditions Esprit.
Langlois, E., 2011, *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leurs expériences ?* Saint-Denis, OFDT, 151 p.
Langlois, E., 2016, *Pratiques d'usage et revente de drogues dans six groupes de jeunes*, PURDROG, Rapport pour la MILDECA, 2016, 210 p.

Langlois, E., 2022, *Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation,* Paris, Armand Colin.
Langlois, E., Milhet, M., 2016, *Usages détournés de médicaments psychotropes par les jeunes*, Saint-Denis, OFDT, 79 p.
Martuccelli, D., 2010, *La société singulariste,* Paris, Dunod.
Milhet, M., 2015, *Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes. Revue de littérature,* Saint-Denis, OFDT.
Milhet, M. & Langlois, E. 2017. Faire face aux épreuves de la vie juvénile : l'usage détourné de médicaments psychotropes chez les jeunes. *Déviance et Société*, 41, 511-540.
OFDT, 2022, *Drogues et addictions, Chiffres clés 2022. !!*
Pourtau, L., 2009, *Techno. Une subculture en marge*, Paris, CNRS Éditions.
Revol, A., 2019, « Prescription de cannabis à usage thérapeutique pour les personnes âgées atteintes de démence : l'engouement des proches aidants », *Psychotropes*, 2/3, Vol 25, 129-149.
Riesman, D., 1964, *La foule solitaire*, Paris, Arthaud.

IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRESCRIPTION DE BUPRÉNORPHINE EN SOINS PRIMAIRES

Pr Julie Dupouy
MSPU de Pins Justaret, Département Universitaire de Médecine Générale - Faculté de Santé - Université Toulouse III Paul Sabatier - CERPOP UMR 1295 Inserm UPS - Equipe EQUITY

Environ 26,8 millions de personnes dans le monde présentaient en 2016 un trouble de l'usage des opioïdes (TUO), pathologie chronique définie par le DSM-5[1] comme « un mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » ; l'Amérique du Nord étant en première place en termes de prévalence[2]. L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) recensait 1 million d'usagers problématiques d'opioïdes dans l'Union Européenne (UE) en 2019[3].

Malgré les améliorations apportées au cours des deux dernières décennies dans le soin des TUO en Europe, ceux-ci ont toujours des conséquences médico-sociales importantes[4], dont un risque de décès 5 à 10 fois plus élevé par rapport aux personnes de même sexe et de même âge[5].

La buprénorphine et la méthadone sont deux médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) indiqués pour le traitement des TUO ; ils font partie de la liste des « Médicaments essentiels » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[6,7], signifiant que l'accès à ces médicaments est un droit humain[7]. Ces médicaments ont prouvé leur efficacité pour le traitement des TUO[8,9] et sont associés à une diminution de la mortalité toutes causes chez les personnes sous traitement[10-12].

En Europe, 654 000 usagers d'opioïdes étaient sous MSO en 2017, ce qui équivaut à environ la moitié des consommateurs avec des disparités parfois importantes en terme de couverture d'un pays à un autre[4]. La méthadone représente les deux tiers des prescriptions de MSO, le tiers restant étant en grande majorité représenté par la buprénorphine[4].

La France a pour particularité une place prépondérante de la buprénorphine qui représente 62 % des ventes de MSO en 2019 contre 38 % pour la méthadone[13]. En 2017, environ 180 000 personnes avaient bénéficié d'un MSO, soit un taux de couverture de 85 %, ce qui est bien plus que la moyenne européenne[4,13]. Cette spécificité française s'explique par une plus grande accessibilité de la buprénorphine comparée à la méthadone, permise par le cadre réglementaire

actuel, ainsi que par l'implication des médecins généralistes dans le soin des TUO[14,15].

En effet, depuis sa mise sur le marché en 1996, la prescription de buprénorphine peut être réalisée par tout médecin, et ce sans formation spécifique préalable ni conditions particulières[16]. La prescription initiale de méthadone, mise sur le marché en 1995, ne peut a contrario être réalisée que par un médecin exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en service hospitalier[17].

La France est le premier pays à avoir rendu la prescription de buprénorphine pour les patients ayant un TUO aussi accessible, avec pour conséquence des résultats très positifs en termes de diminution de la consommation d'héroïne, de décès par surdose et d'amélioration des conditions sociales, faisant alors de ce « modèle français » un exemple sur le plan mondial[14]. Une particularité fondamentale de ce modèle est que la majorité des prescriptions de buprénorphine proviennent de médecins généralistes (MG) exerçant en soins primaires[14]. En effet, 80 % des prescriptions de buprénorphine proviennent de médecins libéraux, dont 98 % sont des MG[13].

Malgré cette particularité française, une diminution des prescriptions de buprénorphine a été décrite ces dernières années[18]. Selon le Groupe Santé Addictions, la prise en charge en ville des TUO serait en danger et seulement 5 % des MG seraient impliqués dans le suivi des patients ayant cette pathologie[19]. De plus, une étude récente menée sur les données du système national de santé de 2009 à 2015 a mis en évidence une diminution de la proportion de MG initiant un traitement par buprénorphine, qui est passée de 10,3 % en 2009 à 5,7 % en 2015[20].

L'objectif principal du projet IMPLI-MG-TUO était de comprendre les changements d'implication des MG dans la prise en charge en soins primaires des patients ayant un TUO. Pour cela, nous avons mené une étude mixte de type séquentiel explicatif QUAN -> qual, comprenant une enquête épidémiologique transversale descriptive, complétée par une étude qualitative afin de comprendre les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine. L'enquête avait pour objectif de décrire les freins à la prescription de buprénorphine en médecine générale, avec un objectif secondaire de décrire les pratiques de prescription de buprénorphine des médecins généralistes[21]. L'étude qualitative avait pour objectif d'approfondir ces premiers résultats en explorant les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine afin de chercher à en expliquer les mécanismes.

Matériel et méthodes

Cette recherche a été financée par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) et l'Alliance Aviesan, dans le cadre de l'appel à projets de recherche pour lutter contre les addictions aux substances psychoactives et constitue le premier volet d'un projet d'étude mixte intitulé « Comprendre les changements d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge en soins premiers des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes », enregistré sous le numéro de référence IRESP-19-ADDICTIONS-07.

L'avis favorable de la Commission d'Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a été obtenu. Le traitement des données concernant les MG a été conforme à la méthodologie de référence MR004 (enregistrement auprès du délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale).

Enquête auprès du réseau Sentinelles

Nous avons mené une enquête épidémiologique transversale descriptive, par un volet déclaratif et un second volet de recueil de données des dossiers médicaux, auprès des MG du réseau, Sentinelles (réseau de veille sanitaire, MG non sélectionnés sur leurs compétences en addictologie)[22]. Le recrutement a été effectué par le réseau Sentinelles qui a sollicité les MG actifs du réseau par mail. Les données ont été recueillies de mars à juillet 2021, à partir de trois questionnaires regroupés dans une seule enquête adressée aux MG Sentinelle. Au total, les questionnaires ont été envoyés à 689 médecins, par format en ligne ou papier. L'analyse statistique descriptive puis analytique comprenait un modèle de régression logistique multivariée, évaluant quelles variables étaient associées au fait d'être un médecin qui initiait de la buprénorphine.

Étude qualitative

Le recrutement des participants à partir de la population source (MG français installés sur le territoire français) a été réalisé selon la technique de l'échantillonnage boule-de-neige[23]. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons adapté le recrutement afin d'établir un échantillon de MG le plus diversifié possible, en appliquant un échantillonnage par choix raisonné[24].

Le guide d'entretien a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, travaillé à partir des données issues de l'enquête, et ajusté au fil des entretiens. À l'issue des entretiens individuels semi-dirigés, nous avons réalisé un groupe de discussion - ou « focus group ». Les données ont donc été recueillies de juin 2021

à mars 2022. Les données collectées ont été analysées selon une méthodologie de théorisation ancrée.

