



**SWAPS**

**DOSSIER**  
**E-CIGARETTE**

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 74 / 1<sup>er</sup> trimestre 2014

**Réflexions d'un blogueur**  
qui connaît le risque et la santé / 2

Que savons-nous vraiment de  
**la toxicité de la nicotine ?** / 4

**Tout ce qu'on sait**  
en 2014 de la e-cigarette / 6

Réduction des risques :  
**l'avis défavorable**  
du conseil d'État à l'ouverture  
des salles de consommation / 19

Quand la réduction des risques  
**s'applique aux drogues licites** / 9

Le point de vue de **l'utilisateur** / 12

Le point de vue de **l'État** / 14

**Profil et comportement**  
des usagers de la cigarette électronique :  
résultats de l'enquête **ETINCEL-OFDT** / 17

**Les mutations des marchés**  
et des usages de drogues en France  
vues par le dispositif **TREND** / 21

# Réflexions d'un blogueur qui connaît le risque et la santé

**William Dab** / Professeur au Cnam en santé et sécurité, directeur de l'école Sciences industrielles et technologies de l'information (SITI), ancien directeur général de la santé, blog associé au journal *Le Monde*: « Des risques et des hommes »

## Poser les termes du débat tel qu'il se pose dans la société

Avec un passé de chercheur et de décideur, faire la synthèse entre les connaissances scientifiques et les décisions de santé publique est intéressant. Ce blog « Des risques et des hommes » du monde.fr est accessible depuis un an et est un lieu de réflexion, de débat et de pédagogie du risque, plus qu'un lieu de prise de positions. Dans le domaine du risque, on est le plus souvent dans l'incertitude. Comment une société comme la nôtre, comment nos systèmes de décision publique se comportent-ils face à des situations incertaines ?

Les deux grands magazines qui s'adressent aux consommateurs : *60 millions de consommateurs* et *Que choisir* ont mis la e-cigarette en une de leur revue de septembre 2013 et l'on peut voir la confusion qu'ils font entre la notion de danger et celle de risque.

Ces deux grands mensuels d'information réfutent le fait que la cigarette électronique soit inoffensive.

On explique aux étudiants que le danger est une propriété intrinsèque d'une substance, que le risque est la probabilité que le danger se réalise, et que ce risque est fonction de la dose et de la concentration.

Sur le blog « Des risques et des hommes », le « post » du 29 septembre 2013 a suscité des centaines de commentaires. Pour introduire le débat, il est question de la prise de position de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), meilleur document disponible en français en matière de pédagogie. Celui de l'OFDT est également un document de bonne qualité, mais celui de l'INSPQ est plus synthétique.

## Premier constat: les lacunes de l'information

Les études publiées apportent des informations partielles sur les composants de la e-cigarette, les informations disponibles concernent plus particulièrement la cigarette électronique avec nicotine. La Food and Drug Administration (FDA), dans son analyse, précise que la e-cigarette contient des hydrocarbures aromatiques polycycliques, c'est-à-dire des goudrons.

Surtout, et ce point est crucial, le fait que la sécurité sanitaire et nos outils d'évaluation des risques n'arrivent pas à suivre le rythme de l'innovation est intéressant. Pour être un partisan du principe de précaution, je n'en ai jamais fait un principe d'innovation, mais un principe d'innovation maîtrisée.

Dans notre société, il y a une évolution des technologies incomparablement plus rapide que notre capacité d'évaluer les risques :

- il n'existe aucune norme de fabrication ;
- des impuretés et des contaminants chimiques synthétiques ont été détectés ;
- l'étiquetage ne reflète pas toujours le contenu des cartouches de la e-cigarette.

## Deuxième constat sur l'impact sanitaire

Les connaissances actuelles ne nous permettent pas d'évaluer l'efficacité de la cigarette électronique en matière d'aide à la cessation du tabac.

C'est un produit de très grande consommation, il est dangereux, moins que la cigarette, mais il se développe sans

aucune capacité d'information du consommateur sur les risques et bénéfiques.

Plusieurs plaident pour une autorisation de mise sur le marché (AMM), mais la cigarette électronique n'est pas considérée comme un médicament.

D'autres pensent que ce produit, qui permet de quitter le tabac, est encadré alors que la cigarette de tabac est en vente libre.

Il est étonnant qu'un produit se propageant à une telle vitesse et comportant des dangers pour la consommation soit si peu documenté.

Le meilleur service que l'on peut rendre aux consommateurs, c'est de leur fournir les informations les plus justes possibles et puis leur faire confiance pour gérer leurs risques, ce qui ne veut pas dire que ce produit ne doit pas être encadré par la loi et le règlement.

La e-cigarette représente donc un défi de la gestion des risques, que nous avons à affronter de plus en plus souvent. La science n'a actuellement pas de réponse aux ques-

tions que l'on se pose. En tant qu'épidémiologiste, un risque individuel, si faible soit-il, devient non négligeable pour la santé publique lorsque des millions de personnes y sont exposés.

Les autorités ne pourront pas rester sans rien décider et ne peuvent pas laisser ce produit se diffuser aussi vite alors qu'on sait si peu de chose à court et à moyen termes.

# Dépendance à la nicotine

Vincent Benso

Considérons un instant la polémique sur la dépendance au tabac. En 2009, une recherche israélienne démontre que la dépendance à la nicotine est un mythe développé « à partir d'un mélange malsain d'intérêts politiques, économiques et de considérations morales » qui a donné « un énorme élan financier à l'industrie pharmaceutique en fournissant à la fois l'explication rationnelle et le marché pour les produits de substitution ». Vous n'en croyez pas vos yeux ? Pourtant réfléchissez à ces trois choses que confirment toutes les études : les fumeurs n'aiment pas la nicotine, les substituts nicotiniques ne diminuent pas plus l'envie de fumer que des placebos et les antagonistes de la nicotine ne provoquent pas de syndrome de sevrage.

Bien que peu médiatisés, ces résultats ont forcé les scientifiques de tout bord à admettre que la nicotine

n'était pas responsable de la dépendance au tabac. Mais ensuite les avis divergent. Dar et Frenk<sup>1</sup>, les deux psychologues auteurs de

mentale » qui pourrait s'assimiler à une addiction sans drogues. Les neuroscientifiques concluent que si ce n'est pas la nicotine, la cigarette contient forcément une autre substance responsable ou coresponsable de l'addiction<sup>2</sup>. Pourtant, en l'état actuel des connaissances, on ne peut pas trancher cette question : psychologues ou neuroscientifiques se contentent finalement de prêcher pour leur paroisse : les positions qu'ils défendent ne reflètent que leur idéologie.

<sup>1</sup> Frenk H, Dar R. L'addiction à la nicotine. In: *Les nouvelles addictions*. Éditions Sealli, 2007.

<sup>2</sup> Abadie J. Pourquoi il est si difficile d'arrêter de fumer. *Les dossiers de la Recherche*, oct-nov. 2013.

l'étude, en concluent que la dépendance au tabac est, en réalité, une « routine comporte-

# Que savons-nous vraiment de la toxicité de la nicotine ?

**J. Le Houezec** / Conseiller en santé publique, rédacteur de la Lettre de la Société française de tabacologie (SFT) disponible sur le site de la SFT

## Un point sur la nicotine

Il faut tout d'abord démystifier la nicotine. La e-cigarette est utilisée avec la nicotine, beaucoup de vapoteurs s'en servent pour arrêter de fumer.

Il y a de plus en plus d'études et d'informations concernant la e-cigarette de plus en plus fiables et, il faut le rappeler, les dangers de la e-cigarette sont considérablement moindres que ceux du tabac. Quand on a un produit qui permet aux fumeurs d'arrêter de fumer, il faut prendre cette vision en compte en termes de santé publique.

La fumée de tabac est très complexe, la dépendance est entretenue en partie par la nicotine, mais il y a d'autres substances dans la fumée qui y participent.

Trop souvent, on a associé les dangers du tabac à la consommation de nicotine et on associe la nicotine aux maladies liées au tabagisme. Or, les dangers viennent des composés cancérigènes, du monoxyde de carbone, et des gaz oxydants contenus dans la fumée. Les produits les plus dangereux sont les produits fumés, ceux qui viennent de la combustion du tabac. On sait que les produits du tabac qui ne subissent pas de combustion, comme par

exemple le Snus en Suède, sont moins dangereux. Ce n'est pas la nicotine en soi qui est dangereuse, c'est le fait d'inhaler la fumée, produit de combustion du tabac.

Le fumeur sait gérer la dose de nicotine qu'il s'administre, il sait très bien moduler sa façon de fumer pour obtenir la dose de nicotine qu'il souhaite<sup>1</sup>. Il faut savoir que la nicotine est une substance extraordinaire, puisqu'elle permet, selon ses besoins, à la fois de se stimuler ou, à l'inverse, de se calmer, d'avoir un effet de séda-

tion. C'est juste une question de dose, elle stimule à petite dose, elle inhibe à haute dose. Un fumeur est capable de le moduler, bouffée par bouffée sur une cigarette.

En ce qui concerne la cigarette légère, l'Europe en a interdit les termes depuis 2003 et cela grâce à une étude<sup>2</sup> qui montrait que, quels que soient le type de cigarette (les chiffres reproduits sur les paquets de cigarette, qui sont le résultat d'une machine à fumer, ne veulent strictement rien dire) et le rendement de nicotine indiqué sur le paquet, un fumeur va rechercher environ 1 mg de nicotine.

Dans une cigarette, il y a entre 12 et 14 mg de nicotine et un fumeur, en fonction de sa façon de fumer, va tirer entre 1 et 3 mg.

Le vapoteur va apprendre avec la cigarette électronique à faire la même chose et à moduler ses besoins en nicotine. Le débat actuellement est de savoir s'il faut limiter la nicotine dans les liquides. En France, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), devenue l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), recommande de ne pas autoriser plus de 20 mg/ml sauf en déposant une autorisation de mise sur le marché (AMM) et en devenant un médicament. Le débat se pose au niveau européen.

Une étude<sup>3</sup>, réalisée aux États-Unis sur des fumeurs à qui on avait mis 1, 2 ou 3 patches, et qui avaient la possibilité de continuer à fumer, avait clairement montré que les fumeurs savent titrer la nicotine. Lorsque les fumeurs avaient un apport de 63 mg de nicotine par les patches, ils tiraient 1,6 mg de nicotine alors que ceux qui n'avaient pas de nicotine par les patches (placebo, sans nicotine) tiraient 2,5 mg par cigarette.

<sup>1</sup> Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7(9):811-9.

<sup>2</sup> Jarvis MJ, Boreham R, Primates P, Feyerabend C, Bryant A. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *J Natl Cancer Inst* 2001;93(2):134-8.

<sup>3</sup> Benowitz NL, Zevin S, Jacob P 3rd. Suppression of nicotine intake during ad libitum cigarette smoking by high-dose transdermal nicotine. *J Pharmacol Exp Ther* 1998;287(3):958-62.

Le potentiel addictif de la nicotine est déterminé par la façon dont elle est absorbée. La nicotine pénètre dans l'organisme par le même chemin que l'oxygène et atteint le cerveau très rapidement. Lorsqu'elle est fumée, la cigarette est le produit du tabac le plus addictogène, celui qui crée une dépendance la plus forte. Inhaler une substance psychoactive est plus rapide que se l'injecter en intraveineuse. C'est pour cette raison, entre autres, que le crack est beaucoup plus addictif que la cocaïne pris sous une autre forme.

