

Dossier pour l'Habilitation à Diriger des Recherches
sous la direction de Hervé Leleu (directeur de recherche CNRS)
Université de Lille 1

Titres et travaux de recherche

Contributions à une économie des drogues et des comportements addictifs

**L'individu face à ses usages de substances psychoactives, ses dépendances, les
conséquences associées et aux politiques qui les encadrent.**

Christian BEN LAKHDAR

2012

Sommaire

Introduction -----	3
Section 1. La prévention des addictions -----	8
1.1. <i>La notion de prévention</i> -----	8
1.2. <i>Economie de la prévention</i> -----	9
1.3. <i>Les travaux réalisés : cibler et évaluer pour prévenir efficacement</i> -----	10
Section 2. Les prises en charge médico-sociale des usagers de drogues et leurs évaluations -----	13
2.1. <i>Les outils de l'économie de la santé</i> -----	13
2.3. <i>Les travaux réalisés : évaluation coût-utilité des microstructures alsaciennes</i> -----	15
Section 3. La politique de réduction des risques -----	17
3.1. <i>Une politique de minimisation des externalités ?</i> -----	17
3.2. <i>Une zone grise : entre répression de l'usage et consommation sans risque</i> -----	19
3.3. <i>Les travaux réalisés : naïveté de la recommandation « evidence-based » ?</i> -----	21
Section 4. Répression et régulation du marché -----	24
4.1. <i>Le moins connu des versants du marché : l'offre</i> -----	24
4.2. <i>Les travaux réalisés : participer au débat public</i> -----	26
Section 5. Perspectives de recherche -----	29
5.1. <i>Inégalités sociales de santé – inégalités sociales de justice</i> -----	29
5.2. <i>Des toxicomanies à la santé publique en général</i> -----	31
Section 6. Activités d'enseignement et de recherche -----	34
6.1. <i>Enseignements et expériences professionnelles</i> -----	34
6.2. <i>Publications et travaux de recherche</i> -----	35
6.3. <i>Activités d'administration de la recherche</i> -----	40
6.4. <i>Valorisation de la recherche</i> -----	41
Références -----	43

Introduction

Les drogues licites et illicites sont des biens de consommation courante et les addictions sans produits (au jeu par exemple) sont largement plus répandues que l'on ne le pense généralement. En 2008, l'organe des Nations Unies contre le crime et la drogue (UNODC) estimait entre 155 et 250 millions le nombre d'individus âgés entre 15 et 64 ans ayant consommé dans l'année au moins une substance psychoactive illicite dans le monde. Le nombre d'usagers problématiques, c'est-à-dire les usagers de drogues par injection et les personnes considérées comme dépendantes, qui connaissent de graves problèmes de santé et de vie en société du fait de leur consommation, était quant à lui estimé entre 16 à 38 millions (UNODC, 2010).¹ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dénombre près d'un milliard de fumeurs de tabac dans le monde en ce début de siècle dont nombre d'entre eux se situe dans des pays en développement. La consommation de boissons alcooliques de chaque individu âgé de plus de 15 ans au niveau mondial représente 6,13 litres d'alcool pur par an (OMS, 2011). Le nombre de joueurs pathologiques ou problématiques² n'est pour le moment pas quantifiable mondialement. Il apparaîtrait néanmoins que cette prévalence en population générale s'établirait entre 0,5 et 2 %. Ajoutons à cela qu'il existerait un lien fort entre jeu pathologique et consommation de substances psychoactives (INSERM, 2008).

L'Europe et la France ne sont bien sûr pas exemptées de ce type de comportement de la part de leurs habitants. En France, les prévalences tabagiques ont connu une récente augmentation pour s'établir à environ 30 % de la population en 2010. Même si la consommation d'alcool diminue nettement depuis les années 1960, principalement du fait de la baisse de la consommation de vin, de nouveaux comportements d'usage apparaissent, en particulier chez les jeunes avec le *Binge Drinking*. Les données du dernier Baromètre santé montrent que les consommations de drogues illicites ne faiblissent pas.