Résultats

Données du questionnaire

Le nombre de médecins répondeurs était de 237, soit un taux de réponse de 34 %. L'âge médian était de 46 ans avec 145 (61,2 %) médecins de genre masculin. Le type d'exercice était majoritairement urbain : 191 (80,6 %) répondants. Concernant l'installation en cabinet libéral, 101 (42,6 %) médecins l'étaient depuis au moins 15 ans, et 44 (18,6 %) depuis moins de 5 ans. Parmi les médecins interrogés, 36 (15,2 %) avaient une formation spécifique en addictologie et 30 (12,7 %) appartenaient à un réseau d'addictologie.

L'opinion concernant la buprénorphine était globalement positive avec 151 (63,7 %) réponses « plutôt positives » et 38 (16,0 %) réponses « très positives ». En tant que traitement de l'addiction à un opioïde illicite, 74 (31,2 %) médecins ont déclaré que la buprénorphine était « complètement » efficace et 145 (61,2 %) « plutôt » efficace, tandis qu'en tant que traitement de l'addiction à un médicament antalgique opioïde, ils étaient 28 (11,8 %) à répondre « complètement » efficace, 91 (38,4 %) « plutôt » efficace et 68 (28,7 %) « je ne sais pas ». La buprénorphine participait « complètement » à l'amélioration de la qualité de vie des patients prenant ce médicament pour 96 (40,5 %) des répondants et y participait « plutôt » pour 127 (53,6 %).

Au cours des deux dernières années, 206 (86,9 %) médecins ont suivi un ou des patient(e)s ayant un TUO, parmi lesquels 177 (85,9 %) ont effectué un renouvellement de buprénorphine et 47 (22,8 %) une initiation.

Dans le modèle de régression logistique, le fait d'avoir une formation en addictologie était associé à celui d'être initiateur d'un traitement par buprénorphine (OR 4,66 ; IC (2,15-10,08) ; *p* value < 0,0001). Le genre féminin était associé au fait de ne pas initier de la buprénorphine (OR 0,46 ; IC (0,22-0,98) ; $p = 0,0455$).

Données de l'étude qualitative

14 entretiens individuels ont été réalisés entre juin 2021 et février 2022. 5 médecins ont participé à l'entretien de groupe. L'échantillon total comprenait 9 femmes et 10 hommes. Les caractéristiques sociodémographiques des

participants étaient globalement variées. Le statut de maître de stage et la localisation en Occitanie étaient toutefois deux paramètres sur-représentés.

Inspiré du concept symbolisé en « Marguerite des compétences du MG » par le CNGE, nos résultats ont mis en évidence l'existence de compétences spécifiques au MG dans la prise en charge des patients sous buprénorphine. Ces compétences ont des similitudes avec celles qui sont nécessaires dans la prise en charge des autres pathologies chroniques en soins primaires, mais sont limitées par un certain nombre de freins propres au TUO : le sentiment de mise en danger, l'impression d'un besoin minoritaire, la peur de mal faire et le sentiment d'illégitimité, la crainte d'un bouleversement de sa pratique, le sentiment d'impuissance, s'associaient de manière plus ou moins prégnante selon les caractéristiques individuelles, de mode d'exercice et de formation du médecin, pouvant le pousser à se désinvestir de la prise en charge de ces patients. Le poids des représentations semblait revêtir un rôle particulièrement important et influencer l'ensemble de la prise en charge. À l'inverse, la formation, la sensibilisation et le renforcement de la collaboration semblaient favoriser un exercice serein et épanouissant, dont le médecin avait pu définir des limites qui lui étaient propres et qu'il acceptait, afin de garantir une prise en charge adaptée au patient et à sa situation.

Nos résultats ont également mis en exergue l'existence de stratégies permettant aux MG de réguler leur activité de prescription de MSO. Ce contrôle revêt un double niveau de sélection de patients et donne lieu à l'adaptation de leur exercice à leurs propres limites.

Discussion

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, il n'existe pas de travail de recherche récent s'intéressant à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine. Le schéma mixte de notre étude a permis d'étudier le sujet à travers deux approches complémentaires.

Il existait un biais de sélection inhérent au mode d'enquête : malgré l'absence de sélection sur leurs compétences en addictologie, les médecins répondants appartenaient tous au réseau Sentinelles et pourraient donc avoir des habitudes de prescription différentes des autres MG français. D'autre part, le sujet de l'étude traitant explicitement d'un sujet d'addictologie, il y a probablement eu une sélection des répondants sur l'intérêt qu'ils portent à cette question. Le taux de réponse a limité les possibilités d'analyses multivariées. Le manque de

significativité de nos résultats pourrait être lié à un manque de puissance de notre étude.

Discussion des résultats

Les résultats de l'enquête sont encourageants car les MG de notre échantillon ont un point de vue plutôt positif de la buprénorphine, qu'il s'agisse de leur opinion globale ou de leur avis concernant l'efficacité pour le traitement du trouble de l'usage des opioïdes illicites, ainsi que l'impact sur la qualité de vie des patient(e)s. Cependant, dans un contexte d'augmentation de la morbi-mortalité liée à la consommation de médicaments opioïdes, nombreux sont ceux qui ne considéraient pas qu'il s'agisse d'un médicament efficace pour traiter ce type de TUO.

L'étude qualitative a permis d'identifier de nombreux freins à la prescription de buprénorphine par les médecins généralistes, concordants avec les données de la littérature. Ces difficultés dont la nature et l'importance sont très variables selon les MG interrogés sont révélatrices d'une grande diversité dans leurs profils de prescripteurs.

Nos résultats montrent que la formation en addictologie est associée au fait d'être initiateur de traitement par buprénorphine. Le genre féminin que nous avons retrouvé associé au fait de ne pas être prescripteur de buprénorphine, qu'il s'agisse de renouvellements ou d'initiations, est à interpréter en fonction d'un possible effet générationnel. L'effet de posture et d'assurance du médecin était relevé dans l'étude qualitative comme étant plus déterminant que le genre.

L'épanouissement professionnel des MG impliqués semblait en partie résider dans l'acceptation de leur propre vulnérabilité et l'appropriation d'une démarche éducative centrée-patient. Renforcer la formation initiale doit constituer un enjeu prioritaire dans le champ de l'addiction, notamment pour favoriser l'adoption de cette approche et lutter contre la stigmatisation, avant que les représentations des patients et leur maladie ne s'ancrent dans le vécu professionnel. La création de dispositifs innovants pour favoriser la coopération interprofessionnelle et pour renforcer les compétences, qu'ils soient d'ordre éducationnel ou dans les organisations des soins, apparait essentielle pour permettre aux MG d'acquérir la confiance nécessaire pour s'engager dans la prescription de MSO.

Notes

1. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2016.

2. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrara A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Psychiatry. déc 2018;5(12):987-1012.
3. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2021.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
5. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.Rapport européen sur les drogues 2020 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union.; 2020.
6. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medecines [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_JUN2015.pdf?ua=1
7. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Buprenorphine (final decision) [Internet]. 2006 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6.2Buprenorphine.pdf
8. Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2021];(2). Disponible sur: /CD002207/ADDICTN_buprenorphine-maintenance-versus-placebo-or-methadone-maintenance-for-opioid-dependence
9. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2009;(3):CD002209.
10. Degenhardt L, Randall D, Hall W, Law M, Butler T, Burns L. Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: Risk factors and lives saved. Drug Alcohol Depend. 1 nov 2009;105(1):9-15.
11. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Addict Abingdon Engl. janv 2011;106(1):32-51.
12. Santo T Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2 juin 2021 [cité 19 oct 2021]; Disponible sur: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976
13. Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » : Mise à jour 2020 [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2020 [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf
14. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. Curr Psychiatry Rep. oct 2007;9(5):358-64.
15. Thirion X, Lapierre V, Micallef J, Ronflé E, Masut A, Pradel V, et al. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. Drug Alcohol Depend. 1 janv 2002;65(2):197-204.
16. Feroni I, Peretti-Watel P, Masut A, Coudert C, Paraponaris A, Obadia Y. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: Is the existing training (good) enough? Addict Behav. 1 janv 2005;30(1):187-91.