## L'inhalation est vraiment le facteur clé de la dépendance

C'est aussi pour ça que la cigarette électronique fonctionne, justement parce que la nicotine va prendre le même chemin que celui dont les fumeurs ont l'habitude. Ils vont pouvoir passer d'un produit à l'autre, parce que le mode de consommation de la nicotine est similaire. Avec les substituts nicotiniques, la nicotine pénètre plus lentement dans l'organisme, que ce soit à travers la peau, la muqueuse buccale, que lorsqu'elle est fumée. Avec un tabac à chiquer, on a une situation intermédiaire, le tabac contient une concentration en nicotine plus forte et a une capacité d'absorption plus aisée.

Ce qui crée la dépendance, c'est le décalage entre la concentration de nicotine dans le sang veineux (périphérique) et celle dans le sang artériel, qui va amener la nicotine au cerveau<sup>1</sup>. Lorsqu'on utilise des substituts, l'absorption est plus lente, donc il n'y a pas ce décalage. Seule l'inhalation permet cette forte concentration au niveau cérébral.

## Qu'en est-il avec la cigarette électronique ?

Dans une étude publiée récemment<sup>4</sup>, le Dr Farsalinos a comparé les cigarettes électroniques de première génération, qui ressemblaient à des cigarettes, à des systèmes plus performants avec une batterie plus puissante et un système de vaporisation plus efficace. Il a étudié le comportement des vapoteurs en reproduisant pendant les cinq premières minutes l'équivalent d'une consommation de tabac.

Il leur a fait prendre dix bouffées avec la cigarette électronique pour reproduire ce qui se passe avec une cigarette. Une cigarette se fume en général en cinq minutes et en dix bouffées. Puis il les a laissé vaper comme ils le souhaitent pendant une heure.

Par rapport à ce qui se passe avec une cigarette, les e-cigarettes de première, puis de deuxième générations produisent une nicotémie bien moins importante et beaucoup moins rapide que

la cigarette. Au bout des cinq minutes, on est au tiers de ce que l'obtient avec une cigarette.

Il faut vaper 35 minutes pour obtenir la même dose de nicotine obtenue en cinq minutes avec une cigarette. On a une absorption pulmonaire qui satisfait le fumeur, mais on a aussi un produit qui est loin de la cigarette pour apporter la nicotine au cerveau.

L'autre point est la toxicité de la nicotine. On entend beaucoup de choses et depuis très longtemps. Or, si elle était si importante, on l'aurait rencontrée avec les fumeurs.

En ce qui concerne les symptômes de surdosage, tous les fumeurs les connaissent : les nausées font arrêter la consommation. C'est la même chose avec la cigarette électronique. Au niveau de l'utilisateur, il n'y a pas de danger de toxicité. Le danger de toxicité pourrait provenir du contact de la nicotine avec la peau, en particulier lorsqu'on verse le liquide dans le réservoir de la cigarette électronique. Pendant plus de 150 ans, on a répété que la dose létale de la nicotine était environ de 30 à 60 mg sans en connaître la source. Un pharmacologue autrichien, Bernd Mayer, a fait une vraie recherche, et dans les vieux textes allemands, il a réussi à sourcer ces expériences. Elles ont été faites par des médecins qui se sont auto-administrés des doses de nicotine et ont établi une dose létale tout à fait arbitraire, puisqu'elle était plus faible chez l'homme que ce que l'on a observé chez le rat, la souris ou le chien. Plusieurs publications ont permis de montrer que cette dose létale n'est pas de 60 mg mais au moins 20 fois supérieure, soit 500 mg à 1000 mg de nicotine absorbée, et non pas ingérée. La dernière tentative de suicide rapportée, chez une patiente de psychiatrie, qui avait ingéré 1500 mg de nicotine, n'a pas conduit à une issue fatale !

<sup>4</sup> Farsalinos KE, Spyrou A, Tsimopoulou K, Stefopoulos C, Romagna G, Voudris V.

Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. *Sci Rep* 2014;4:4133.

# Tout ce qu'on sait en 2014 de la e-cigarette

G. Mathern / Pneumologue, tabacologue

Que sait-on de la cigarette électronique, de cet appareil qui a réalisé des ventes fabuleuses pour les derniers cadeaux de Noël ?

Peut-on encore parler de cigarette électronique ? L'évolution du matériel a fait changer de concept, on ne fume plus, on vapote et c'est complètement différent. L'utilisation en est très différente de celle séquencée d'une cigarette de tabac. Et cette distanciation existe aussi entre le vapoteur et le fumeur. Si vous voulez insulter un vapoteur, vous le traiter de fumeur, vous verrez ce qu'il va se passer. Il n'y a pas de fumée, mais de la vapeur, qui est un brouillard de microgouttelettes qui se transforment en quelques secondes en gaz.

Pour la première fois, on a aussi des organisateurs qui s'organisent.

Ils vont sur des forums. En ce qui concerne le matériel, on a une évolution avec un abandon progressif de ce qui ressemblait à une cigarette conventionnelle et, en même temps, une amélioration des performances de ces appareils qui ne dispensent plus la même quantité de nicotine qu'autrefois.

## « Autrefois, c'était il y a deux ans ! »

On ne peut plus comparer le vapoteur d'il y a deux ans à celui d'aujourd'hui. Il faut désormais prendre en compte la grande variabilité du matériel dans les études scientifiques.

La première cigarette électronique ressemblait à une cigarette, le bout s'allumait en rouge ou en bleu quand on aspirait, l'aspiration déclenchait un microprocesseur qui chauffait la résistance et vaporisait le liquide.

Aujourd'hui, on a d'autres appareils, certains sont imposants, comme ceux fabriqués à Saint-Étienne en titane, d'autres ont un petit écran où on peut lire différents éléments, et d'autres présentent différentes subtilités.

## Quelle est l'utilisation actuelle ?

On s'aperçoit que les vapoteurs utilisent des vapoteurs personnalisés (VP) à forte concentration de nicotine (18 mg), ce qui montre que ceux qui l'utilisent ont besoin de nicotine. En ce qui concerne les arômes préférés, chacun peut composer son menu, dans la journée des arômes de tabac, de fruits, de menthol, il y a à peu près 150 arômes identifiés.

Les questions qui se posent sont : quels sont les dangers à court terme, directs et indirects ? Quelle est la fonction d'une e-cigarette actuellement chez un fumeur ?

## Dangers directs

Qu'y a-t-il dans les liquides ? Il y a du propylène glycol qui, on le sait, n'est pas toxique. Ce produit est utilisé dans les cosmétiques, en agroalimentaire et en pharmacie puisque le Foradil®, médicament pour les asthmatiques, en contient.

Le glycérol vient compléter l'action du propylène glycol en tant que produit dispersant, ce dernier n'est pas toxique en dessous de 250 °C ; or, on ne les atteint pas avec la e-cigarette. En ce qui concerne les arômes alimentaires, il n'y a pas de combustion, donc pas de transformation de ces produits que l'on connaît bien. Il y a éventuellement 2 % d'alcool, ce qui peut poser des problèmes chez les anciens buveurs ou chez la femme enceinte, mais on sait que certains e-liquides ne contiennent pas d'alcool du tout. Il y a eu des controverses, comme avec l'article de

60 millions de consommateurs, qui montrait que les produits étaient 9 à 450 fois moins concentrés dans la vapeur des e-cigarettes que dans le tabac conventionnel. On sait qu'il n'y a pas de monoxyde de carbone (CO), pas de goudrons en tant que produit qui conduit à la combustion. Les études réalisées, de plus en plus nombreuses, montrent qu'il n'y a pas de cytotoxicité, ni de toxicité pour le système cardiovasculaire.

Il n'y a pas d'effets adverses connus, en particulier sur le système adverse respiratoire.

Bullen et al.<sup>1</sup> ont montré qu'il n'y avait pas d'effets sur l'arbre respiratoire. Les doses de composés organiques volatils (COV) contenus dans ces produits ne sont pas reconnues dangereuses par la médecine du travail.

### Dangers potentiels

Existe-t-il une expérimentation et un usage chez les non-fumeurs? Le danger étant de faire rentrer les non-fumeurs dans le tabagisme. Les études internationales à ce sujet ont montré que l'usage prolongé est extrêmement limité chez les non-fumeurs.

### ... indirects

Quant au vapotage passif, c'est un point important, il n'y a pas de CO dans une cigarette électronique, le monoxyde de carbone étant le toxique de l'arbre artériel. Quant aux COV, il y en a, mais les doses sont extrêmement faibles.

### Et les jeunes

Y a-t-il un risque de les faire rentrer dans le tabagisme? De nombreuses études ont été effectuées, dont une en Pologne, une autre en Angleterre, et qui montre que très peu de jeunes essayent et ceux qui le font sont les « essayistes », c'est-à-dire les ados qui essayent tout, qui ensuite basculent vers toute autre chose et qui, de toutes façons, auraient essayé le tabac, la chicha, le cannabis, etc. Nous n'avons pas de données sur l'usage régulier des jeunes, ni sur l'addiction à la cigarette par les jeunes, ni sur l'évolution du tabagisme chez les jeunes. On ne peut donc démontrer ni le négatif ni le positif de la cigarette électronique.

### Impact sur le tabagisme

Parmi les vapoteurs, 97% sont des fumeurs, et ils nous disent bien que leur envie de fumer disparaît ou diminue de manière significative, mais peu d'auteurs se sont consacrés à ces travaux.

Quelle est la fonction actuelle? Tout d'abord la réduction des risques, puisque toutes les études montrent que les fumeurs ont réduit leur quantité de tabac à fumer et aussi leur taux de produits toxiques inhalés. Comme l'expliquait J. Le Houzec, diminuer le nombre de cigarettes fumées dans la journée ne veut pas

dire diminuer le nombre de toxiques inhalés, le fumeur va simplement moduler son mode de « fume ». Quand on utilise la e-cigarette on ne va pas surtitrer les cigarettes que l'on va fumer après. Donc la cigarette électronique peut participer, et des études le montrent, à la réduction des risques.

Une étude très intéressante de Caponnetto<sup>2</sup> sur des schizophrènes, qui, en général, fument beaucoup, certains vont jusqu'à sept paquets par jour (le schizophrène meurt surtout du cancer du poumon), montre que la e-cigarette réduit de moitié la consommation de tabac dans la journée.

En ce qui concerne le sevrage, nous sommes dans l'inconnu scientifique. L'étude de Bullen<sup>1</sup>, publiée en 2013, méthodologiquement bien construite, n'a pas montré grand-chose, le matériel était très ancien, le suivi était téléphonique, un peu aléatoire et uniquement fondé sur le déclaratif, la population était très hétérogène. Dans les trois populations envisagées : vapotage avec 16 mg de nicotine, substitut nicotinique avec timbre à 21 mg et cigarette électronique placebo, l'étude a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les trois populations. Cette étude a éventuellement montré qu'on était au même niveau que les substituts nicotiniques, mais sans grande fiabilité.

La méta-analyse de Dawkins et al.<sup>3</sup> a montré qu'environ trois quarts des vapoteurs ne fument plus ou beaucoup moins depuis qu'ils utilisent le VP. C'est un point important. Quatorze pour cent avaient réduit significativement le nombre de cigarettes fumées.

J.F. Etter<sup>4</sup> a montré que 76% vapotaient quotidiennement et fumaient moins de cigarettes de tabac. On sait aussi que lorsqu'on commence à vapoter, dans la plupart des cas, on continue.

## Le VP aujourd'hui et la tabacologie

Les tabacologues ont pendant longtemps ignoré, snobé la cigarette électronique. Et ce sont les patients qui les ont sensibilisés, je peux en témoigner.