Bien évidemment ces comportements de consommation ont un coût pour la collectivité du fait non seulement des conséquences sanitaires associées à la consommation et l'abus de certains produits mais aussi du fait des politiques mises en œuvre pour les refreiner. Le coût social des drogues licites et illicites a été estimé pour la dernière fois en France pour l'année 2003 (Kopp et Fénoglio, 2006). Le coût social, développé selon la méthode *Cost of Illness*, représente l'ensemble des coûts directs et indirects imputables à l'existence même du phénomène considéré. Autrement dit, les calculs de coût social cherchent à

¹ Le nombre d'individus âgés entre 15 et 64 ans dans le monde en 2008 était estimé à 4396 millions.

² La définition dépend des outils de repérage utilisés mais on qualifie ainsi les individus dont l'état ou le comportement répondent à certains critères d'un diagnostic clinique.

monétariser un scénario contrefactuel dans lequel le produit considéré et les conséquences qui lui sont imputables n'existent pas. En France en 2003, si personne n'avait consommé du tabac, la collectivité aurait économisé 47,7 milliards d'euros ; 37 milliards s'agissant de l'alcool et 2,7 milliards d'euros concernant les drogues illicites. A noter que le coût social du cannabis a été réévalué en 2006 à 919 millions d'euro (Ben Lakhdar, 2007a) en prenant en compte les résultats de l'étude « Stupéfiants et Accidents Mortels » (SAM) sur l'accidentologie routière attribuable au cannabis (Laumon *et al.*, 2005). Finalement, même lorsque les bénéfices en termes de fiscalité ou de plaisir retiré de la consommation de substances psychoactives sont pris en compte, les drogues licites et illicites impactent toutes négativement le bien-être social (Kopp et Fénoglio, 2011).

La minimisation du coût social des drogues licites et illicites est un objectif en soi mais il passe indubitablement par une meilleure connaissance du comportement toxicomaniaque d'une part et d'autre part, par des évaluations économiques des politiques publiques implémentées.

Le cadre de référence de l'analyse économique des comportements toxicomaniaques est celui de la théorie de l'addiction rationnelle développé par Gary Becker et Kevin Murphy (1988). Dans leur modèle, Becker et Murphy postulent que le consommateur choisit de devenir dépendant : il sait que sa consommation de drogue contraint ses choix futurs, via le stock d'addiction en formation. Le consommateur est ainsi amené à gérer son usage en mitigeant la nature contradictoire des biens addictifs, à savoir l'accoutumance et le renforcement pharmaceutique. Le premier effet conduit l'individu à augmenter d'autant plus sa consommation présente que son accoutumance est importante (il y a ici perte d'utilité) alors que le second effet, d'autant plus important que sa consommation passée est importante, lui procure de sa consommation présente une euphorie marginale instantanée plus grande (il y a ici gain d'utilité).

Cette rationalité stricte du consommateur de drogues a été remise en cause. L'imperfection de l'information des usagers (Orphanidès et Zervos, 1995), les formes de leurs préférences instantanées (Suranovic, Goldfarb et Leonard, 2001), l'évolution des préférences temporelles (Orphanidès et Zervos, 1995) et la cohérence temporelle (Gruber et Köszegi, 2001) des choix des usagers de substances psychoactives ont, entre autres, été discutées. Nous avons de plus montré, que cela soit dans un cadre de rationalité stricte ou pas, que le modèle d'addiction rationnelle échouait à prendre en considération le mode de consommation de drogues comme un levier de gestion de la propre carrière du toxicomane ou du dépendant (Ben Lakhdar et Bastianic, 2011). Il n'en reste pas moins qu'en accord avec ces modèles théoriques, la plupart des politiques publiques menées,

qu'elles soient plus ou moins paternalistes, se retrouvent fondées (Etilé, 2004) : l'individu réagira aux incitations mises en place par ces dernières.