17. Haute Autorité de Santé. Bon usage des antalgiques opioïdes. Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes [Internet]. HAS. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-antalgiques-opioides-prevention-et-prise-en-charge-du-mesusage-et-des-surdoses-d-opioides-note-de-cadrage
18. Dupouy J. Actualités dans la prise en charge du trouble de l'usage des opiacés en médecine générale. Courr Addict. sept 2018;20(3).
19. Groupe Santé Addictions. Transformer la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes [Internet]. SOS ADDICTIONS. 2018 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/communique-groupe-sante-addictions-transformer-prise-charge-patients-dependants-aux-opioides
20. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of « the French Model »? Eur Addict Res. 2020;26(6):346-54.
21. Lépine B, Debin M, Dassieu L, Gimenez L, Palmaro A, Ponté C, et al. Prescribing buprenorphine for opioid use disorder in primary care: A survey of French general practitioners in the Sentinelles network. J Subst Abuse Treat. 1 déc 2022;143:108891.
22. Réseau Sentinelles. Bilan d'activité 2020 [Internet]. Sentiweb. 2021 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=bilan
23. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart J et al. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 113-172, 1997.
24. Royer I, Zarlowski P. Chapitre 8: Échantillon(s), Raymond-Alain Thiétart éd., Méthodes de recherche en management. Dunod, 2014, pp. 219-260.

MÉDICAMENTS DE L'ADDICTION ET FIRMES PHARMACEUTIQUES, ENJEUX ET CONTRAINTES

Thierry Kin, cadre de l'industrie pharmaceutique

TÉMOIGNAGE

Propos liminaire

« Les médicaments peuvent être des drogues. Certains sont en effet recherchés par les consommateurs pour leurs propriétés psychoactives, avec parfois un potentiel addictif, tandis que d'autres constituent des produits de substitution à des stupéfiants. Sans oublier les substances de dopage visant à améliorer les performances. Comment convient-il de gérer ces drogues légales, au sein des entreprises pharmaceutiques qui les commercialisent, mais aussi du côté des autorités sanitaires censées en contrôler la circulation ? Quels sont donc les mécanismes de régulation et d'autorégulation de ce marché si particulier ? ».
Les politiques du médicament – usages et mésusage.

C'était l'énoncé du webinaire organisé conjointement par l'IRePS et le CNAM, qui s'est tenu le 27 septembre 2022 et pour lequel les organisateurs m'ont sollicité. C'est à titre personnel que je suis intervenu au cours de ce webinaire, compte-tenu de mon expérience professionnelle des trente dernières années, dans différentes firmes pharmaceutiques[1] directement impliquées dans le développement et ou la commercialisation de médicaments de l'addiction.

Ce n'est donc pas en tant que représentant de telle ou telle firme, et encore moins comme porte-parole de l'industrie pharmaceutique que je m'exprimais (*et que je m'exprime ici*) mais compte-tenu du vécu de différentes expériences, relatées dans cet article à la première personne.

Quelques constats et faits

Les firmes présentes sur les marchés des médicaments de l'addiction sont plutôt de petite taille (voire moyenne).

Effectivement, si l'on y regarde de plus près, pas de Big Pharma sur ces marchés vus comme délicats. Les seules exceptions sont les médicaments pour la dépendance tabagique, parmi lesquels on trouve Champix (*Pfizer*) et Zyban (*GSK, autre géant de la pharma*). Mais, le moins que l'on puisse dire, c'est que pour ces

deux grosses entreprises, ces médicaments ne sont pas cruciaux pour leur développement et image ; leur visibilité auprès des acteurs de l'addictologie est réduite au strict minimum.

Pour le reste, Schering-Plough (*puis Reckitt et Indivior*), pour Subutex et Suboxone ; Bouchara-Recordati, pour Méthadone ; Ethypharm, pour Orobupré, Baclocur et Prenoxad ; Lundbeck, pour Selincro ; Lipha puis Merck Serono, pour Aotal, sont des firmes qui ne se positionnent pas parmi les géants du secteur du médicament.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce constat.

Des outils d'analyse des marchés souvent inopérants

Les firmes pharmaceutiques, surtout les très grosses, ont la culture des *datas* (*données Gers, IMS…*), qui permettent de mesurer très précisément la taille des marchés qu'elles convoitent. Les marchés des médicaments de l'addiction sont par nature imprévisibles (*ce qui est peu engageant pour beaucoup de firmes*), voire sous les radars. Je donne ici comme exemple une discussion avec différentes filiales d'une firme dans laquelle j'ai travaillé à propos de l'éventualité du développement et de la commercialisation d'un médicament pour traiter l'addiction à l'alcool. Le dirigeant de la filiale allemande n'était pas intéressé par le projet. Selon lui, le marché n'existait pas (*pas plus que les gains potentiels*). La raison qu'il invoquait : les datas dont il disposait ne faisaient apparaitre aucune vente de médicaments pour l'alcoolo-dépendance. En effet, à cette époque, aucun médicament pour l'alcoolo-dépendance n'était remboursé en Allemagne et le marché de l'alcoolo-dépendance était donc égal à zéro. Pas de marché, pas de patient (*n'y a-t-il vraiment pas de patients en difficulté avec l'alcool en Allemagne ?*). Il a donné son véto au projet. Voilà comment un projet de développement européen peut s'arrêter pour une pathologie, l'addiction à l'alcool, où les médicaments manquent cruellement.

Ici aussi, des représentations !

Les dirigeants des firmes, les conseils administration et autres instances de direction ne sont pas épargnés par les mêmes représentations (*souvent négatives*) sur l'addiction (*et leurs médicaments*) que le grand public ou le corps médical, en tout cas dans des proportions très proches. Source d'ennuis plus que de bénéfices (*trafic, mésusage, utilisation hors-AMM : autorisation de mise sur le marché*) pour certains, image d'efficacité incertaine pour d'autres, alimentée par la

« capacité » de rechute des patients avec une addiction, quel que soit le produit, quand ce n'est pas une méconnaissance totale du concept d'addiction en tant que maladie. La conséquence de ces représentations est un manque d'engagement de beaucoup de directions de firmes qui préfèrent ne pas s'aventurer dans des domaines qu'elles ne maitrisent pas, moins en tous cas que pour l'hypertension ou le diabète … En addictologie en effet, les consensus en matière de traitement sont plutôt mous, souvent fluctuants et les controverses nombreuses. Je donnerai, comme exemple de représentations négatives (*mais compréhensibles*), celui de dirigeants à propos d'un projet de rachat et de commercialisation d'une spécialité à base de diacetylmorphine, mieux connue sous le nom d'héroïne. C'est un projet que j'avais porté en interne, afin de la commercialiser en France puis dans d'autres pays. Nous avions pris soin avec mon compère du jour, responsable des acquisitions du groupe en question, de ne jamais prononcer le mot « héroïne » et de toujours parler de diacteylmorphine aux dirigeants qui allaient décider du sort du projet. Nous avions pris soin également de nous appuyer sur l'*Evidence Base Medecine*, qui place sans aucun doute l'héroïne médicalisée comme une option valable dans une offre de soins variée en direction des usagers, comme l'attestent de nombreuses publications, en Suisse notamment[2]. Lorsque les dirigeants du groupe, une respectable famille d'industriels du médicament et leurs directeurs, ont compris que nous projetions d'associer le nom de l'entreprise (*et de la famille*) à la mise sur le marché d'une « drogue dure », même si celle-ci allait se présenter sous la forme d'un médicament avec AMM, la réponse fut bien sûr négative, avec un brin d'ironie, comme si nous marchions sur la tête.

En France, à ce-jour, l'héroïne médicalisée n'est toujours pas disponible, alors qu'elle s'intégrerait parfaitement dans une approche de Réduction des Risques, en complément des substituts actuellement autorisés, méthadone et buprénorphine.