Vraisemblablement, ce n'est pas un produit gadget. Faut-il le considérer comme un médicament comme en Angleterre, où le statut du médicament n'est pas le même qu'en France? Faut-il le considérer comme un produit du tabac? L'industrie du tabac commence à y travailler de façon insidieuse. Pour le moment, c'est un produit de consommation courante qui est entre les deux, qui a un prix modéré, avec une souplesse d'acceptation de l'innovation technique, comme le disait D. Jayle. Mais, évidemment, il ne faut pas exclure les contrôles de qualité, de fabrication. Ce qui est intéressant, ce sont les prospectives du groupe financier américain Wells Fargo, qui ont

<sup>1</sup> Bullen C, Howe C, Laugesen M et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-37.

<sup>2</sup> Caponnetto P, Polosa R, Audatore R et al. Smoking Cessation and Reduction in Schizophrenia (SCARIS) with e-cigarette: study protocol for a randomized control trial. *Trials* 2014;15:88.

<sup>3</sup> Dawkins L, Turner J, Crowe E. Nicotine derived from the electronic cigarette improves time-based prospective memory in abstinent smokers. *Psychopharmacology (Berl)* 2013;227:377-84.

<sup>4</sup> Etter JF. La vérité sur la cigarette électronique. Fayard. 2013.



# Quel avenir pour le vaporisateur personnel de nicotine ?

**Jacques Le Houezec**

<http://jhamzer.over-blog.com>

L'utilisation du vaporisateur personnel (VP) de nicotine, appelé plus couramment cigarette électronique ou e-cigarette, a pris une ampleur inattendue. Comme l'a montré récemment l'enquête de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ([www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf](http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf)), entre 8 et 9 millions de Français l'auraient déjà essayé et 1 à 2 millions l'utiliseraient quotidiennement. Malheureusement, les autorités sanitaires et les gouvernements proposent de l'encadrer trop sévèrement. En Europe, la Directive sur les produits du tabac qui vient d'être adoptée propose de limiter la concentration en nicotine des liquides à 20 mg/ml (une dose trop faible pour environ 25 % des fumeurs), d'exclure la plupart des vaporisateurs actuels (réservoir de 2 ml maximum) et d'introduire des standards proches de l'industrie pharmaceutique (déposer un dossier qui ressemble à une autorisation de mise sur le marché [AMM]). De même, aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) propose une réglementation qui est dénoncée par nombre d'experts comme trop contraignante (voir le site de l'AIDUCE : [www.aiduce.fr/fda-menace-lavenir-du-vaporisateur-personnel](http://www.aiduce.fr/fda-menace-lavenir-du-vaporisateur-personnel)). Si ces réglementations sont mises en œuvre, cela se traduira pour les fumeurs les plus dépendants par un fort risque de retourner vers la cigarette, ou de ne jamais la quitter. Pour l'instant, en France, la situation n'est pas la pire, et l'Office français pour la prévention du tabagisme (OFT) vient même de publier des recommandations à destination des professionnels de santé (voir mon blog du 30 avril).

montré qu'en 2020, le nombre de vapoteurs sera équivalent à celui des fumeurs. Et que le chiffre d'affaires des vapoteurs va dépasser celui des fumeurs à la fin de la décennie.

On va donc avoir une pression très forte sur ce marché. À la fin 2013, on avait prévu 1,8 milliard de dollars de chiffres d'affaires aux États-Unis, c'est ce qui s'est réalisé. On prévoit à la fin de la décennie 10 milliards de dollars et si les grands fabricants s'y mettent, on va doper le marché. Comment vont réagir les cigarettiers ? Ils commencent à investir massivement. L'industrie pharmaceutique ? Elle est étrangement absente. L'État ? On ne sait pas, mais on va vite voir. Le VP, on l'a dit, est un produit entre 10 et 250 fois moins risqué que la cigarette, comment va-t-on prendre en charge des gens qui ont une pratique, sans problème de santé mentale, économique, sociale et sanitaire, c'est un problème éthique qu'il faut essayer d'aborder. Le statut de la nicotine serait-il à réviser ? Sûrement. La vigilance de toute façon est nécessaire.

L'avenir c'est quoi ? D'abord, il faut observer. Observer le développement de cet usage massif d'un produit, qu'on aurait pu considérer comme un gadget, mais qui, finalement, ne l'est pas. En étude continue, on mesure ses effets, les premières remontent à trois ans, nous n'avons qu'un recul modéré sur ce dispositif. Ensuite, il faut affiner nos connaissances, et rester vigilants sur des dérives possibles. Aux États-Unis, certains savent utiliser leur cigarette électronique avec des bidouillages un peu dangereux. Surtout avec l'appropriation par l'industrie du tabac, on risque de voir apparaître dans les e-liquides des produits plus addictogènes, et là, il faudra revoir le discours.

En conclusion, pour la première fois, un dispositif nous a été imposé par nos patients, il ne vient ni de la pharmacie, ni de la médecine, ni de la science. Ce retard de prise en charge par la pharmacologie nous pose problème. C'est sous la pression imposée par les patients que l'on a dû revoir notre position initiale, qui était dubitative, voire de rejet. Quant à l'avenir, on peut penser qu'il se fera sur les marchés avec tout ce que cela comporte.

# Quand la réduction des risques s'applique aux drogues licites

Alain Morel / Fédération Addiction/Association Oppedia

## L'e-cigarette : un changement de paradigme

Mon intervention sera plus anthropologique que médicale. Il nous faut en effet prendre du recul, surtout dans un domaine qui touche à des comportements où ce qui est le plus fondamental est moins l'arrivée de nouvelles technologies que l'évolution radicale de nos représentations : l'autochangement prend le pas sur l'abstinence imposée. C'est un changement de paradigme. Je vais m'en expliquer.

D'abord, rappelons-nous quels ont été les dogmes et les croyances du xx<sup>e</sup> siècle qui ont fondé notre « logiciel » de compréhension des phénomènes addictifs et qui influencent encore profondément notre regard aujourd'hui. En premier lieu, rappelons que c'est ce xx<sup>e</sup> siècle qui a inventé la grande dichotomie entre les produits : d'un côté « la drogue », face obscure, interdite et dangereuse, et de l'autre, la face présentable, nos produits familiers que nous avons promu sur toute la planète. Cette dichotomie entre mauvaises et bonnes drogues a déterminé une dichotomie des politiques : pour les uns, la pénalisation comme instrument principal de prévention, la prohibition, c'est-à-dire l'interdit total jusqu'à l'exclusion des usagers, pour les autres, les produits licites et intégrés dans nos cultures, une simple réglementation, la modération, le bon usage.

La seconde croyance du xx<sup>e</sup> siècle, c'est la désignation de la « manie » (alcoolo-, morphino-, ...) et de la « dépendance » comme problème principal. « Once addict always addict », cette formule du mouvement des Alcooliques Anonymes illustre parfaitement cette conception d'une dépendance-maladie irrévocable, « pour la vie », mortelle. Une maladie dont la seule issue est la coupure définitive avec le produit source de l'emprise et du malheur, c'est-à-dire l'abstinence.

Cette conception est sans doute utile pour des personnes qui trouvent là une façon de protéger leur santé, voire de rester en vie. Mais en affirmant que l'abstinence est la seule voie possible pour toute personne « addictée » et pour tout problème d'addiction, elle est devenue un dogme. Une réponse normative et morale, très peu adaptée dans une société de plus en plus diverse, de plus en plus addictogène, une fausse piste face aux enjeux de prévention et de santé publique, et un échec pour de nombreux traitements. Ce dogme reste pourtant ancré chez nos contemporains, y compris parmi les usagers et de nombreux spécialistes de ces questions.

Une bonne partie des tabacologues et des responsables de la santé publique partagent toujours cette conviction et ne manquent pas de l'appliquer à l'e-cigarette : à leurs yeux, elle n'a d'intérêt, comme les autres « techniques », que pour aider au sevrage.

Pourtant, toutes ces croyances du xx<sup>e</sup> siècle sont de moins en moins crédibles au regard de ce que nous avons appris durant ces dernières décennies. Les usagers s'aperçoivent que d'autres voies, d'autres façons de penser et d'intervenir, plus adaptées et plus efficaces pour eux, sont possibles. C'est exactement ce qui s'est passé dans le champ des toxicomanies confronté brutalement au sida dans les années quatre-vingt. C'est ce qui se passe à présent dans le champ des drogues licites. Ainsi commençons-nous à ne plus croire qu'il y aurait de bonnes et de mauvaises drogues, mais à constater que toutes provoquent des méfaits et des bienfaits. Ainsi, prenons-nous conscience que si nous nous attelons d'abord à réduire leurs méfaits et les risques de leurs usages, si nous savons mieux réguler nos comportements, nos résultats sont bien meilleurs pour notre santé et notre vie sociale qu'en menant indistinctement une « lutte contre ».



## L'objet symbolique du XXI<sup>e</sup> siècle sera-t-il la cigarette électronique ?

Dans un article de *Libération* sur les objets symboliques du XX<sup>e</sup> siècle, la cigarette de tabac figurait en bonne place. À juste raison quand on mesure son extension dans le monde entier, sa symbolique d'un comportement social valorisé, les milliards de dollars rapportés, les millions de morts occasionnés, et tout cela en à peine un siècle ! Mais cette image s'effrite aujourd'hui et c'est la cigarette électronique qui devient l'objet symbolique des nouvelles pratiques sociales, du changement de paradigme. D'autres objets sont significatifs des mêmes changements dans l'addictologie.

Dans le domaine des « toxicomanies », on peut citer la seringue stérile ou la méthadone, deux objets emblématiques de la réduction des risques pour les usagers injecteurs d'héroïne. On a vu combien la création d'une salle de consommation à moindre risque pour usagers de drogues a cristallisé les mêmes polémiques que le « shoot propre » d'il y a vingt ans. La méthadone a ouvert la voie de la substitution, c'est-à-dire l'utilisation d'une « drogue » pour un traitement de la dépendance qui n'exige plus de passer par le sevrage. Ce qu'essayaient de faire les usagers par eux-mêmes depuis longtemps (rappelons-nous l'usage de la codéine par de nombreux toxicomanes avant la mise sur le marché de la méthadone en France).

Aujourd'hui, l'alcoologie connaît une histoire comparable avec le « phénomène baclofène ». Un médicament myorelaxant utilisé de façon empirique par un cardiologue qui essayait de se sortir lui-même de son alcoolisme. Il s'est aperçu qu'à partir d'une certaine dose il ne ressentait plus l'envie d'alcool mais pouvait en boire sans excès. Très vite de nombreux usagers et des médecins généralistes ont suivi cette voie, et ce traitement est prescrit aujourd'hui à des dizaines de milliers de personnes, suscitant des réserves, voire des oppositions des alcoologues. Comme pour la substitution, comme pour la e-cigarette, le baclofène est au centre de forums où s'échangent des informations, des conseils pratiques entre usagers et professionnels, et où se fédèrent les combats pour faire valoir leur expérience et leurs résultats. Comme la méthadone, le baclofène n'est pas le fruit de la recherche fondamentale, il n'est pas garanti a priori sans effets secondaires et sans risque. On n'en sait pas plus sur le baclofène à haut dosage et ses conséquences que sur la e-cigarette. Mais on en savait encore moins sur la buprénorphine à haut dosage (Subutex®) quand elle a été mise sur le marché pour la première fois comme médicament de substitution en 1996. Il y a d'ailleurs eu quelques problèmes (injections, mélanges...). Pour autant, on savait

déjà que les bénéfices étaient très largement supérieurs à ces risques. On le sait aussi pour la e-cigarette.