La répression policière de l'offre de drogues illicites vise à imposer un coût, une taxe, sur le prix de vente des substances. Plus la répression est importante, plus le prix à la vente de détail le sera et moins les consommateurs seront enclins à acheter la dite-substance. De la même manière mais concernant les produits licites, l'augmentation des taxes, donc des prix, conduisent les consommateurs soit à ne pas commencer à consommer, soit à diminuer leur consommation, voire à arrêter. Il ressort en effet que les usagers de substances psychoactives sont sensibles aux variations de prix toutes choses égales par ailleurs, ou autrement dit, qu'en fonction des produits et des individus, la demande de drogues est plus ou moins élastique (pour les drogues licites, alcool et tabac voir Gallet, 2007 et Gallet et List, 2003 ; pour les drogues illicites, entre autres voir Nisbet et Vakil, 1972 ; DiNardo, 1993 ; Grossman et Chaloupka, 1998 ; Safer et Chaloupka, 1999 ; Bretteville-Jensen, 1999 ; Bretteville-Jensen et Biorn, 2004 ; Ben Lakhdar, Vaillant et Wolff, 2011³).

Les individus ne disposant pas de toute l'information nécessaire pour faire des choix optimaux peuvent être amenés à prendre des risques. Un outil de politique publique consiste alors à dispenser de l'information sur les conséquences sanitaires de tel ou tel comportement pour que l'individu modifie ses choix. Les politiques de prévention, primaire, secondaire ou tertiaire et les politiques de réduction des risques partagent cet objectif, à savoir informer l'individu dans le but de le dissuader de l'adoption d'un comportement ou afin de minimiser les conséquences néfastes de ce comportement, que cela doit directement pour lui (limitation des externalités négatives) ou pour la collectivité (limitation des externalités négatives).

Le but de ce document est de non seulement présenter de façon structurée les travaux que nous avons déjà pu mener sur la question des drogues et des toxicomanies mais aussi de les contextualiser dans la littérature et les expériences traitant de ces questions. Il est aussi d'en dégager des pistes de recherche future. Pour ce faire, l'organisation de ce document sera calquée sur l'intitulé de la politique suisse de gestion des drogues et des toxicomanies, à savoir la politique des quatre piliers.⁴ Cette politique se voulant pragmatique et dénuée d'idéologie est une référence en Europe en matière de toxicomanies et une récente évaluation la place comme l'une des plus efficaces dans la gestion des drogues au niveau national (Reuter et Schnoz, 2009).

³ Article en soumission à *Economic Inquiry*. Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. Estimates of the price elasticity of cannabis: Does quality matter?.

⁴ Voir l'Office Fédéral de la Santé Publique suisse : www.bag.admin.ch

Le premier pilier, en conséquence la section 1, est celui de la prévention. Il s'agira ici de définir cette notion et de voir quelles sont les contributions de l'économiste dans ce domaine. Nos travaux portant sur une meilleure connaissance des usagers de tabac et d'alcool seront mis en avant ainsi que les évaluations de politiques de prévention que nous avons pu réaliser.

Le deuxième pilier de la politique suisse est celui de la thérapie et de la réinsertion, autrement dit celui de la prise en charge médico-sociale comme l'indique le titre de notre section 2. Il convient ici de comprendre dans quelle mesure les toxicomanies peuvent être médicalisées et d'évaluer économiquement les modes de prise en charge dédiés. Un point spécifique est développé sur un dispositif innovant de prise en charge d'usagers de drogue pour lequel nous avons contribué à une étude de coût-utilité. Nous présenterons aussi une synthèse de la littérature sur les traitements du SIDA et des hépatites chez les usagers de drogues que nous avons réalisée dans le cadre d'une expertise collective INSERM (2008). Cette dernière appuiera aussi en partie notre section suivante.