Une communication singulière autour des médicaments de l'addiction

La communication sur les médicaments de l'addiction est très souvent « hors contrôle » et fait intervenir de nombreux acteurs, pas toujours d'accord entre eux : associations de patients (*voire d'usagers de drogues*), pouvoirs publics, sociétés savantes, médias grand public en quête de sensationnel (*plus facile à trouver qu'avec des médicaments hypotenseurs ou anti-inflammatoires*). D'emblée, les firmes qui s'aventurent sur le marché des médicaments de l'addiction savent (*ou sauront*) qu'elles ne contrôleront pas la communication autour de leurs

médicaments. Celle-ci pourra servir à populariser leur médicament ou, à l'inverse, le marginaliser. Parfois, ce sera l'un et l'autre en alternance. La saga du baclofène, tantôt présenté comme médicament miracle pour lutter contre l'addiction à l'alcool, puis traitement dangereux pour les patients, par les mêmes journalistes à quelques semaines d'intervalle, est un bon exemple de communication dont les firmes n'avaient absolument pas le contrôle[3]. Dans la saga du baclofène, la justice a été sollicitée par des associations de patients, à la suite d'une décision de l'ANSM (*Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*) visant à restreindre la prescription du médicament, quelques mois après en avoir permis la prescription. Ce feuilleton a fait les choux gras de la presse médicale et grand public. Là-aussi, un long feuilleton judiciaire à l'issue incertaine, dont les sociétés concernées n'étaient que spectatrices.

L'usage de la substance précède souvent, sinon systématiquement, le développement pharmaceutique du médicament.

Une des particularités dans le domaine des addictions est que les substances ou molécules sont souvent largement utilisées, avant même le développement pharmaceutique visant à obtenir l'AMM. Plusieurs exemples peuvent aisément illustrer ce propos :

- La méthadone était utilisée par les *junkies* new-yorkais dès les années 50 aux USA, avant son utilisation par les équipes médicales (*Dole et Nyswander en 1963*). En effet, la méthadone était présente sur le marché américain, sous forme de Dolophine, destinée à la prise en charge de la douleur. Les usagers de drogue qui s'en procuraient via la prescription médicale ont vite constaté qu'une prise quotidienne leur permettait de tenir 24 heures sans signes de manque. C'est ce constat qui a donné l'idée à l'équipe de Dole et Nyswander d'une substitution opiacée qui permettrait d'abolir la prise aliénante d'héroïne toutes les 4 à 6 heures.
- Le baclofène, utilisé en France depuis 2008, notamment pour l'addiction à l'alcool, dans ce qu'on appelle une utilisation hors-AMM via la prescription d'un médicament disponible sur le marché dans des indications qui n'ont rien à voir avec l'addiction, a vu son développement pharmaceutique débuter en 2013.
- Subutex, dont la mise sur le marché officielle en février 1996 a été précédée pendant plusieurs années par la prescription hors-AMM de Temgésic *(médicament antalgique contenant la même molécule, la buprénorphine, à des dosages 10 à 40 fois inférieurs à la spécialité Subutex*)[4].

Dans certains cas, l'expérience hors-AMM, en vie réelle et peu encadrée par les Autorités de Santé, produit des résultats et des modalités d'utilisation différentes

qu'à l'issue d'un développement pharmaceutique qui doit surtout s'embarrasser de contraintes réglementaires. La pratique des premiers utilisateurs (*médecins et patients*) produit souvent des résultats discordants. Le baclofène est un bon exemple d'une grande distorsion entre l'avis et la pratique des utilisateurs et l'avis des évaluateurs et instances en charge d'accompagner la mise sur le marché d'un médicament, y compris la firme pharmaceutique. Cela n'arrive jamais pour des médicaments qui suivent la voie habituelle : identification d'une molécule candidate par une firme, études de phases 1 et 2, chez l'animal et le sujet sain, puis études phase 3 dans des services référents de la spécialité médicale. Puis, une fois l'AMM obtenue, les leaders d'opinion de la spécialité organiseront, avec le soutien des entreprises, une communication à destination des futurs prescripteurs dans la continuité de l'expérience acquise dans leurs services. Pour en revenir à la saga baclofène, l'histoire s'est déroulée tout à fait autrement, à rebours de la voie habituelle. Entre 2008 et 2020, des patients, puis leurs médecins généralistes, ont commencé l'utilisation du baclofène à la suite de la publication du livre d'Olivier Ameisen qui narrait son expérimentation réussie du médicament pour arrêter sa consommation problématique d'alcool. Sans l'impulsion d'aucune firme, ni le soutien des services spécialisés qui voyaient pour beaucoup dans cette utilisation sauvage un court-circuitage des règles en vigueur et de leur expertise. Quant aux pouvoirs publics, et notamment l'ANSM, ils ont tour à tour découragé cette utilisation, puis l'ont encadrée (*par une procédure temporaire d'utilisation – la RTU*), puis ont refusé l'AMM, puis l'ont accordée sous la pression des cliniciens, puis restreint l'utilisation du médicament (*plafonnement de la posologie*), puis enfin levé les restrictions suite à une décision de la justice, saisie par des associations de patients[3]…

Un système de vigilance accrue pour les médicaments de l'addiction

Classiquement, les médicaments font l'objet, dès leur mise sur le marché, d'un suivi de pharmacovigilance visant à mesurer en utilisation réelle la fréquence des effets indésirables connus, ou encore identifier des effets indésirables non encore observés pour ces mêmes médicaments. C'est une tâche menée par les firmes mais surtout par les CRPV (*Centres Régionaux de PharmacoVigilance*). Les données de pharmacovigilance ont pour but de modifier les notices des médicaments, émettre des signaux vers les prescripteurs et, dans certains cas, restreindre l'utilisation du médicament.

Pour les médicaments de l'addiction, voire pour des médicaments antalgiques détournés de leur usage pour devenir parfois des « drogues », ce système classique de vigilance est systématiquement complété par un suivi d'addictovigilance, mené par les CEIP (*Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance*). Vient s'y greffer également, notamment pour les opioïdes

(*morphine, méthadone…*), un suivi de toxicovigilance, mené par les CAPTV (*Centre AntiPoison et de Toxico-Vigilance*). Enfin, pour avoir le cocktail idéal en matière de surveillance, on ajoute des dispositifs comme OSIAP (*pour les ordonnances falsifiées*), des enquêtes comme DRAMES (*pour les décès par abus de substance*), Oppidum (*pour évaluer les mésusages, surtout des médicaments de substitution opiacée comme la méthadone*) et d'autres encore…

C'est bien sûr une excellente chose que d'être vigilant et de tenter d'identifier des signaux. Mais, ces systèmes de vigilance relèvent souvent d'une comptabilité d'évènements détachés de tout contexte clinique. Et dans le domaine des addictions, le contexte clinique, voire le contexte d'utilisation des produits, compte pour beaucoup.

J'ai pu vivre pendant des années la comptabilité morbide du nombre de décès annuels liées à l'ingestion de méthadone. Dans cette comptabilité, jamais de référence à la situation clinique du patient pour l'interpréter au mieux : était-il expérimentateur occasionnel ou patient traité régulièrement par une prise de méthadone ? Quasiment aucune allusion à un éventuel contexte de comportement suicidaire d'un patient qui a pris volontairement trop de méthadone pour la dernière fois… Ces enquêtes sont souvent menées par des vigilants, certes méritants, mais hors-sols, qui tirent des conclusions à partir de données toxicologiques (*résultats biologiques post-mortem*). Tout le monde sait pourtant que la méthadone (*comme la buprénorphine*) réduit considérablement la mortalité des usagers de drogue. Ils meurent au moins 4 fois moins quand ils y ont accès que lorsque ce n'est pas le cas. Bien sûr, on sait aussi qu'à partir de 60 mg en une prise, le médicament est mortel, à condition toutefois de ne pas être toxicomane régulier et tolérant aux effets des opiacés… Pour les usagers de drogue dépendants aux opiacés et consommateurs quotidiens, le risque est quasiment nul.

Les conclusions hâtives sur la dangerosité de la méthadone ont certainement eu un impact sur le projet d'accès à la méthadone en ville, voulu pourtant par les pouvoirs publics, attendu depuis le rapport Kouchner[5] et les plans gouvernementaux qui ont suivi, souhaité par la majorité des spécialistes de l'addiction. Ce projet d'accès élargi à un médicament indéniablement utile, dans les cartons depuis plus de vingt ans, semble désormais définitivement enterré sous les coups de boutoir de données de mortalité annuellement répétées, faute d'avoir appréhendé ces données, à l'aune de ce qu'est l'addiction aux opioïdes et de ses conséquences morbides et mortelles.