La e-cigarette a la particularité d'être un phénomène social qui dépasse le cercle des dépendants et médecins. Des millions de personnes l'ont expérimentée, et ce en quelques années, des petits magasins poussent comme des champignons, il en est question partout. Les discussions au bureau, en famille ou entre amis tournent souvent autour d'elle : comment l'utiliser, le plaisir, arrêter ou pas, etc. Tous ces échanges ont un impact sur le développement et l'évolution des pratiques.

Ces trois exemples sont en tout cas très symboliques de ce qui se passe au plus profond de la société. Ces « outils » ne font pas disparaître la dépendance, mais permettent d'en diminuer très fortement les dommages. Dans chaque cas, les associations d'usagers jouent un rôle central, en valorisant la dimension conviviale et d'autosupport, en montrant la construction des savoirs des usagers. Autant de signes du changement de paradigme : la réduction des risques, ça marche !

## Pourquoi ça marche ?

Pour le savoir, je vais m'inspirer du psychologue américain Stanton Peele et vous poser quatre questions. Première question : quelle est la substance la plus addictive que nous ayons sur le marché ? C'est le tabac, de l'avis de tous les scientifiques. Deuxième question : qui, parmi vous, a fumé ou fume encore du tabac ? Vous êtes une bonne majorité de la salle à répondre par l'affirmative, vous êtes donc une majorité à avoir une expérience personnelle du produit le plus addictif. Troisième question : parmi ceux qui ont répondu, quels sont ceux qui considèrent qu'ils ont arrêté le tabac ? Une bonne moitié a levé la main et a donc réussi à arrêter le produit le plus addictif. Dernière question : parmi les personnes qui ont arrêté le tabac, quelles sont celles qui ont eu recours à une intervention extérieure pour cela (médecin, tabacologue, etc.). Aujourd'hui vous êtes deux, mais c'est toujours une toute petite partie. L'autochangement est donc le facteur principal des modifications de comportements, même par rapport au produit le plus addictif. Vous le saviez ?

Ce test fonctionne à chaque fois, et toujours dans les mêmes proportions. Il démontre une chose essentielle mais passée sous silence : la très grande majorité des fumeurs parvient à arrêter le tabac par elle-même. La conséquence est capitale : pour aider les usagers à gérer leur addiction et à arrêter le tabac s'ils le veulent, la priorité est de leur donner les outils pour le faire eux-mêmes, à leur façon, le plus facilement possible. Certains ont besoin d'un accompagnement plus spécifique, voire d'un

traitement, mais c'est une minorité. La RdR est efficace parce qu'elle permet aux usagers de s'approprier leur pouvoir d'agir sur leur plaisir, sur les risques qu'ils prennent et sur leur santé.

C'est exactement les raisons du succès de la e-cigarette : elle donne aux fumeurs un pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur addiction sans les priver du plaisir. Elle permet à l'utilisateur de réaliser le changement au niveau qu'il choisit, elle peut faciliter l'arrêt<sup>1</sup> mais facilite d'abord la réduction des risques. Elle répond le mieux aux besoins des usagers comme le montre les enquêtes de satisfaction, mieux que les patchs et autres substituts, mieux que tous les traitements de sevrage. Elle est facilement adoptée, y compris dans les dépendances les plus graves.

N'oublions pas que les personnes « addictes » aux drogues meurent davantage du tabagisme et de l'alcool-tabagisme que d'autres types de consommation. Il en est d'ailleurs de même pour les malades mentaux qui subissent de plein fouet la mortalité liée au tabac. Prendre en compte la question du tabac en addictologie comme en psychiatrie est essentiel. Or la e-cigarette facilite l'alliance entre usagers et professionnels pour cela. Les professionnels sont en effet souvent des utilisateurs de tabac et partagent facilement leur expérience de la e-cigarette avec les patients. Dans certains centres, on organise des groupes, on met en commun les informations récentes. Ici aussi, tout ce qui participe à la réflexion collective est productif de changements favorables à la santé.

Certes, aucun des outils de réduction des risques ne peut se prévaloir d'une innocuité totale à long terme. Mais opposer ce fait à leur mise à disposition du public, c'est méconnaître ce qu'est la réduction des risques et c'est dénier les immenses progrès qu'ils apportent. La prudence est utile pour ne pas tomber dans des excès d'enthousiasme, pas lorsqu'elle aboutit au blocage, traduisant alors la peur du changement.

Ce n'est pas toujours simple, mais il nous faut abandonner les dogmes du xx<sup>e</sup> siècle, changer notre regard et notre façon d'aborder les choses. Il nous faut distinguer la notion de soin de celle d'arrêt. Cela ne veut pas dire que la question de l'arrêt ne se pose pas, mais que les soins ne se limitent pas et ne commencent pas par la question de l'arrêt. Ce changement de paradigme heurte certains et peut être mal compris. L'arrivée des traitements de substitution aux opiacés en France, au début des années 1990, avait suscité les mêmes controverses, justement parce qu'ils venaient contredire les dogmes de la désintoxication à tout prix et de « la guerre contre la drogue ». Mais leur impact très positif tant sur

Ce que nous dit la science sur les effets et les limites de nos outils de réduction des risques doit être pris en compte. Attention cependant à la science qui se fait en dehors des réalités humaines, en dehors des pratiques sociales. La science des comportements ne se fait pas dans les laboratoires, elle se fait avec les personnes concernées, avec les usagers. À l'inverse, n'attendons pas tout de la RdR, elle ne répond pas à tous les problèmes et ne se substitue certainement pas à l'éducation préventive. Cette éducation qui nous rend responsables et acteurs, y compris face aux risques des addictions.

<sup>1</sup> *Borgne A. Quand on est fumeur, il faut vapoter. Entretien du 8 octobre 2013 à l'occasion du colloque THS à Biarritz.* les personnes que sur la santé publique a mis tout le monde d'accord.

# Le point de vue de l'utilisateur

**Brice Lepoutre** / Président de l'Association des utilisateurs de cigarette électronique (Aiduce)

Tout d'abord, un petit historique de mon parcours pour ceux qui ne me connaissent pas. J'ai commencé à fumer à 15 ans et consommait quatre cartouches par mois (40 paquets/mois), mon arrêt le plus long a été de 12 heures avant de replonger.

J'ai découvert la cigarette électronique à la télévision au moment du durcissement de la loi Évin. À la suite de la démonstration d'un vendeur, pour le journal télévisé. Les revendeurs n'étaient pas nombreux à l'époque. Quelques mois plus tard, j'ai pris rendez-vous avec l'un d'eux, et j'ai essayé. Le concept m'a plu et surtout la sensation dans la gorge était présente, à ma grande surprise. Cette sensation était pour moi indispensable. Avec la première génération de cigarette électronique, les premières 48 heures ont été difficiles, un vrai junky en manque... Je me suis acharné et ça a marché.

En 2008, je me suis lancé dans un forum sur la e-cigarette pour que les vapoteurs puissent s'aider et s'organiser, on était 200, nous échangeons, nous dépanions, ... le matériel d'il y a 5 ans n'était pas le même qu'aujourd'hui. Il fallait bricoler la résistance, la sortir avec un trombone, le e-liquide n'existait pas, nous le faisions nous-mêmes en pressant les cartouches à la main pour en extraire le liquide et le poser directement sur la résistance. Aujourd'hui, ce forum est devenu le plus gros forum européen sur le sujet. Il compte 60 000 membres, près de 3 millions de messages et un million de visiteurs par mois.

Quand on a compris qu'au niveau européen, on allait nous empêcher de vapoter, qu'on allait brider la vape et la rendre inefficace, on a décidé de créer, avec l'aide d'un administrateur d'un autre forum, l'Association des utilisateurs de cigarette électronique (Aiduce) en 2013, il y a un an. Nous avons monté cette association, car aux yeux des pouvoirs publics et des médias, nous n'étions personnes. Des consommateurs réunis autour de forums, ça ne compte pas. Seule une association permet d'avoir l'oreille nécessaire.

## Les actions d'Aiduce

Aussitôt créée, de nombreux médias ont commencé à s'intéresser à notre association et ont pris contact avec nous. On a été contacté pour participer au rapport de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). Notre participation a été cruciale et a permis d'asseoir notre sérieux. Nous avons lancé une pétition contre la législation européenne qui a récolté 40 000 signatures, nous éditeurs un magazine d'information téléchargeable gratuitement sur notre site Internet (<http://www.aiduce.fr/>). On participe actuellement à l'observatoire de la cigarette électronique avec *60 millions de consommateurs*, qui, à la suite de leur article, a pris contact avec nous pour recueillir notre point de vue. À la même table, des utilisateurs et des distributeurs sont réunis sous l'égide de l'Institut national de la consommation (INC) et de l'OFT : Aiduce et le Collectif des acteurs de la cigarette électronique (Cace). Il faut savoir que les vendeurs vont participer financièrement à tout ce qu'on va mettre en place.

## L'expérience des vapoteurs

Quelle est la motivation du fumeur de tabac à passer à la cigarette électronique ? D'abord le prix. C'est un argument qui ressort souvent sur les forums. En moyenne, un consommateur de tabac dépense 2 600 euros par an, avec le même ratio, on tombe à 480 euros par an avec la cigarette électronique. C'est vraiment le premier argument. On avait fait un sondage sur le forum en demandant si le vapotage revenait plus cher que le tabac, auriez-vous essayé ? La grande majorité répondait non. Ensuite, c'est la santé. Il s'agit bien souvent de fumeurs qui n'arrivaient pas à arrêter, qui étaient conscients des méfaits du tabac sur leur corps. Ils se savaient condamnés et l'assumaient. La santé n'avait plus le même prix. La cigarette électronique leur a permis quelque chose de magique qui est de sortir la tête haute du tabac. Je ne suis plus fumeur de tabac et j'ai le truc qui me le permet.

## On pourrait parler de « vapologie »

Les plaisirs peuvent être customisés en fonction des besoins de chacun et de l'humeur du jour alors qu'avec le tabac, toutes les cigarettes ont à peu près le même goût. La cigarette électronique se rapproche davantage du vin, il y a une variation de plaisirs en fonction du moment. Un liquide se déguste, et on peut choisir l'arôme dont on a envie pour un instant choisi.

## Temps et mode d'adaptation

L'étude de Bullen<sup>1</sup>, qui a démontré que la cigarette électronique était égale aux patchs en matière d'efficacité, m'a beaucoup servi. Elle démontrait que la cigarette électronique médicalisée, comme le souhaitait l'Europe, ne fonctionnait pas. Ce n'est pas la réalité du terrain. Une bonne cigarette électronique s'adapte à chacun et, sur le forum, 74 % ont réussi à arrêter le tabac. On retrouve ces chiffres dans l'étude de Dawkins<sup>2</sup> ou chez J.F. Etter<sup>3</sup>.

Il y a aussi des personnes qui continuent de fumer du tabac tout en vapotant, sur le forum, ils sont 14 % qui fument occasionnellement du tabac et 13 % qui fument du tabac tous les jours. Il y a aussi des revenants des cigarettes électroniques de première génération qui avaient abandonné, car le matériel était trop compliqué, ils souhaitent toujours arrêter de fumer du tabac, donc il tente à nouveau la cigarette électronique.