La réduction des risques et l'aide à la survie est le nom officiel du troisième pilier. Nous intitulons donc la troisième section - réduction des risques -. Nous exposerons ce qu'est cette politique en soutenant l'idée qu'elle s'apparente à une politique de minimisation des coûts générés par les internalités et les externalités négatives issues de la consommation de substances psychoactives. Encore une fois, nos travaux, principalement des évaluations médico-économiques, seront mis en avant mais dans le même temps, nous soulignerons la difficulté d'implémentation des dispositifs de cette politique même lorsque ceux-ci sont « *evidence-based* » ; l'idéologie en matière de drogues illicite étant particulièrement prégnante.

Le quatrième pilier est celui de la répression de l'usage et du trafic de substances psychoactives illicites. Comme le souligne l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA, 2010), le versant offre du marché des drogues est le moins étudié puisque certainement le plus pauvre en termes de données empiriques. Les travaux que nous avons pu réaliser dans ce domaine, que ceux-ci portent sur le cannabis ou sur la cocaïne, nous amèneront à discuter de l'implication du chercheur dans le débat public, débat principalement axé autour du régime de régulation des marchés des drogues.

Finalement, une dernière section viendra exposer certaines perspectives de recherches qu'il nous semble important de mener. Elles s'inscrivent dans la problématique des inégalités sociales de santé élargie ici, voire additionnée, à celles des inégalités sociales de justice. Bien sûr un certain nombre de pathologies sont attribuables à la consommation de

substances psychoactives et, dans ce cadre et d'un point de vue strictement économique, comme l'individu malade coûte plus à la collectivité qu'il ne lui rapporte, il convient de le soigner pour que ce dernier retrouve toutes ses facultés productives et qu'il se réinscrive dans l'économie du pays. La prévention et le traitement de ces pathologies, autrement dit les politiques publiques mises en œuvre peuvent alors se justifier économiquement. Mais, comme « les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance » (Becker, 1963), le consommateur de drogues, qu'elles soient illicites ou licites, se voit infliger des traitements (autres que sanitaires) visant à le faire revenir à un état « normal ». Ce traitement, souvent la loi, peut conduire à un entrelacement des politiques sanitaires et répressives⁵, quelque fois de manière efficace (l'alcool au volant par exemple) d'autres fois inefficace (arrestation d'injecteurs de drogues aux abords de programmes d'échange de seringues) et socialement très inégalitaires (Stevens, 2010). Il convient alors, et ceci constitue un programme de recherche en plus des recherches continûment menées au sein des quatre piliers, d'évaluer les coûts et les bénéfices économiques que la criminalisation de certains comportements à risques pour la santé peut produire : il s'agit ici de comprendre et d'évaluer économiquement la zone d'interaction existant entre politiques répressives et politiques de santé.

Nous concluons ce projet de recherche en montrant qu'il dépasse au final le cadre strict des drogues et des toxicomanies pour s'inscrire méthodologiquement dans un plus large programme de recherche en santé publique.

⁵ Bergeron (2004) souligne néanmoins qu'un mouvement européen de sanitarisation de la gestion des toxicomanies s'est opéré ces vingt dernières années.

Section 1. La prévention des addictions

La prévention, au travers des outils qu'elle met en œuvre et des populations ciblées, prend différentes formes. Dans ce cadre, l'économiste participe à l'identification de comportements à risque et évalue les politiques de prévention implémentées. A l'instar de nos travaux réalisés sur les drogues licites, l'économiste participe au calibrage des politiques publiques de prévention.

1.1. La notion de prévention

Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents. On distingue deux approches permettant de définir plus précisément cette notion ; les deux distinguant trois niveaux différents de prévention.

La première, selon l'OMS, dispose que la prévention primaire s'entend comme « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas » tandis que la prévention secondaire se définira par « tous les actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution ». La prévention tertiaire regroupe « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ».

La seconde approche distingue la prévention en trois sous-ensembles. Le premier, « la prévention universelle, est dirigé vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état ». La prévention orientée porte quant à elle sur les sujets à risque et « tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés » tandis que « la prévention ciblée est appliquée aux malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat » (San Marco, 2003 cité dans le rapport Flajolet, 2008).