Je retiendrai l'observation d'un médecin de santé publique œuvrant il y a quelques années au ministère de la Santé, au cours d'une de ces réunions où l'on passait en revue les méfaits des médicaments de substitution *(injection de buprénorphine,*

overdose avec la méthadone). Elle avait rappelé, avec calme et détermination, que les « toxicos », bien avant de prendre l'un ou l'autre des médicaments, s'injectaient des substances et mouraient d'overdoses. Les « vigilants » n'ont pas toujours de formation solide en addiction. La plupart de temps, ils n'ont accès qu'à des notifications assez peu précises depuis leur bureau. Il leur est alors difficile, voire impossible, de faire la part des choses entre ce qui relève du produit (*sa toxicité, son potentiel addictif*), de la maladie addictive (*pathologie de l'excès, recherche de sensations, d'effets psychotropes…*) ou encore de comorbidités psychiatriques. Si la comptabilité est exacte, les enseignements à en tirer peuvent être erronés.

Les médicaments de l'addiction, flops ou succès commerciaux ?

Plutôt des flops. Hormis le lancement de Subutex en 1996 et des gélules de méthadone en 2006, qui ont connu un succès indéniable, très peu de réussite pour les laboratoires qui ont commercialisé des médicaments de l'addiction[6].

- Selincro (Lundbeck), médicament destiné aux patients en difficulté avec l'alcool, promu comme un blockbuster en puissance, avec une débauche de moyens à laquelle les acteurs du champ spécialisé n'étaient pas habitués. Aujourd'hui, le médicament n'est plus promu et tend progressivement à disparaitre des rayons des pharmaciens. Beaucoup de médecins ont qualifié ce médicament comme un « *me too* » de la naltrexone (*plus ancien*), avec des effets indésirables plus fréquents.
- Suboxone (Indivior), et les génériques de Subutex. Pour Suboxone, la diffusion reste anecdotique[7]. Quant aux génériques de Subutex, ils n'ont jamais conquis les parts de marché qui sont attendues lorsqu'un médicament tombe dans le domaine public.
- Baclofène : la demande s'est effondrée quelques mois avant la mise sur le marché de la spécialité Baclocur (Ethypharm) fin 2020. Des débats incessants et stériles sur la limitation de la posologie entre professionnels de santé, mais aussi entre l'ANSM et les associations de patients par le biais d'un feuilleton judicaire à rebondissement… Tout ceci a fini par décourager les patients eux-mêmes qui pourtant, quelques mois plus tôt, attendaient encore sa mise à disposition[3].

Conclusions

Les exemples de contre-performances commerciales confirment ce que j'ai appris au cours de mon expérience dans l'industrie pharmaceutique, en particulier pour les médicaments des addictions : « *Ce sont les patients (ou usagers) qui choisissent leur traitement. Ce sont eux et eux seuls qui font le succès commercial d'un médicament de l'addiction. Ce sont leurs attentes et leurs besoins qui vont générer la demande de prescription* ».

C'est une spécificité des médicaments de l'addiction. Aucun patient hypertendu ne va chez un médecin pour demander la prescription de tel ou tel hypotenseur, antidiabétique ou autre traitement chronique. Pour ce type de médicament, c'est la promotion auprès des prescripteurs, et principalement elle, qui fera grimper les chiffres de vente.

A contrario, les exemples de succès commercial pour Subutex et les gélules de méthadone sont limpides : ces deux médicaments correspondaient concrètement à des attentes ou des besoins clairement exprimés par les patients. Dans ces exemples, il y avait également une attente des pouvoirs publics et des médecins engagés. C'est l'alignement des planètes idéal pour un succès commercial. La promotion en faveur de la prescription de ces médicaments fut très accessoire pour le gain de parts de marché[6].

Par ailleurs, les espoirs des firmes et leur niveau d'investissement ne peuvent suffire au succès si l'attente des patients n'est pas manifeste. La mise sur le marché de Suboxone et de Selincro le confirme. Beaucoup d'argent investi par les firmes pour un trop maigre résultat.

Les attentes des pouvoirs publics, quant à elles, paraissent aussi, parfois, accessoires. Pour exemple, le soutien manifeste des différentes structures publiques en faveur de la diffusion des kits naloxone (*kits anti-overdose*) : ANSM, ministère de la Santé, MILDECA, Direction Générale de la Santé … Résultat : la diffusion des kits permettant de réduire la mortalité des usagers reste bien en-deçà d'objectifs que l'on pourrait qualifier e raisonnables. La raison : très peu relayé par les Sociétés Savantes (*ou de façon extrêmement confuse*[8]), pas d'attente du milieu spécialisé, qui globalement ne s'est pas approprié l'outil. Mais, surtout, pas de véritable attente ou demande des usagers qui, dans leur majorité, ignorent encore jusqu'à l'existence de ces kits anti-overdose.

Voilà de quoi décourager de nombreux dirigeants de firmes pharmaceutiques à s'engager dans le domaine de l'addiction. Les méthodes de marketing traditionnelles et *mainstream* ne s'appliquent pas ici. Notamment celles qui

consistent à mettre la pression sur les prescripteurs. Les médicaments mis sur le marché vont être parfois mésusés, utilisés hors-AMM, voire détournés de leur utilisation à des fins récréatives. Votre médicament pourra être qualifié lui-même d'addictogène si un dispositif de surveillance interprète trop simplement une notification. La communication débordant souvent vers la presse grand public sera hors contrôle…

Le succès commercial ne peut être au rendez-vous que si les planètes sont alignées (*attente des médecins et des pouvoirs publics, mais surtout demande des patients*). Aller dans le domaine des addictions passe donc obligatoirement par un changement de logiciel, que très peu de cadres et de dirigeants de l'industrie sont prêts à expérimenter.

Dans certains cas, c'est la vision personnelle d'un dirigeant d'une firme qui sera à l'origine d'un développement pharmaceutique dans le domaine des addictions : sa perception de l'addiction comme une maladie comme une autre, un proche concerné, voire une vision humaniste…

Bibliographie et notes

1. Schering-Plough pour la mise sur le marché de Subutex de 1995 à 1999 ; Bouchara-Recordati pour la commercialisation de la méthadone et son développement (forme gélule et indication douleur) de 2000 à 2014 ; Ethypharm pour la commercialisation de Skenan et Actiskenan, la mise sur le marché d'Orobupré, de Prenoxad et le développement et la mise sur le marché de Baclocur (spécialité à base de baclofène) de 2015 à 2022.
2. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html
3. Lowenstein et al., « Les derniers rebondissements dans la saga Baclofène ! (été-automne 2020) Quelles perspectives pour les patients ? », *Revue Le Flyer* n°78, 2020. https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/Le_Flyer_Les_derniers_rebondissements_dans_la_saga_Baclofene_ete-automne_2020.pdf
4. Tous les médicaments pour la substitution opiacée, qu'ils aient une AMM ou non en tant que tels, sont des substances opioïdes (*morphine, codéine, buprénorphine, méthadone*). Dans tous les cas, l'utilisation en tant qu'antalgique est antérieure à l'utilisation en tant que substitution opiacée.
5. *L'accès à la méthadone en France. Bilan et Recommandations.* 2001 https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000177.pdf
6. Lopez, Peybernard, Donzel. *Addiction et marketing : les liaisons dangereuses*. Février 2020 https://www.baclofene.org/addiction-et-marketing-les-liaisons-dangereuses/
7. La rédaction du Flyer, *Médicaments et addictions, les tops et les flop des années à venir*. Juillet 2014.
http://rvh-synergie.org/images/stories/pdf/e-dito-3-medicaments-et-addictions-top-flop.pdf
8. Jehanne, Benslimane, Schuurman, Favatier, Gautré. Chroniques de la mise à disposition des kits naloxone (Nalscue, Prenoxad et bientôt Nyxoid), échec ou succès en demi-teinte ? Flyer juin 2021. https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/Chroniques-de-la-mise-a-disposition-des-kits-naloxone.pdf

LA PROBLÉMATIQUE DES DROGUES DANS LES ÉLECTIONS FRANÇAISES DE 2022 : UN RENDEZ-VOUS RATÉ ?