## Comment choisir son équipement ?

Vapoter implique un équipement : la batterie qui amène du courant, des atomiseurs, il en existe des centaines de différents qui, eux, vont rendre les liquides, donc le goût et la sensation, différents. Il y a les composés de l'atomiseur, la résistance, qui est faite de différente manière, et la fibre qui va absorber, le tout donnant des rendus différents. Il y a de multiples possibilités de matériels qui peuvent correspondre à chaque personne. Pour les e-liquides, le dosage en nicotine est différent, il va de 0, 6 mg, 12 mg à 18 mg, on peut avoir des proportions différentes de propylène glycol/glycérine végétale (50/50, 75/25, etc.), on peut avoir des composés supplémentaires comme l'alcool et puis les arômes. La cigarette électronique universelle n'existe pas.

Il faut trouver l'assemblage de liquide et de matériel qui convient à chacun. C'est important de conserver cette grande variété de choix si on veut que ce produit reste efficace dans l'arrêt du tabac.

## Le rôle des forums

Il faut rappeler qu'il est important de toujours vérifier l'indépendance des propos qui sont

tenus sur les blogs et forums, il faut rester vigilant, car certains sont faux. C'est valable pour tout, votre machine à laver, votre frigo, etc.

Les forums jouent un rôle très important dans l'aide à l'arrêt du tabac et pour ne pas y retomber.

On y trouve une communauté soudée, de l'aide et du soutien. De 200 personnes il y a 5 ans, on compte 1 million de visiteurs par mois aujourd'hui. Le fait de faire partie d'une communauté avec un soutien fait partie du succès de la cigarette électronique.

Les vendeurs ont un rôle important aussi, ils ne sont pas que des vendeurs, ils conseillent, ils doivent trouver les mots justes.

## Multiplier les choix pour réduire les risques

Depuis six ans, le produit a évolué à une vitesse fulgurante qui a permis une veille sanitaire. On a désormais une bonne qualité de produit. Une communauté qui a du poids, qui traque les moindres ingrédients et qui a son mot à dire face aux industriels. Les industriels savent très bien qu'ils risquent d'être boycottés et de fermer boutique si la qualité que souhaite le consommateur n'est pas présente.

Même en Chine, on a réussi à faire pression. En Italie, l'un des fabricants de liquide a accepté un compromis européen qui ne nous va pas, il risque de le payer cher. Partout dans le monde, les usagers font pression sur les fabricants.

Le choix est aussi le succès de la cigarette électronique, tout le monde peut y trouver son bonheur. En six ans, on se retrouve avec des centaines de modèles de cigarettes électroniques consommables. La technologie a évolué grâce aux « moddeurs » qui, dans leur garage, fabriquent des « mods », de nouvelles cigarettes électroniques personnalisées. Si la technologie est efficace, elle est reprise par des usines dans le but d'améliorer les produits grand public.

Pour nous, consommateurs, il est important de conserver la multiplicité des choix si on veut que les gens poursuivent l'arrêt du tabac grâce à la cigarette électronique. Nous devons même l'encourager, ainsi que le développement des produits, contrairement à ce qu'a voulu faire l'Europe en décembre 2013. La médicalisation de la cigarette électronique aurait été sanitairesment catastrophique. Il est important de rassurer et d'encourager les fumeurs de tabac à passer à la cigarette électronique et non de leur faire peur.

<sup>1</sup> Bullen C, Howe C, Laugesen M et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-37.

<sup>2</sup> Dawkins L, Turner J, Crowe E. Nicotine derived from the electronic cigarette improves time-based prospective memory in abstinent smokers. *Psychopharmacology (Berl)* 2013;227:377-84.

<sup>3</sup> Etter JF. La vérité sur la cigarette électronique. *Fayard*. 2013.

# Le point de vue de l'État

**Pascal Melihan-Cheinin** / sous-directeur, direction générale de la Santé

*Très mobilisé sur les politiques en matière d'addiction, aujourd'hui, Pascal Melihan-Cheinin est responsable d'une sous-direction où l'addiction demeure un sujet important avec bien d'autres. Comment l'État va répondre aux inquiétudes naturelles d'une partie importante de la population ?*

Le rôle de l'État n'est pas le plus simple dans ce dossier : nous sommes confrontés à un phénomène émergent qui interroge également nos schémas de pensée, non seulement pour les professionnels de l'addictologie, mais aussi pour nous dont le métier est de concevoir des politiques de santé, en particulier sur la manière d'encadrer les activités qui peuvent avoir un impact sur la santé et les comportements.

Ce phénomène est récent, en effet. Les premiers signalements reçus sur la cigarette électronique datent de 2006. Depuis cette date jusqu'à aujourd'hui, les questions posées sont radicalement différentes. Jusqu'à une période récente, il s'agissait d'un phénomène encore limité. Dans des réunions européennes, certains États membres considéraient que la cigarette électronique devait être considérée comme un produit du tabac dont il fallait interdire l'usage en public, d'autres voulaient les classer comme médicament. En France, nous avançons de manière progressive en posant des questions. Ainsi, la recommandation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de 2011, qui recommande de solliciter une autorisation de mise sur le marché comme médicament suivant des seuils, apparaît comme une position assez sage avec le recul.

Il s'agit d'un produit nouveau qui ressemble à une cigarette, ce qui pousse à dire qu'il faudrait l'encadrer comme une cigarette. Mais la cigarette électronique n'est pas un produit du tabac. Par ailleurs, nombreux sont les témoignages faisant part d'un intérêt pour réduire le tabagisme ; si quelques études présentent des résultats encourageants, aucune donnée suffisante pour que les autorités sanitaires puissent conclure clairement et recommander ce produit pour le sevrage tabagique.

Nous restons donc à la recherche d'information. C'est pourquoi la Direction générale de la santé (DGS) a financé

le travail de l'OFT, qui a été un moment important dans l'histoire de la cigarette électronique dans notre pays.

Depuis la parution de ce rapport, les connaissances ont progressé avec des articles sur les différentes études (américaine, tchèque, néozélandaise, etc.). Les recommandations du National Institute for Health and Care britannique sur la cigarette électronique de l'été 2013 montrent qu'il y a une insuffisance de connaissances sur le sujet et préconise d'utiliser les substituts nicotiques en première intention.

D'ailleurs, les recommandations françaises toutes récentes ne sont pas très éloignées de celles des Britanniques.

Ces dernières années, les ventes de cigarettes reculent, même en tenant compte du marché frontalier (80 à 90 % restent un marché domestique). Il y a eu un renchérissement des prix qui, dans le contexte économique actuel, joue beaucoup sur le consommateur que reste le fumeur. Ce dernier voit apparaître un produit de consommation courante qui fait sans doute écho et qui a un sens beaucoup plus puissant que de se dire « je suis malade, je vais dans une pharmacie ou je vais voir un médecin pour être soigné, pour me sevrer ». Le fumeur reste, dans son acte de consommation, un consommateur avant d'être un malade. La question de la cigarette électronique a également mis en lumière les évolutions de nos modes de pensée. Nous sommes passés d'une époque où nos pensées pouvaient être régies par des ecclésiastiques, puis par des intellectuels, aujourd'hui, ce sont plutôt les bloggeurs avec un accès à la parole d'autant plus libre et facile qu'il est plus difficile de la contrôler.

## Les questions fondamentales pour le ministère de la Santé

Pour le ministère de la Santé, en particulier la DGS, la question la plus immédiate reste celle de la sécurité

sanitaire. Les autres intervenants de cette journée ont dû évoquer davantage la prévention des addictions, mais la question de sécurité sanitaire est très importante. Quelle est la sécurité de ces produits ? On entend dire que les produits de 2006 et ceux d'aujourd'hui ne sont pas les mêmes, que tous les mois le paysage change. Or, nous, autorités sanitaires, nous n'avons pas, aujourd'hui, de photographie de ce marché qui permettrait vraiment de dire ce qu'il y a dans ces produits.

Il faudra sans doute prévoir des prescriptions techniques minimales, car il s'agit de manipulation d'un liquide riche en nicotine, et la question de la sécurité sanitaire reste donc importante, notamment pour les enfants. Nous sommes alertés très régulièrement sur l'emballage des médicaments, sur les blisters, etc.

La composition des produits constitue un des points essentiels pour pouvoir en appréhender la sécurité. Nous avons financé le laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE), établissement public chargé des campagnes de « fumage », c'est-à-dire de fournir une analyse des produits du tabac à tous les fabricants de tabac pour vérifier le rendement potentiel, en goudrons notamment, et en nicotine. Le LNE est chargé par le ministère de la Santé d'étudier un panel important de cigarettes électroniques et leur composition pour améliorer notre compréhension du phénomène.

L'autre question est la place de la cigarette électronique par rapport aux médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. Avec un coût social du tabac de 47 milliards d'euros, si on réduit la consommation de tabac, c'est toujours des gains à prendre. Le tabac contient du monoxyde de carbone, des goudrons. Les cigarettes électroniques ne contiennent pas ces substances. Certains disent même qu'il y a une absence de nocivité avec la cigarette électronique, mais nous ne disposons encore d'aucun élément tangible.

La question aussi très importante est celle de l'impact sur les jeunes. Les cigarettes électroniques, notamment à base de nicotine, pourraient-elles avoir constitué une initiation au tabagisme ? Si certaines études ont posé la question, nous n'avons pas encore de réponse. Le marketing, la richesse créative du produit pourraient avoir un impact en termes d'initiation. C'est la théorie de l'escalade, très forte dans beaucoup d'esprits et nous ne disposons d'aucun élément pour la contredire.

Toutes ces questions, que ce soit au niveau du législateur, national ou européen, nous amènent à apporter des réponses partielles, qui ne peuvent pas être définitives. Sans dévoiler l'intimité des négociations entre États, il y a eu des positions différentes au niveau européen.

Ainsi sur la question fondamentale du statut de ces produits, certains États membres de

l'Union européenne voulaient que les e-cigarettes soient considérées comme des médicaments. Portée par une minorité de nos partenaires européens, cette position aurait pu l'emporter. Celle de la France était très différente. En effet, dans certains États, les substituts nicotiques sont vendus hors pharmacies. En France, nous ne pouvons déroger au monopole du pharmacien d'officine. L'impact sur l'accessibilité de ces produits aurait donc été énorme car ils n'auraient pu être vendus qu'en pharmacie.

Dans ce dialogue entre les gouvernements, la commission et le Parlement européen, avec son avis du 8 septembre 2013, ont émis une position qui a un sens : on interdit la publicité, on encourage l'interdiction de vente aux mineurs – sur ce point, Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, l'avait annoncé antérieurement à l'occasion de la journée mondiale sans tabac 2013 –, car ce produit peut être une incitation à l'initiation<sup>1</sup>.

Autre levier pour protéger les jeunes : l'interdiction de publicité ; elle est prévue par le projet de directive. La ministre de la Santé a annoncé une circulaire pour réaffirmer des principes importants et éviter des dérives dont nous sommes témoins. Ainsi, la publicité pour la cigarette électronique ne doit pas encourager au tabagisme. Si ce n'est pas un médicament, on ne peut pas faire croire le contraire dans une publicité.