Quelle que soit la définition retenue, la notion de prévention recoupe des actions fort différentes allant de la campagne télévisuelle grand public sur les méfaits de l'alcool et du tabac à l'éducation à l'injection pour des individus injecteurs de drogues. D'une façon générale, selon Bourdillon (2005), le champ d'action de la prévention concerne essentiellement les conditions de vie, les facteurs de risque de maladie et la gestion de la maladie. Pour la mise en place effective d'une action de prévention, différentes conditions se doivent d'être réunies. Cela passe entre autres par une bonne connaissance du

problème et des comportements des groupes d'individus concernés. Grâce à ses outils théoriques et empiriques, l'économiste trouve toute sa place dans la production de connaissances à destination du champ de la prévention.

1.2. Economie de la prévention

La contribution de l'économiste à la prévention, la promotion et l'éducation à la santé a souvent été vue et cantonnée aux calculs des coûts attribuables aux pathologies, aux traitements et aux pertes de productivité, et parfois à l'estimation des coûts et des bénéfices de certaines interventions de prévention. L'approche économique peut toutefois contribuer au domaine de la prévention bien au-delà de ces aspects comptables.

A l'aide de fondements théoriques et d'outils d'analyse empirique, l'économiste peut aider à la compréhension des trajectoires à travers lesquelles les maladies chroniques ou les toxicomanies sont générées. Evidemment, cette approche n'a pas pour ambition une explication absolue des phénomènes mais vient en complément de l'épidémiologie, des sciences médicales et biologiques et de la sociologie. En s'attardant néanmoins sur des variables économiques, le prix, le revenu, les préférences individuelles, l'offre ou la demande, l'économiste peut fournir des éclairages dans la compréhension des choix individuels ou sociaux qui constituent une part fondamentale des phénomènes observés. Il en découle que l'économiste peut aider à identifier les opportunités d'intervention sur les choix individuels réalisés de sorte à améliorer le bien-être individuel et collectif. Il peut aussi participer à la compréhension et au ciblage des conflits potentiels entre les politiques publiques mises en place : politique de transport en commun et activités physiques par exemple ou encore, augmentation du prix des denrées alimentaires nuisibles à la santé ou augmentation du prix du tabac et inégalités sociales de santé (Sassi et Hurst, 2008).

Le cadre méthodologique néoclassique stipule la rationalité de l'individu représentatif. Ce dernier cherche à maximiser sous contrainte son utilité par les choix qu'il effectue. Ce cadre théorique aide à la compréhension des choix effectués par les individus et plus spécifiquement éclaire sur les choix déviant marginalement ou radicalement d'un calcul coût-bénéfice optimal. L'individu maximisateur peut ainsi se tromper et faire des choix néfastes pour sa santé même s'il en retire un plaisir, une satisfaction immédiate. Les préférences pour le présent de l'individu peuvent ainsi être trop marquées : il n'anticipe que peu les conséquences futures de ses choix présents. Ou alors les préférences de l'individu ne se sont pas encore parfaitement révélées à lui-même : les jeunes peuvent par exemple se révéler à eux-mêmes leurs préférences par des comportements à risques entrepris.

Dans cette approche théorique, la prévention, la promotion et l'éducation à la santé prennent ainsi tout leur sens en informant des conséquences de tel ou tel types de comportement ou en cherchant à les modifier. Les politiques publiques de prévention primaire, secondaire ou tertiaire nécessitent donc un calibrage particulier en vue d'être efficaces. La connaissance des populations cibles et de leurs caractéristiques comportementales sociodémographiques mais aussi économiques participe à l'efficacité des politiques mises en œuvre.

En s'appuyant sur d'enquêtes en population générale du type du Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) ou d'enquêtes spécifiques, l'outil économétrique participe à la connaissance empirique de ces phénomènes. Le raisonnement « toutes choses égales par ailleurs » permet de plus de souligner les variables qui tiennent lieu de ressort aux comportements observés et autorise des recommandations de politiques publiques de santé : le revenu est une variable explicative de la consommation de drogues illicites, les individus sont sensibles aux augmentations du prix du tabac...