Sonny Perseil
HDR en science politique et sc. de gestion – Cnam / Lirsa (EA 4603)

À l'approche du scrutin présidentiel du printemps 2022, le champ politique français semblait enclin à faire émerger parmi les enjeux de premier plan la thématique des drogues. Si, par une sorte de flash-back qui a pu paraître quelque peu régressif, le ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, avait réutilisé en septembre 2020 le slogan « La drogue, c'est de la merde » (datant de 1986, dans une vidéo institutionnelle signée Jean-Marie Perrier), le débat paraissait en effet plutôt ouvert, en particulier depuis le rapport d'étape sur le cannabis réglementaire de l'Assemblée nationale, rendu public en mai 2021et réunissant, autour de Robin Réda, Caroline Janvier et Jean-Baptiste Moreau, des parlementaires d'obédiences partisanes variées et de nombreux spécialistes de la question.

L'agenda « drogues » de la pré-campagne paraissait en fait assez riche, avec notamment les controverses réglementaires autour du CBD (le Conseil d'État suspendant en janvier 2022 l'interdiction de la commercialisation des feuilles et des fleurs provenant de variétés de cannabis sans propriétés stupéfiantes). De plus, de nombreux faits divers alimentaient l'actualité autour de ces questions : l'affaire Sarah Halimi (en avril 2021, le meurtrier avait été déclaré irresponsable pénalement du fait de sa consommation de stupéfiants) ; la mort d'un policier, à Avignon, en mai 2021, sur un point de deal ; les victimes, malheureusement régulières, des règlements de compte entre bandes rivales (liés au contrôle de trafics de stupéfiants), tout spécialement, mais pas uniquement, à Marseille ; le « feuilleton » du crack entre Paris et la Seine-Saint-Denis ; les ravages, chez les jeunes, du protoxyde d'azote (gaz hilarant), etc. À cette actualité française déjà bien fournie, s'ajoutaient de nouvelles perspectives internationales, tout particulièrement la victoire de la coalition SPD-Verts-Libéraux en Allemagne, engagée à légaliser le cannabis Outre-Rhin, en suivant l'exemple du Canada, d'États de plus en plus nombreux aux USA et même de Malte au sein de l'Union européenne.

Les candidats à la mandature suprême étaient dès lors attendus sur cette thématique sociétale, qui avait fait tant parler dans les mois précédant la compétition électorale. Cependant, après le tunnel informationnel que la pandémie de Covid-19 avait constitué en bloquant tout autre sujet dans les médias,

la guerre en Ukraine, environ deux mois avant le premier tour du scrutin présidentiel, accapara à son tour toute l'attention des politiques et des journalistes. Le thème des drogues, comme d'ailleurs bien d'autres, ne fut ainsi que très marginalement abordé pendant la campagne, qui, en-dehors du lancement de la candidature d'Éric Zemmour, des questions internationales, du pouvoir d'achat et des « restes » de l'actualité sanitaire, fut finalement relativement pauvre en termes de variété des thématiques traitées.

La revue *Swaps. Santé, réduction des risques et usages de drogues*, ne put ainsi recueillir que les avis de quatre candidats classés à gauche (Nathalie Arthaud, Yannick Jadot, Anne Hidalgo, Jean-Luc Mélenchon), ce qui est révélateur du faible intérêt manifesté. Dans ce numéro spécial[1], Gilles Pialoux questionne cet apparent désintéressement en constatant l'invisibilité de la thématique de la réduction des risques au cours de la campagne présidentielle. Celle qui a suivi de peu, pour les élections législatives, n'a d'ailleurs pas été plus bavarde sur le sujet.

Cependant, les candidats et leurs partis se sont quand même exprimés sur le sujet, ce qui nous permet, ici, de dresser une forme de cartographie synthétique des positions prises. Nous ne retiendrons dans cet essai qu'un aspect sur lequel ont pu répondre tous les candidats – la légalisation du cannabis – car sur les autres points, comme les salles de consommation à moindre risque, tous les camps, qui ne disposent pas du même niveau de connaissances sur ce thème, ne se sont pas exprimés. Pour ce faire, les staffs des douze candidats ont été contactés peu de temps avant le 1er tour de l'élection présidentielle. Six états-majors nous ont répondu : ceux de Nathalie Arthaud, Nicolas Dupont-Aignan, Yannick Jadot, Jean Lassalle, Jean-Luc Mélenchon et Philippe Poutou. Nous avons donc eu recours à des données secondaires, à savoir pour l'essentiel des déclarations – relativement peu nombreuses - dans la presse (parfois anciennes) et bien sûr les programmes des candidats lorsque ceux-ci abordent la question. Nous présenterons ainsi, pour chaque candidat, une sélection de verbatims.

Droite nationale et droite extrême

Dans ce premier groupe figurent Marine Le Pen, Éric Zemmour, Nicolas Dupont-Aignan et Valérie Pécresse. La présence de cette dernière dans cette famille politique peut être motivée par une droitisation des Républicains, représentée en particulier par la place d'Éric Ciotti au sein du mouvement. Il ne s'agit ici de toute façon pas de caractériser la candidate ou son parti, mais juste la position par rapport à légalisation du cannabis, qui se trouve être la même que celle de la droite extrême.

Marine Le Pen

Ceux qui pensent qu'en légalisant le cannabis, les dealers vont devenir producteurs de melons à Cavaillon sont au mieux des naïfs, au pire inquiétants. Il faut mener la guerre contre la drogue (France Bleu Vaucluse, octobre 2021).

« Drogues: Pour Marine Le Pen, la lutte de Gérald Darmanin revient à dépénaliser », *Huffpost*, septembre 2020.

Nicolas Dupont-Aignan

Si vous légalisez le cannabis, les trafiquants se mettront sur des drogues plus dures et vous allez favoriser la consommation de produits dangereux (Europe 1, mai 2021).

Valérie Pécresse

On n'arrivera pas à faire respecter une interdiction aux mineurs si on légalise. […] *Si on légalise le cannabis, il y aura une contrebande de cannabis ! Et s'ils font ça : ils prendront un produit plus dosé que celui qui sera légal* (20h22, Twitch, février 2022).

Le cannabis est dangereux pour la santé et si on légalise, on fait sauter l'interdit sur la drogue (Europe 1, avril 2021).

Éric Zemmour

La répression ne marche pas. Je me demande s'il ne faudrait pas envisager la légalisation organisée du cannabis. J'essaie de faire un raisonnement froid (Cnews, mai 2021).

J'y réfléchis mais je n'ai pas encore trouvé la bonne solution (C8, décembre 2021).

Finalement, après mûre réflexion, je suis contre. (Konbini, mars 2022).

Effectivement, très peu de temps avant le 1er tour du scrutin présidentiel, Éric Zemmour arrivera à la conclusion qu'aucune véritable répression n'a été entreprise et que le cannabis est nocif. Rejoignant ainsi les points de vue des autres candidats de ce premier groupe, globalement hostile à toute légalisation ou dépénalisation. Il conviendrait peut-être de s'intéresser à quelques nuances parmi ces politiques. Nicolas Dupont-Aignan, par exemple, dit vouloir donner priorité à

l'éducation contre les addictions pour une meilleure prévention. On notera aussi que Robin Réda, soutien proche de Valérie Pécresse (réélu député en juin 2022 sous la bannière de la majorité présidentielle Ensemble), s'était montré favorable à la légalisation du cannabis dans la mission d'information parlementaire.

Centre droit

Pour **Emmanuel Macron**, point de véritable verbatim. Tiraillé par quelques députés de son camp favorables à la légalisation, comme Jean-Baptiste Moreau (battu aux dernières législatives), qui fut également membre de la mission d'information parlementaire, ou par les Jeunes avec Macron, qui avaient fait figurer la légalisation parmi leurs propositions pour l'élection présidentielle, le chef de l'État s'est bien gardé de se prononcer directement sur le sujet. Cela n'est pas sans évoquer l'attitude pour le moins timorée de Lionel Jospin, Premier ministre candidat il y a vingt ans, qui, alors que le sujet était beaucoup plus abordé qu'en 2022, ne se fendit pendant la campagne électorale que d'un communiqué de presse à l'AFP, pas forcément très clair politiquement, expliquant qu'il vaut mieux fumer un joint chez soi que boire de l'alcool et prendre le volant.