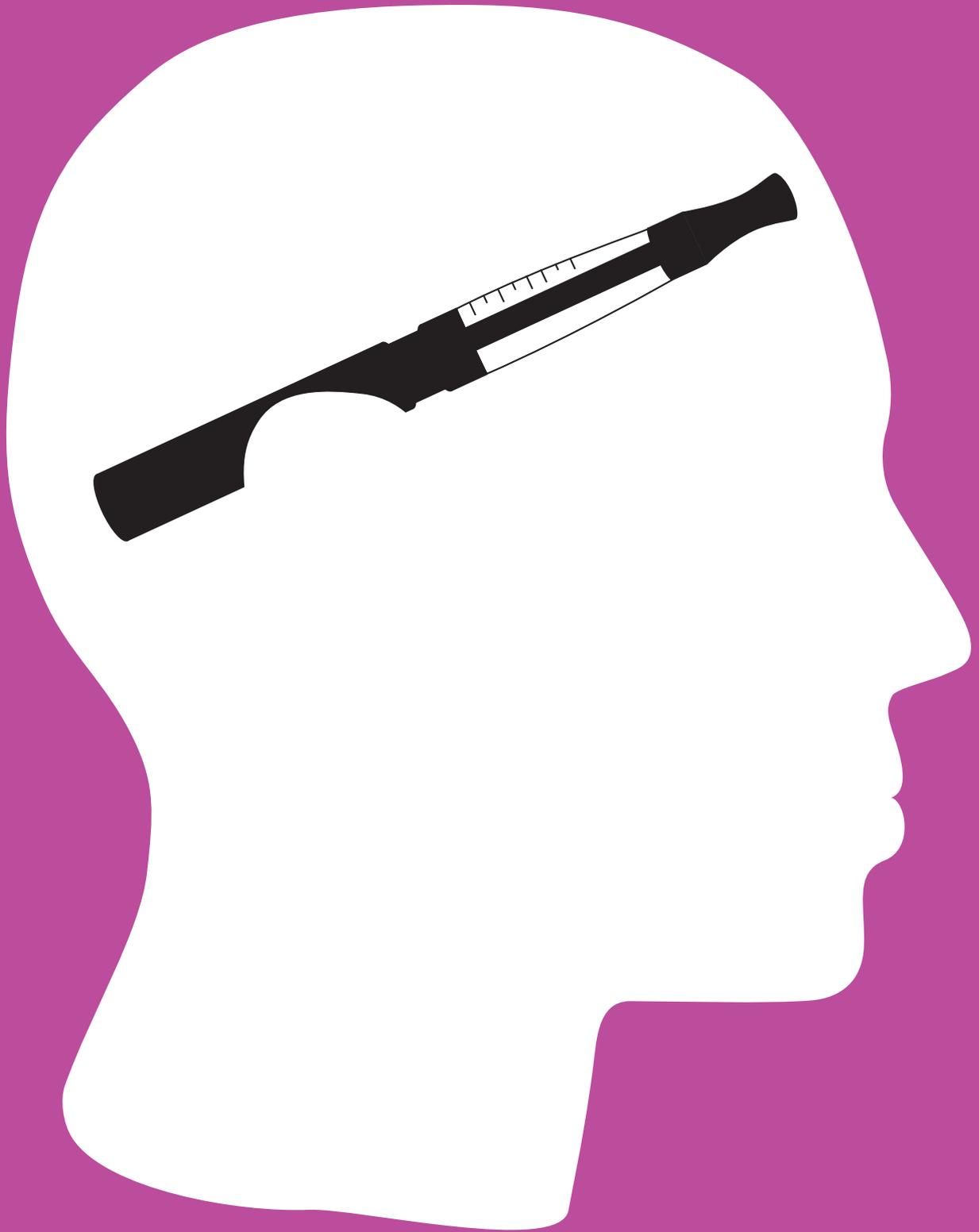
Le projet de directive européenne présente donc un équilibre raisonnable, avec un net renforcement de l'encadrement sans pour autant calquer totalement la législation en vigueur pour les produits du tabac.

L'administration doit également s'organiser pour améliorer nos connaissances sur plusieurs domaines, notamment sur l'importance du phénomène. La France dispose d'outils, qui sont les enquêtes de prévalence, en particulier le baromètre santé de l'INPES. On devrait, avant 2015, disposer de données échantillonnées, fiables. On disposera à ce moment-là d'une photographie complète de l'importance du phénomène, permettant de le décrire. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies questionnera les jeunes de 17 ans lors de sa prochaine enquête dont les résultats seront connus en 2015.

Enfin, pour l'addictologie, la cigarette électronique constitue un phénomène intéressant qui rappelle la théorie de la guérison spontanée. On n'en parle pas beaucoup mais, dans le champ des addictions, certains s'arrêtent par eux-mêmes sans l'aide d'un médecin.

Il est intéressant de réfléchir sur comment la cigarette électronique permet d'interroger nos conceptions en matière de prévention et de prise en charge des addictions.

<sup>1</sup> Cette disposition a été introduite dans la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.



# Profil et comportement des usagers de la cigarette électronique : résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT

Aurélie Lermenier / Chargée d'études à l'OFDT

*Alors que la cigarette électronique apparaît en plein essor en France depuis 2012, les données relatives à la prévalence de sa consommation et aux modalités de son usage sont encore parcellaires. Fortement investi dans l'observation des questions liées au tabac, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a souhaité fournir aux pouvoirs publics et aux professionnels concernés, dans un délai réactif, une première estimation fiable du phénomène, dans un contexte de baisse simultanée des ventes de tabac dans le réseau buraliste français et de celles des traitements pour l'arrêt. Pour ce faire, une enquête centrée sur ce produit a été menée fin 2013.*

## Repères méthodologiques

L'enquête ETINCEL-OFDT (enquête téléphonique pour l'information sur la cigarette électronique) a été conduite entre le 12 et le 18 novembre 2013 auprès d'un échantillon de 2 052 individus représentatif de la population métropolitaine (hors Corse) âgée de 15 à 75 ans. Une base de numéros de téléphones fixes, stratifiée par région et catégorie d'agglomération, a été tirée aléatoirement. L'échantillon d'individus issus de cette base, interrogés par téléphone durant une semaine, a été constitué par la méthode des quotas (sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle [CSP]). Les résultats ont été calés sur les dernières données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

<sup>1</sup> TNS Opinion & Social, Attitudes of European towards tobacco, Special Eurobarometer 385, Bruxelles, Commission européenne, 2012, 167 p.

<sup>2</sup> En mars 2013, une enquête téléphonique dite « omnibus » (traitant de sujets divers) d'Ipsos Observer, auprès d'un échantillon de 950 individus représentatif de la population adulte (méthode des quotas), aboutissait à une proportion de 3,5 % d'utilisateurs réguliers.

<sup>3</sup> Les autres utilisateurs indiquent le remplacement du tabac par la cigarette électronique, la moindre dangerosité pour la santé, la diminution des désagréments du tabac, celle des dépenses et le fait de pouvoir vapoter partout.

## Un Français sur cinq a essayé la cigarette électronique

Fin 2013, 18 % des personnes interrogées déclarent avoir utilisé au moins une fois une cigarette électronique, soit entre 8 et 9 millions d'individus. C'est 2,5 fois plus qu'en mars 2012, où elles étaient 7 %<sup>1</sup>. Ce sont plus souvent des hommes (22 % d'entre eux contre 15 %

chez les femmes) et des jeunes (31 % des 15-24 ans contre 20 % chez les 35-44 ans et 9 % à 55-64 ans). La quasi-totalité de ces expérimentateurs sont des fumeurs de tabac actuels (75 %) ou anciens (16 %).

L'usage de la cigarette électronique au cours du mois précédant l'enquête (usage récent) concerne 6 % des Français, soit un tiers de ceux qui l'ont essayée<sup>2</sup>. Si certains expérimentateurs déclarent n'avoir jamais ou presque fumé de tabac, tous les vapoteurs récents sont ou ont été fumeurs. Ils se servent de la cigarette électronique majoritairement pour arrêter (51 %) ou réduire leur consommation de tabac (11,5 %) <sup>3</sup>. Au contraire de l'expérimentation, plus marquée chez les hommes, l'usage récent (et quotidien) de la cigarette électronique n'est pas différencié selon le sexe.

Plus de 90 % des usagers récents de la cigarette électronique utilisent un liquide ou une recharge avec nicotine. Quatre vapoteurs sur dix ont choisi un dosage entre 7 et 12 mg/ml alors que les autres se répartissent à parts égales entre un faible (entre 1 et 6 mg/ml) et un fort dosage (entre 12 et 20 mg/ml). Plus de la moitié des vapoteurs achètent leur cigarette électronique et les recharges dans un magasin spécialisé, ils sont près de 25 % à recourir à un bureau de tabac et 9 % à Internet.



## Plus de 3 % l'utilisent quotidiennement

Plus de la moitié (54 %) des usagers dans le mois de la cigarette électronique l'utilisent quotidiennement, soit 3,3 % des Français (entre 1,1 et 1,9 million de personnes) : 67 % sont des fumeurs et 33 % des anciens fumeurs.

Si les jeunes de 15 à 34 ans sont relativement nombreux à expérimenter la cigarette électronique, ils semblent rarement se tourner vers un usage régulier : seuls 10 % des expérimentateurs de cet âge l'utilisent quotidiennement. En revanche, les Français plus âgés sont moins fréquemment expérimentateurs mais passent davantage à un usage quotidien une fois ce pas franchi (26 % des 50-75 ans qui ont essayé déclarent vapoter tous les jours). L'expérimentation est chez eux sans doute moins liée à la curiosité qu'à leur passé tabagique et au besoin de trouver une solution à leur dépendance.

Les usagers exclusifs de ce produit représentent 1,3 % des enquêtés et un tiers des utilisateurs quotidiens. Ces derniers sont donc encore nombreux à alterner cette consommation avec celle de tabac ; toutefois, 62 % d'entre eux utilisent « le plus souvent la cigarette électronique et parfois du tabac ».

Parmi la faible proportion d'enquêtés anciens fumeurs et usagers dans le mois de la cigarette électronique (1,2 %), 84 % estiment avoir arrêté complètement de fumer grâce à celle-ci.

compterait 8 à 9 millions d'expérimentateurs, plutôt jeunes et consommateurs de tabac. Plus de 3 % de la population française l'utilisent quotidiennement, majoritairement des fumeurs de plus de 35 ans qui souhaitent réduire leur consommation quotidienne de tabac ou arrêter de fumer.

Le phénomène évoluant rapidement, d'autres enquêtes sont nécessaires pour conforter ces résultats et suivre leur évolution dans le temps.

## Conclusion

Fin 2013, la cigarette électronique est connue de la très grande majorité (88 %) des Français, parmi lesquels on

# Abonnement

**Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps***

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

# Réduction des risques : l'avis défavorable du conseil d'État à l'ouverture des salles de consommation

**Yann Bisiou** / Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, vice-président du conseil d'administration, université Paul-Valéry Montpellier 3, Equipe CORHIS

*Dans un avis du 8 octobre 2013, le Conseil d'État a donné un coup d'arrêt à la création des salles de consommation à moindre risque en France. Le Conseil estime que le projet du gouvernement méconnaît l'interdiction pénale de l'usage de stupéfiants et ne peut trouver une justification suffisante dans la reconnaissance par la loi de la politique de réduction des risques. Il invite le gouvernement à proposer une nouvelle loi pour autoriser ces salles, à titre expérimental, tout en précisant que le dispositif devra être suffisamment précis pour être conforme au principe de légalité des délits et des peines.*

Cet avis défavorable a surpris la plupart des acteurs de la réduction des risques (RdR). Le principe de légalité est un des fondements de la liberté individuelle. Consacré par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, il consiste à affirmer que « Nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée. » La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme en donne une définition un peu plus large dans son article 7§1 en disposant : « Nul ne peut être condamné pour une action ou une omission qui, au moment ou elle a été commise, ne constituait pas une infraction d'après le droit national ou international. »

La légalité apparaît dans ces deux définitions comme une garantie contre l'arbitraire de l'État en imposant que l'infraction soit définie en termes clairs et précis par le législateur et qu'elle soit connue des citoyens avant que les pouvoirs publics puissent la sanctionner. L'originalité dans le cas des salles de consommation est que le Conseil d'État n'invoque pas le principe de légalité pour protéger les citoyens mais pour préserver une infraction et donc une restriction aux libertés individuelles !