1.3. Les travaux réalisés : cibler et évaluer pour prévenir efficacement

Certains travaux de recherche que nous avons conduits s'inscrivent pleinement dans les objectifs de travail des économistes en matière de prévention. L'identification des facteurs de risque en est un versant tandis que l'évaluation des politiques de prévention en constitue un autre.

Concernant le premier point, la connaissance des déterminants socio-économiques du tabagisme est indispensable pour le calibrage efficace des outils de prévention visant soit à désinciter ou arrêter la consommation de tabac, soit à modérer la consommation d'alcool. Ceci est particulièrement important chez les jeunes. Nous avons réalisé sur ce point, en collaboration avec Nicolas Vaillant de l'Université Catholique de Lille (UCL), François-Charles Wolff, Professeur à l'Université de Nantes, et Grégoire Cauchie, doctorant à l'UCL, une série de travaux sur les effets de l'exposition aux médias (télévision et lecture) et sur les effets des revenus du jeune ou de ses parents sur la consommation de tabac et d'alcool. Nous bénéficions des données de l'enquête OVE (Observatoire de la Vie Etudiante) qui, tous les trois ans depuis 1996, renseigne sur les comportements tabagique et alcoolique d'un échantillon représentatif des étudiants en France (environ 30 000 étudiants à chaque vague d'enquête).

Les méthodologies économétriques mises en œuvre visent à estimer les probabilités de consommation de tabac et d'alcool en fonction des caractéristiques des étudiants

(variables socio-démographiques traditionnelles, revenu, fratrie, argent de poche, heures passées devant la télévision, heures de lecture de magazines et journaux...). A cet effet, des modèles Probit et Logit sont utilisés tout en contrôlant des biais de sélection par des modélisation à la Heckman et des biais d'endogénéité.

Des effets revenus significatifs expliquent la consommation de tabac : toutes choses égales par ailleurs, plus le revenu de l'étudiant est important plus sa probabilité de consommer du tabac l'est aussi. De plus, même en contrôlant du tabagisme des parents, le revenu de ces derniers est aussi un facteur de risque positif de la consommation de tabac chez le jeune (Ben Lakhdar et al., 2012).

Concernant l'exposition aux médias⁶, les conclusions sont nettement moins tranchées non seulement dans la littérature existante mais aussi dans nos travaux. Selon nos résultats, toutes choses égales par ailleurs et après avoir contrôlé des biais d'endogénéité, chez les jeunes, les heures passées devant la télévision ou à lire des magazines ou des journaux augmentent la probabilité de fumer ou de boire de l'alcool. Plus précisément, il ressort que regarder la télévision augmente la probabilité de fumer de 12,9 % et la probabilité de boire de l'alcool de 7,2 %. Ces probabilités sont augmentées de 10,2 % pour le tabac et de 7,2 % pour l'alcool quand on considère l'influence de la lecture de magazines et de journaux. Nos résultats diffèrent quelque peu de la littérature internationale. Un agenda de recherche émerge alors pour mieux prendre en compte une des limites majeures de ce travail, à savoir l'influence non seulement des campagnes de prévention du tabagisme et de la consommation d'alcool apparaissant dans les médias mais aussi des cadres réglementaires les contraignant (loi Evin) et les stratégies des firmes pour les contourner (placement de produits dans le cinéma...).

Le second point est l'inscription de nos travaux dans l'évaluation des politiques publiques de prévention. Toujours concernant le tabac, un des derniers outils de prévention mis en place en France consiste en l'apposition de pictogrammes informant des conséquences sanitaires futures attribuables au tabac. Cet outil peut non seulement être considéré comme une politique de prévention secondaire, voire tertiaire, mais aussi primaire dans le sens où même les non fumeurs sont atteints par les images de prévention.