Ce que nous retiendrons ici pour le président réélu est donc tout simplement la politique mise en place depuis 2017. Pour faire court : l'amende forfaitaire délictuelle ; l'autorisation de l'expérimentation du cannabis médical ; les cafouillages autour du CBD. Tout cela paraît cadrer avec l'idée qu'on peut se faire du « en même temps » cher au locataire de l'Élysée.

Cependant, une position beaucoup plus claire a émergé sous la pression du ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, qui a accru la répression des points de trafic et s'est montré farouchement opposé à toute légalisation ou dépénalisation de ce qu'il considère être de la merde ; apparemment « le président Macron ne contredit jamais son ministre de l'Intérieur sur cette question » (*Paris Match*, 16/12/2021).

Jean Lassalle, connu pour la liberté de ses prises de positions, a quant à lui cosigné la proposition de loi nº 4746 relative à la légalisation du cannabis sous le contrôle de l'État (novembre 2021) et sa représentante expliquait : « *Aujourd'hui, l'interdiction du cannabis empêche de mener une politique de prévention et des campagnes d'information ciblées, notamment en direction des plus jeunes* » (réponse de Malgorzata Mathis Mazurczak du 08/03/2022).

Centre gauche

Les écologistes français se sont depuis longtemps mobilisés sur la thématique des drogues et figurent sans doute parmi les plus experts de ces questions chez les

politiques, leurs compétences allant bien au-delà du débat sur la légalisation du cannabis, à laquelle ils restent favorables sous la condition qu'elle s'effectue sous contrôle de l'État. Le programme du candidat **Yannick Jadot** indique ainsi : « *C'est d'une approche de santé publique plutôt que policière dont nous avons besoin pour gérer efficacement et dignement le sujet des drogues. Nous intégrerons le cannabis dans le champ d'application de la loi Evin. En parallèle de la légalisation du cannabis, nous conduirons une politique de santé publique fondée sur la réduction des risques et dommages.* »

Les spécialistes de la problématique chez Europe Écologie Les Verts, tels que Béchir Saket et Anne Souyris, qui nous ont répondu, parlent ainsi de la possibilité de créer un secrétariat d'État aux addictions, en dénonçant le modèle du « cannabusiness » et en insistant sur la priorité à donner à la réduction des risques.

Anne Hidalgo

La politique actuelle en matière de cannabis est un échec : les Français n'ont jamais autant consommé depuis trente ans, les jeunes n'ont jamais été aussi dépendants […]. *J'organiserai une conférence de consensus, car nous devons construire un consensus sur ce sujet crucial* (programme de la candidate).

Pour moi, le sujet n'est pas tant de savoir s'il faut légaliser ou pas la consommation du cannabis, c'est de savoir s'il n'y a pas un plan contre la drogue qui doit être porté par ce pays avec force (Public Sénat, 08/10/2018).

La candidate du Parti socialiste est sans doute la plus indécise dans ses intentions et ne s'exprime pas volontiers sur le sujet. Elle semble s'en remettre uniquement à une conférence de consensus sur le sujet, quand bien même cette question est justement bien connue… pour ne pas faire consensus.

Gauche radicale et extrême gauche

En regroupant dans cette catégorie de candidats (qui comme la première peut être contestée quant à son unité idéologique), Jean-Luc Mélenchon, Philippe Poutou, Fabien Roussel et Nathalie Arthaud, on peut constater des nuances relativement importantes, les deux premiers se prononçant nettement pour une légalisation du cannabis, tandis que les deux autres seraient seulement favorables à une dépénalisation de l'usage.

Jean-Luc Mélenchon

Légaliser et encadrer par un monopole d'État la consommation, la production et la vente de cannabis à des fins récréatives dans des conditions permettant de lutter contre l'addiction (programme du candidat).

Nous souhaitons mettre fin à l'hypocrisie et à la répression des consommateurs. Au pouvoir, nous légaliserons et encadrerons, par un monopole d'État, la consommation, la production et la vente de cannabis à des fins récréatives dans des conditions permettant de lutter contre l'addiction. (équipe programme du candidat, avril 2022).

Philippe Poutou

Peu de prises de position récentes (mobilisation pour les parrainages) : réponse de son staff en 2022, avec un article datant de 2011 « Drogues : une seule solution, légalisation ! »

Un peu plus récemment :

Pour la légalisation du #cannabis , la dépénalisation des drogues, pour un accompagnement médical. Stop à la répression #Mouv13Actu — Twitter (@PhilippePoutou) 03/04/2017

Fabien Roussel

Une politique répressive ne saurait être une réponse adaptée. […] Quant aux questions de légalisation ou de dépénalisation de l'usage du cannabis, les enjeux qu'elles soulèvent comme la diversité des opinions en présence, nécessiteront un débat démocratique, rigoureux et éclairé par le travail des professionnel·le·s en première ligne de la lutte contre les addictions, qui devra être conduit en concertation avec les communes (programme du candidat).

Il faudrait commencer par tarir la source. (...) *Le Maroc* (...) *va légaliser la culture du cannabis* (...) *Quand est-ce que l'on va s'attaquer à ces pays qui légalisent l a production de cannabis ?* (Europe 1, 24/08/2021).

Nathalie Arthaud

Je suis pour la dépénalisation du cannabis ce qui mettrait fin à la répression contre les consommateurs et les vendeurs. […] *La légalisation du cannabis serait-elle un progrès ? Il est bien difficile de le dire.* […] *Mais, vu les enjeux financiers dans ce secteur et les intérêts politiques que certains trouvent à agiter ces questions, on ne peut guère s'attendre à des conclusions sûres, un tant soit peu*

indépendantes. https://www.lutte-ouvriere.org/sites/default/files/presentation/Drogue-et-societe.pdf, 2022.

On notera aussi que Jean-Luc Mélenchon figurait nettement en tête des intentions de vote parmi les consommateurs de cannabis, d'après le sondage IFOP de février 2022[4].

Conclusions

En forme de synthèse, et après le dernier avis (contre la légalisation) d'Éric Zemmour peu de temps avant le scrutin, nous pouvons donc proposer le récapitulatif suivant sous forme de tableau.

Pénalisation / Statu quo	**Dépénalisation**	**Légalisation**	**?**
Emmanuel Macron	Fabien Roussel	Jean-Luc Mélenchon	Anne Hidalgo
Marine Le Pen	Nathalie Arthaud	Yannick Jadot	
Valérie Pécresse		Philippe Poutou	
Nicolas Dupont-Aignan		Jean Lassalle	
Éric Zemmour			

L'axe gauche-droite paraît ainsi partiellement reproduit sur la question de la légalisation du cannabis, à l'exception du positionnement de Jean Lassalle. On notera également, cependant, les réserves de Fabien Roussel et de Nathalie Arthaud et les hésitations d'Anne Hidalgo.

D’après le sondage de l’IFOP consacré à la place du cannabis dans l’élection présidentielle déjà cité, près de la moitié des consommateurs de cannabis voteraient d’ailleurs pour des candidats de gauche, soit deux fois plus que la moyenne des Français. De ce que l’on a pu constater des réponses argumentées reçues des staffs des candidats, les experts figurent aussi à gauche, notamment chez les écologistes et la France insoumise. Cependant, cette gauche se révèle être hostile aux logiques libérales de marché, aucun candidat ne faisant la promotion du modèle nord-américain de légalisation du cannabis, ce qui finalement apparaît plutôt logique d’un point de vue idéologique.

Notes

1. *Swaps*, no 101-102, printemps 2022. Voir notamment les articles de C. Lacombes, « Cannabis : impressions de campagne », pp. 16-17, et de F. Olivet, « La réduction des risques est-elle de droite ou de gauche ? ».
2. Voir par exemple Maxime Poul, « Cannabis : légalisation, dépénalisation, prohibition... qu'en pensent les candidats à la présidentielle 2022 ? », *Yahoo ! Actualités*, 03/02/2022. « Répression, légalisation, dépénalisation… Que pensent les candidats à la présidentielle du cannabis ? », *Cnews*, 01/02/2022., et « Cannabis et légalisation (ou pas) : le programme des candidats à l'élection présidentielle 2022 », Konbini, 17/03/2022.
3. Voir S. Perseil, *Politique, mœurs et cannabis : rétablir le droit ?*, Le Médiateur, 2003.
4. https://www.ifop.com/publication/la-place-du-cannabis-et-du-cbd-dans-lelection-presidentielle-francaise/

LES NOUVEAUX LIVRES

Présentations des éditeurs

Clotilde Champeyrache, ***Géopolitique des mafias. Entre expansion économique et conquête territoriale****,* Le Cavalier Bleu, 2022.