Aussi surprenant que cela puisse paraître, ce n'est pas la première fois qu'un juge invoque ainsi le principe de légalité pour favoriser la répression au lieu de la limiter.

Le Conseil constitutionnel l'a déjà fait en 1998 en matière d'aide au séjour d'étrangers en situation irrégulière sur le territoire français (Conseil constitutionnel, 5 mai 1998, décision n°98-399 DC, *Journal Officiel*, 12 mai 1998, considérant n°7).

La loi prévoyait que le ministère de l'Intérieur pouvait donner une immunité aux associations « à vocation humanitaire » qui portaient assistance aux étrangers sans papiers. Le conseil constitutionnel déclare cette exception inconstitutionnelle, car la notion de « vocation humanitaire » n'est « précisée par aucune loi ». Il écrit qu'il revient au législateur « de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis pour permettre la détermination des auteurs d'infractions et d'exclure l'arbitraire dans le prononcé des peines, et de fixer dans les mêmes conditions le champ d'application des immunités qu'il instaure ». Une seconde décision du 22 janvier 1999 reprenait la même explication à propos de la Cour pénale internationale (Conseil constitutionnel, 22 janvier 1999, décision n°98-408 DC, *Journal Officiel*, 24 janvier 1999, considérant n°22).

L'avis du Conseil d'État sur les salles de consommation s'inspire donc de cette jurisprudence rare, mais le contexte légal était assez différent, et ne permet pas de justifier l'avis du Conseil d'État.



D'abord, le code de la santé publique n'interdit pas de façon générale l'usage de stupéfiants, mais seulement l'usage illicite de stupéfiants. L'article L.3421-1 de ce code est ainsi rédigé : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende ». L'infraction pénale admet donc qu'il puisse y avoir des usages licites, par exemple l'usage de stupéfiants dans le cadre d'un traitement médical. Les salles de consommation à moindre risque pouvaient être considérées comme un cadre licite de consommation des stupéfiants. Ensuite, quand on parle de légalité, on parle de qualité de la loi, d'une exigence de précision. Or, force est de constater que l'infraction d'usage illicite de stupéfiants est loin d'être précise, ne serait-ce que dans la définition des stupéfiants !

Qu'est-ce qu'un stupéfiant dans la loi française ? Une « substance vénéneuse » nous indique l'article L.5132-1 du code de la santé publique, une « substance vénéneuse... classée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » précise l'article L. 5132-7 du même code. L'arrêté en question date du 22 février 1990. Il est régulièrement modifié et loin d'être lui-même très précis dans sa rédaction. Ainsi l'arrêté classe parmi les stupéfiants les « champignons hallucinogènes, notamment des genres *stropharia*... ». On ne peut pas dire que cette définition soit d'une précision absolue !

Par comparaison, les textes qui définissent la RdR sont bien plus précis. L'article L.3121-4 du code de la santé publique précise que « La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ». Ce texte est complété par des décrets qui reconnaissent la nécessité d'un « soutien aux usagers dans l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place » (article R.3121-33-1, 2<sup>a</sup>, code de la santé publique), « la mise à disposition de matériels de prévention des infections » (article R.3121-33-1, 4<sup>o</sup>, code de la santé publique), etc.

Le référentiel de RdR, qui est également codifié, rappelle par ailleurs que « les besoins fondamentaux en matière de santé doivent être correctement couverts (hygiène, soins) » et que les matériels de prévention doivent permettre la « prévention des risques infectieux, adaptation des outils aux nouveaux usages » (article D. 3121-33 et annexe, code de la santé publique).

Enfin, la circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 2 janvier 2006 sur les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD) rappelle que les CAARUD s'adressent « à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs, qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques ». Elle leur confie aussi le soin de « réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants » et « d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs » (Référentiel national de réduction des risques pour usagers de drogues, article D. 3121-33 et annexe, code de la santé publique).

Refuser les salles de consommation à moindre risque, sous prétexte que leur fonctionnement ne serait pas suffisamment précis quand l'infraction à laquelle elles permettent d'échapper est rédigée en termes vagues, donne le sentiment qu'il y a deux poids et deux mesures. Lorsqu'il s'agit d'admettre l'usage de stupéfiants pour des raisons de santé publique, les juges se font très sourcilleux, mais lorsqu'il s'agit de sanctionner l'usage de stupéfiants, ils font une appréciation beaucoup plus complaisante du principe de légalité.

Par cet avis, le Conseil d'État hiérarchise les lois et fait prévaloir la prohibition sur la RdR. Au-delà des salles de consommation, il remet en cause le principe même de la RdR qu'il juge imprécise. Tout le dispositif actuel se trouve fragilisé par un avis – facultatif mais ô combien symbolique – que l'on jugera plus idéologique que juridique.

C'est donc sur le terrain des principes que le gouvernement, et le Parlement, vont devoir se placer. Ils pourront rappeler que la prohibition a été justifiée en son temps par les nécessités d'une politique de santé publique et qu'elle ne constituait pas une fin en elle-même. Ils pourront alors aisément affirmer dans la loi que lorsque la prohibition devient un obstacle à la santé publique, elle doit céder le pas à d'autres politiques publiques mieux à même de répondre aux défis que la drogue pose aux individus et à la société.

# Les mutations des marchés et des usages de drogues en France vues par le dispositif TREND

Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Tairou / TREND/OFDT

*Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'attache à décrire, depuis sa mise en place en 1999, les tendances émergentes en matière d'usages de drogues. Revenant sur les mutations à l'œuvre dans ce champ, cet article se focalise notamment sur la transformation de l'offre de cannabis en France, l'apparition des nouveaux produits de synthèse, et l'évolution de marchés plus classiques comme ceux de la cocaïne et de l'héroïne<sup>1</sup>.*

## Essor de l'usage et de l'offre d'herbe de cannabis

La mutation la plus spectaculaire concerne sans doute le marché du cannabis, qui constitue le produit illicite le plus consommé en France, avec près de quatre millions d'utilisateurs dans l'année<sup>2</sup>. Elle tient, depuis quelques années, à la montée en puissance de l'usage de l'herbe au détriment de la résine de cannabis importée du Maroc sur fond d'un développement d'une culture spécifiquement française. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : les transformations de l'usage, avec l'évolution des exigences des consommateurs, et celles de l'offre, avec le développement important des cultures d'herbe en France comme dans le reste de l'Europe.

Si l'usage et la production d'herbe de cannabis en France ne constituent pas une nouveauté, le dispositif TREND (voir encadré) a, depuis quelques années, identifié un certain nombre de nouvelles tendances annonçant des mutations importantes de ce marché. Le premier concerne la demande avec l'essor d'une mode que l'on peut qualifier de « bio » manifestant le souhait de nombreux utilisateurs de disposer de produits « naturels » et de « qualité » et, par conséquent, une tendance à une moindre appétence pour la résine de cannabis produite au Maroc. À cela s'ajoute la volonté de beaucoup d'utilisateurs, exprimée notamment dans le cadre

du mouvement des Cannabis social clubs, de ne pas dépendre, à la fois pour des raisons éthiques et sécuritaires, des réseaux de trafics traditionnels. Cette situation a nourri une forte tendance à l'autoproduction<sup>3</sup> dans un contexte où celle-ci restait, jusqu'à récemment, dominée largement par la figure du petit cultivateur en placard entretenant quelques plants destinés à répondre à une consommation personnelle ou à celle de ses proches. Cependant, cette caractéristique d'un marché français à l'offre atomisée est en train de changer depuis 2011 avec l'émergence du phénomène des *cannabis factories*, tenues par des organisations criminelles attirées par la dynamique de la demande<sup>4</sup>, et, depuis récemment, par le fait que de plus en plus de particuliers se lancent dans des cultures commerciales. En 2012 et 2013, les sites du dispositif TREND à Bordeaux, Toulouse, Rennes, et même Paris, rapportent le développement de cette pratique qui voit des personnes se lancer de manière quasiment professionnalisée dans le commerce d'herbe à grande échelle. Toutes ces évolutions concourent donc à la pérennisation d'une offre d'herbe de plus en plus produite en France<sup>5</sup> — la croissance importante des saisies de plants ces dernières années réalisées par les services répressifs (police, douane, gendarmerie)<sup>6</sup> l'atteste —, fortement dosée en tétrahydrocannabinol (THC) comme le montre la hausse du taux de pureté moyen de l'herbe saisie sur le territoire français : en 2013, selon l'Institut national de police scientifique (INPS), il tournerait autour de 12 %. Ces transformations ne concernent pas que la

<sup>1</sup> Pour une description plus exhaustive des tendances observées en 2011 et 2012, voir Cadet-Tairou A, Gandilhon M et al. *Marchés, substances, usages : les tendances récentes (2011-2012)*. Tendances n° 86, OFDT, juillet 2013.

<sup>2</sup> Voir le chapitre consacré au cannabis dans « Drogues et addictions, données essentielles », Saint-Denis : OFDT, 2013.

<sup>3</sup> En 2010, le nombre de petits cultivateurs était estimé à 80 000. *Drogues, chiffres clés*, cinquième édition, OFDT, juin 2013.

<sup>4</sup> Weinberger D. *Réseaux criminels et cannabis indoor : maintenant la France ?*, *Drogues, enjeux internationaux* n° 1, OFDT, mai 2011.

<sup>5</sup> En 2005, la production d'herbe en France était évaluée à une trentaine de tonnes tandis que le marché de l'herbe était estimé à 40 % du marché du cannabis (*Drogues et addictions, données essentielles*, op. cit.).

<sup>6</sup> En 2013, selon l'OCRITIS, plus de 141 000 pieds de cannabis ont été saisis soit le niveau le plus élevé jamais enregistré.



# Le dispositif TREND méthodologie

Le dispositif TREND s'attache depuis 1999 à détecter les phénomènes émergents et les tendances récentes dans le champ des drogues illicites, qu'il s'agisse des produits, de l'offre, des modes d'usage ou des profils de consommateurs. Pour remplir sa mission d'observation, il s'appuie sur un réseau de sept sites (Bordeaux, Marseille, Lille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse), dotés d'outils de collecte communs (observations ethnographiques, questionnaires qualitatifs, groupes focaux), et opérant dans l'espace urbain (CAARUD, squats) comme dans l'espace festif (free parties, clubs, discothèque). TREND comprend également un dispositif d'observation et de veille centré sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites : SINTES (Système d'identification national des toxiques).

France puisque, partout en Europe, on assiste au même phénomène et, d'ores et déjà, dans un certain nombre de pays européens, situés à l'est de l'axe Dublin-Istanbul, le marché de l'herbe a pris le pas sur celui de la résine de cannabis<sup>7</sup>.

Ces changements affectent en retour l'offre de la résine de cannabis, laquelle est obligée de s'adapter à ces nouvelles réalités en répondant à cette demande fondée sur la « qualité ». Depuis trois ans, le confirme la présence de plus en plus importante sur le marché d'une offre de résine fortement dosée en THC, présence confirmée par les analyses qui montrent une très forte hausse de la teneur en principe actif. Ainsi, en 2013, la teneur moyenne tourne autour de 17 %, un niveau sans précédent en France depuis que le phénomène est mesuré. En outre, les enquêtes ethnographiques menées récemment dans les régions productrices au Maroc montrent le développement des cultures de variétés d'herbe génétiquement modifiées et plus fortes en THC<sup>8</sup>.