S'appuyant d'abord sur le contrôle d'un territoire puis sur une extension tentaculaire à l'échelle de la planète, les mafias dessinent une géographie singulière avec ses lieux et ses ancrages. Elles s'affranchissent des frontières réelles ou symboliques, entre légal et illégal, exploitent la mondialisation des trafics et la fragmentation des espaces politiques, et accroissent ainsi un rayonnement international dans lequel les diasporas jouent un rôle certain.
Une géopolitique des mafias a donc tout son sens pour comprendre que les mécanismes de conquête des territoires et des populations vont bien au-delà de ceux d'une organisation criminelle « classique ». Ceci est d'autant plus crucial que l'enjeu des années à venir sera de lutter contre cette expansion territoriale, l'histoire ayant montré qu'aucun pays n'a su extirper la mafia une fois celle-ci implantée sur son territoire.

* * *

Emmanuel Langlois, ***Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation,*** Armand Colin, collection Sociologia, 2022.

Que sont devenus les junkies qui ont abreuvé nos imaginaires et nos stéréotypes autour de la drogue pendant plusieurs décennies ? Le présent ouvrage montre que cette figure s'est peu à peu diluée dans un nouveau monde des drogues qui brouille les frontières entre le licite et l'illicite, le thérapeutique et le récréatif, le normal et le pathologique, les insiders et les outsiders. Il fait le constat que la médicalisation et le succès de l'addictologie moderne ont profondément reconfiguré le sens des usages de drogues dans nos sociétés et nos vies individuelles. Dans ce nouveau monde de la « chimie sociale » qui organise un vaste continuum d'expériences psychotropiques, l'abstinence n'est plus le seul rapport socialement acceptable aux drogues qui sont désormais instrumentalisées dans de multiples politiques de l'individu.
Sur la base d'enquêtes empiriques et de travaux socio-historiques, l'ouvrage est organisé autour de cinq chapitres : un survol historique pour qualifier l'évolution des usages jusqu'à la révolution addictologique, une analyse de l'expérience

contemporaine des drogues du point de vue des usagers, une analyse des situations floues entre médicaments et drogues chez les insiders, une étude de la médicalisation des usagers d'opiacés traditionnels dans les programmes de substitution, et enfin une plongée chez les « grands chroniques » pris en charge dans les communautés thérapeutiques qui marquent un point limite de la médicalisation des drogues.

* * *

Bertrand (Lebeau) Leibovici, *Drogues : la longue marche*, L'Harmattan, collection Addictions / Éditions Pepper, 2022. Préface d'Amine Benyamina.

Alors que le trafic des drogues illicites s'est mondialisé, jamais l'humanité n'a semblé aussi avide de substances interdites. La prohibition, née au début du XXe siècle, accumule désormais les échecs : le consensus s'est fracturé. Le mouvement pour la légalisation du cannabis, en Amérique du Nord comme du Sud, en est un exemple frappant. Tout comme la redécouverte des propriétés thérapeutiques des psychédéliques. D'autres évènements comme la crise états-unienne des opioïdes qui a provoqué des centaines de milliers de décès depuis vingt ans ou les politiques meurtrières mises en place dans plusieurs pays d'Asie pour lutter contre la consommation d'amphétamines viennent ajouter à la confusion.
En 1859, l'année où John Stuart-Mill publiait *De la liberté* et où Albert Niemann isolait la cocaïne, Karl Marx écrivait : « L'humanité ne se pose jamais que les problèmes qu'elle peut résoudre ». L'humanité a désormais l'expérience historique tout comme les ressources intellectuelles et techniques pour résoudre ce que l'ONU appelle « le problème mondial de la drogue ». Avec pour guides la santé et la sécurité publiques, le développement durable et les droits de l'Homme. C'est une tâche urgente car, en matière de drogues, il faut presque tout reconstruire.

APPEL À ARTICLES POUR LA REVUE POLITIQUES DES DROGUES

Dans la continuité des réflexions amorcées lors de séminaires éponymes organisés au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) depuis octobre 2019, la revue ***Politiques des drogues*** a été lancée en juillet 2021. Elle est en accès libre sur le site du Cnam : https://esd.cnam.fr/actualite/revue-politiques-des-drogues/.

Ce nouveau semestriel s'inscrit dans une approche résolument interdisciplinaire et de dépassement des clivages stériles. Il a pour ambition de proposer une réflexion scientifique et professionnelle rigoureuse, approfondie et originale, en faisant dialoguer des savoirs et des points de vue divers sur la question des drogues, aussi bien en termes de politiques publiques, que sur des enjeux éducatifs, sécuritaires, normatifs ou économiques.

La revue est ainsi ouverte à toute proposition d'article, pour des textes relativement courts (15.000 signes maximum, espaces compris), portant sur l'un des angles de cette vaste thématique.

N'hésitez donc pas à envoyer vos propositions d'articles (papiers finalisés), qui seront examinées par le comité scientifique de la revue, à : sonny.perseil@lecnam.net

Consignes aux contributeurs :

Le projet d'article envoyé par les candidats à une publication dans *Politiques des Drogues* doit impérativement respecter les consignes suivantes, faute de quoi il ne sera pas étudié par le comité scientifique (3 relecteurs à l'aveugle) :

- Le texte doit être relativement court, pas plus de 15 000 signes, espaces compris, ce calibrage valant pour l'ensemble du fichier incluant donc la bibliographie, les notes ou d'éventuelles annexes.
- Le texte doit être bien écrit. Les articles impliquant trop de corrections formelles seront systématiquement retournés à l'auteur avant examen par les relecteurs.
- Les notes doivent être placées en fin d'article, pas en bas de page. Les appels de note dans le texte doivent être en exposant.
- Les sources seront citées au fil du texte (Granovetter 1973, p. 1367 ; Bourdieu 1979, p. 45) et feront l'objet d'une bibliographie en fin d'article adoptant le format suivant :
  Ouvrage : Bourdieu P. (1979), *La distinction*, Paris, Minuit.
  Article : Granovetter M. S. (1973), « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, no. 6, pp. 1360-1380.

Ouvrage collectif : Harvey E. B. (dir.) (1973), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.
Chapitre d'ouvrage collectif : Tilly C. (1973), « The modernization of political conflict in France », in E. B. Harvey (dir.), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.
Article de presse : auteur(s) (si l'article est signé), « titre de l'article », *titre du journal*, date de parution.

- La proposition doit être envoyée à sonny.perseil@lecnam.net .

Sur le fond, les articles attendus doivent s'appuyer sur des recherches originales représentant un apport ou une synthèse de qualité. Les travaux fondés sur une approche véritablement interdisciplinaire seront préférés aux études trop spécialisées. Les membres du comité éditorial se montreront particulièrement sensibles aux propositions mêlant aspects empiriques et analyse conceptuelle, par rapport à des textes qui ne se focaliseraient que sur l'un de ces deux points. Les recherches portant sur l'actualité et la prospective des politiques des drogues seront également appréciées.

Comité éditorial : Sonny Perseil, directeur de la publication ; Marie-Astrid Le Theule, directrice de la rédaction ; Guillaume Soto-Mayor rédacteur-en-chef ; Alice Gagliano, rédactrice-en-chef adjointe.

Comité scientifique : Alain Bauer (Cnam / SDR3C), Sandra Bertezene (Cnam / Lirsa), Yann Bisiou (Université Paul Valéry - Montpellier III), Jean-Pierre Couteron (Fédération Addiction), François-Xavier Dudouet (Université Paris Dauphine / IRISSO), Michel Gandilhon (OFDT), Didier Jayle (ex-MILDT / ex-Cnam), Séverine Lacombe (Sorbonne Université), Laurent Laniel (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Marie-Astrid Le Theule (Cnam / Lirsa), Giovanni Molano-Cruz (Universidad Nacional de Colombia), Sonny Perseil (Cnam / Lirsa), Alexandre Pollien (FORS – Suisse).