## Apparition des nouveaux produits de synthèse

Le deuxième phénomène marquant à l'œuvre aujourd'hui est représentée par l'apparition des nouveaux produits de synthèse<sup>9</sup>, substances qui imitent les effets de différents produits illicites comme par exemple le cannabis, le khat, l'ecstasy ou la cocaïne. Il est difficile

aujourd'hui de dire si cette émergence va bouleverser en profondeur l'usage de drogues en France. D'une part à cause de son caractère récent, qui fait que l'on manque encore de recul, et du fait aussi du caractère lacunaire des informations dont on dispose dû au mode de circulation de ces produits, lequel se fait essentiellement par des commandes sur le *deep Web* et le vecteur postal. Cependant, TREND, ces deux dernières années, enregistre des évolutions significatives avec un début d'apparition d'un certain nombre de substances, comme les cannabinoïdes de synthèse, sur les marchés physiques de l'espace festif alternatif techno. Il semble en effet que sur certains sites comme Bordeaux, Lille ou Metz, un début de structuration d'une offre directe apparaisse. Celle-ci serait le fait d'usagers-revendeurs qui jouent sur les écarts, qui peuvent aller du simple au triple, entre le prix pratiqué au détail et celui auquel le produit est obtenu sur le Web. D'ores et déjà, dans certains milieux, comme le festif gay à Paris avec la pratique du slam (injection en contexte sexuel) ou dans le milieu festif alternatif, avec notamment la méthoxétamine (MXE), dont les effets s'apparentent à ceux de la kétamine, certaines nouvelles drogues de synthèse tendent à prendre une place croissante dans le spectre des consommations tout en restant largement minoritaires parmi l'ensemble des usagers.

## Retournement du cycle de diffusion de la cocaïne ?

La création du dispositif TREND il y a quinze ans a coïncidé avec l'essor de l'usage de la diffusion de la cocaïne dans la société française, tendance portée par une image positive de ce produit associé au monde de la fête et de la performance<sup>10</sup>. Depuis deux ans, la majorité des sites TREND note un certain retournement de tendance s'agissant de l'image de la cocaïne. Celle-ci touche en premier lieu les usagers les plus anciens dont certains commencent à éprouver les dommages sanitaires consécutifs à leur consommation. En outre, beaucoup d'entre eux se plaignent de la qualité du produit qui circule en France, de même que du prix de la cocaïne, qui, s'il a été divisé par deux en vingt ans, tend à remonter depuis 2012 pour se situer en moyenne dans une fourchette comprise entre 65 et 70 euros le gramme<sup>11</sup>. Chez les plus jeunes, la cocaïne se trouve de plus en plus concurrencée par le développement de l'usage de la 3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine (MDMA) en poudre, lequel est en nette augmentation dans les milieux festifs alternatifs comme commerciaux. Aujourd'hui, les observateurs du dispositif TREND situés dans l'espace festif, particulièrement dans les villes comme Rennes, Lille ou Toulouse qui disposent d'une offre festive abondante, notent la tendance des

<sup>7</sup> OEDT. Rapport européen sur les drogues, tendances et évolutions. Lisbonne: 2013.

<sup>8</sup> Chouvy PA, Afsahi K. Hashish revival in Morocco. *Int J Drug Policy* 2014.

<sup>9</sup> Lahaie E, Martinez M, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances* n° 84, OFDT, janvier 2013.

<sup>10</sup> Pousset M. Cocaïne, données essentielles. Saint-Denis: OFDT, 2012.

<sup>11</sup> OFDT/TREND. Les prix de détail et la disponibilité des principales substances psychoactives circulant en France en 2012. Septembre 2013.

jeunes consommateurs à privilégier la MDMA par rapport à la cocaïne non seulement du fait d'un phénomène de mode (syndrome Madonna, attrait de la « nouveauté »), mais aussi pour des raisons qui tiennent au rapport qualité/prix d'une substance plutôt moins onéreuse que la cocaïne – 60 euros le gramme – et d'un taux de pureté plus élevé – selon l'INPS, 63 % en 2012 versus 32 % pour la cocaïne<sup>12</sup>. Toutes ces phénomènes pourraient annoncer donc, à l'image de ce qui se passe dans bon nombre de pays européens, comme le Royaume-Uni et l'Espagne, où les prévalences baissent significativement<sup>13</sup>, un retournement de tendances, même s'il convient d'être prudent : la cocaïne demeure aujourd'hui en France un produit disponible dont l'image globale reste encore relativement bonne.

précédant l'enquête et surtout des fortes prévalences dans les régions du centre et du sud de la France. Toutes ces tendances confirment que la question de l'usage d'opiacés ne se résume plus en France à celui de l'héroïne. Aujourd'hui, en effet, contrairement à la situation qui prévalait dans les années 1980 et 1990, jusqu'à l'introduction des traitements de substitution, l'héroïne a perdu son importance centrale au profit de formes médicamenteuses dont le statut thérapeutique, comme l'atteste la part croissante de la méthadone et de la BHD dans les surdoses mortelles, est devenu, malgré les progrès importants engendrés par leur introduction, problématique.

## Problématiques « opiacés » toujours présentes

Les années 2011 et 2012 ont été caractérisées par de fortes tensions sur le marché de l'héroïne brune en France. Ces tensions s'inscrivent dans un contexte européen qui a vu un certain nombre de pays connaître de véritables pénuries du produit probablement provoquées par le démantèlement de grands réseaux de trafic. En France, le phénomène s'est manifesté non pas sous la forme de pénurie – le réseau des sites, à l'exception de Marseille, n'ayant pas rapporté de rupture dans la disponibilité – mais d'une chute importante des teneurs moyennes mesurées aussi bien par l'INPS que par le Système national d'identification des toxiques et substances (SINTES). Ainsi, il semble que les trafiquants aient réagi aux probables difficultés d'approvisionnement qu'ils rencontraient en coupant le produit. Le phénomène est particulièrement marqué dans les zones du territoire français les plus éloignées de la Belgique et des Pays-Bas, principales zones de stockage de l'héroïne afghane destinée à l'Europe de l'Ouest, où les teneurs peuvent descendre jusqu'à 3 % contre 7 % en moyenne sur l'ensemble du territoire<sup>14</sup>. Cette situation a entraîné de la part des usagers des reports sur les médicaments opiacés. La plupart des sites ont ainsi observé une augmentation sur les marchés parallèles alimentant surtout les usagers les plus marginalisés de la présence, outre de Subutex®

(buprénorphine haut dosage [BHD]), de la méthadone et des sulfates de morphine. Ces observations ont été largement corroborées par l'enquête nationale de 2012 auprès des usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui montre un accroissement de l'usage de Skénan® au cours du mois

<sup>12</sup> INPS. *Stupéfiants 2012: bilan S.T.U.P.S. Ecully: 2013. Ce taux moyen n'exclut pas bien entendu la présence, en recrudescence depuis 2013, sur le marché d'une cocaïne fortement dosée.*

<sup>13</sup> OEDT. *Rapport européen sur les drogues. 2013, op.cit.*

<sup>14</sup> Lahaie E, Cadet-Taïrou A. *Héroïne: composition, prix, connaissance des usagers. Résultats de l'enquête nationale SINTES 2010-2011. À paraître, OFDT, 2014.*

# Édito

Directeur de la publication  
Didier Jayle

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction  
Brigitte Hulin

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Élisabeth Avril  
Philippe Batel  
Mustapha Benslimane  
Vincent Benso  
Catherine Brousselle  
Jean-Pierre Couteron  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Alexandre Marchant  
Isabelle Michot  
Philippe Périn  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Antonio Ugidos  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista

Réalisation graphique  
Céline Debrenne

Impression : Stipa / 4M

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM  
case 216  
2, rue Conté  
75003 Paris

Téléphone : 01 58 80 87 31  
swaps@pistes.fr  
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida),  
qui édite aussi Transcriptases  
et [www.vih.org](http://www.vih.org)

Avec la participation  
du Crips Île-de-France, du Crips  
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien financier de la  
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Cette 74<sup>e</sup> édition de *Swaps* consacre un dossier à la troisième rencontre sur la réduction des risques organisée par la chaire d'addictologie du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) avec la Fédération addiction, la Fédération AIDES et *Swaps* sur la e-cigarette. **Intéressante par son côté innovant, technologique, électronique, mais surtout par son côté citoyen par lequel elle a fait irruption dans la société. Autant de raisons pour que le CNAM accueille cette première rencontre universitaire sur la e-cigarette.**

Ni soutenue par l'industrie du tabac, tout du moins pas encore, ni pas l'industrie pharmaceutique, la e-cigarette a pris de court les gardiens de la tabacologie, qui ne savent pas très bien s'il faut la considérer comme une porte d'entrée ou de sortie, elle a pris de court également les autorités de santé, qui ont du mal à se prononcer et qui sont empêtrés dans le sacro-saint principe de précaution.

Récemment, la Haute Autorité de santé (HAS) a recommandé aux médecins de ne pas dissuader ceux qui avaient commencé avec la cigarette électronique, mais qu'ils ne devaient pas non plus les inciter à le faire ! Précieuse recommandation pour les praticiens !

La e-cigarette ne contient a priori, ni tabac, ni goudron, ni monoxyde de carbone, ce qui en fait un véritable outil de réduction des risques. Mais il y aurait, selon la HAS, des substances toxiques à une concentration certes bien moindre que dans le tabac, de 9 à 450 fois moindre. Là aussi, c'est un peu difficile de s'y retrouver. On ne connaît pas les risques à long terme comme William Dab nous le rappelle (p. 2). L'Union européenne a décidé récemment, en décembre 2013, de ne pas classer la cigarette électronique parmi les médicaments. Sage décision car, dans le cas contraire, la diffusion eut été très largement entravée. À Moscou, en novembre, se réunira la « conférence des parties » de l'accord cadre sur le tabac sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS); d'ici là, les polémiques font rage entre les scientifiques pro et anti qui tous manquent de données scientifiques validées.

Pourtant, déjà, la diffusion de l'e-cigarette est considérable. En France, entre 2011 et 2013, il semble que le nombre d'utilisateurs réguliers soit passé de 500 000 à 1 million et demi. Une étude de l'IPSOS montre que 10 millions de Français l'ont expérimentée, soit 21 % des Français âgés de plus de 21 ans. En ce qui concerne les lycéens, la consommation passe de 8 % en 2011 à 18 % en 2013, et pour *Swaps* Aurélie Lermenier rapporte les résultats de l'enquête ETINCEL.

Il est donc urgent de mieux connaître les avantages, les risques et les enjeux liés à l'e-cigarette. Difficile quand il y a encore si peu de travaux de recherche et un matériel qui évolue si vite ! Nous avons donné la parole à deux tabacologues impliqués (Jacques Le Houezec et Gérard Mathern), à un addictologue, Alain Morel, qui montre certains enjeux communs entre la e-cigarette, le Subutex® et le baclofène. Nous tenions aussi à entendre les usagers, pas ceux d'Asud pour une fois, mais ceux de l'Aiduce dont le représentant, Brice Lepoutre, nous confirme que le coût et la santé sont les deux motivations principales des fumeurs pour passer à la e-cigarette et bien sûr l'État, et c'est Pascal Melihan-Cheinin qui expose la position prudente et responsable du ministère de la Santé.

Dans cette édition, *Swaps* revient aussi sur le dernier avatar concernant les salles de consommation à moindre risque avec l'analyse de Yann Bisiou sur l'avis du Conseil d'État (p. 19) et sur les nouvelles tendances des usages de drogues à travers le dispositif TREND (p. 21).

DIDIER JAYLE