Grâce à une enquête menée auprès de 400 étudiants de l'Université Catholique de Lille dans laquelle les différents pictogrammes leur étaient projetés et leur ressenti demandé en fonction de différents items issus de la littérature, une telle évaluation a pu être menée. Il est à noter que l'apposition des pictogrammes sur les paquets de cigarettes

⁶ Article soumis à *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. Media exposure and consumption of tobacco and alcohol among French students.

n'était pas encore effective lors de l'enquête. Plusieurs résultats ressortent fortement. Le premier est que cet outil de prévention semble dissuader plus les non fumeurs de fumer que les fumeurs de diminuer, voire arrêter. Le deuxième est que les pictogrammes évoquant la mort ou la maladie ne semblent pas efficaces si l'ambition est l'arrêt du tabac, tout du moins pour une population jeune comme celle de nos étudiants. Par contre, un des pictogrammes, celui montrant une bouche et une dentition abîmées, se révélait être particulièrement efficace contre le tabagisme selon les individus interrogés. L'idée de relations sociales détériorées (comment plaire et interagir socialement avec une dentition noircie ?) à cause du tabac explique certainement le très bon classement de ce pictogramme (Ben Lakhdar, Vaillant et Wolff, 2011).

Ce travail ne constitue que la première étape d'une étude avant-après puisque nous réalisons, quelques mois après que le dispositif de prévention ait été implémenté, la même enquête pour déterminer si et comment les résultats concernant l'efficacité des pictogrammes varient et ainsi peut-être juger des effets d'habitude ou de lassitude face à ces images-chocs. De plus, dans le but d'évaluer le coût d'opportunité de cet outil de prévention, nous demandons aux individus de valoriser monétairement le pictogramme grâce à une question spécifique. L'idée ici est de mesurer en termes monétaires les effets de lassitude ou d'habitude et de calculer un éventuel coût d'opportunité fiscal. En effet, l'apposition d'images-chocs peut se traduire par un coût psychologique à additionner au prix du paquet de cigarettes. Si ce coût psychologique s'estompe, peut-être aurait-il mieux fallu augmenter la taxe plutôt qu'apposer des pictogrammes, le premier des outils de prévention présentant l'avantage de générer des recettes fiscales.⁷

Concernant l'utilisation de l'outil fiscal pour prévenir le tabagisme, nous plaidons, grâce à une étude sur séries temporelles mobilisant une méthodologie VAR, pour une harmonisation des taxes de tous les produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos...) afin de limiter les effets de substitution entre ces mêmes produits et accélérer le processus menant à l'abstinence de tabac (Vaillant, Ben Lakhdar et Lebrun, 2011).

⁷ Notons que les recettes fiscales sur le tabac sont désormais intégralement reversées à l'Assurance maladie.

Section 2. Les prises en charge médico-sociale des usagers de drogues et leurs évaluations

Les prises en charge médico-sociale des usagers de drogues revêtent différentes formes et différents objectifs de soin et de réinsertion. Rares sont les évaluations médico-économiques françaises les concernant mais une réelle volonté d'évaluation des outils et des dispositifs semble émerger avec, par exemple, la rédaction de guides de bonnes pratiques d'évaluation⁸ et d'une étude coût-utilité à laquelle nous avons participé sur les microstructures alsaciennes. L'objet à définir ici reste large, fonction des usagers et des produits ou comportements addictifs. La panoplie de traitements médicamenteux ou de prises en charge socio-sanitaire dépend non seulement des caractéristiques de l'utilisateur, à savoir son âge, ses ressources mais aussi du type de produit(s) qu'il consomme et de l'intensité de consommation. Pour le dire autrement, on concèdera que l'éventail des dispositifs est grand entre, d'un côté, la prise en charge d'un fumeur dépendant par un tabacologue lui prescrivant des substituts nicotiques et, d'un autre côté, la prescription d'héroïne médicalisée (ou plutôt des sulfates de morphine en France) pour un injecteur de drogue que les produits de substitution n'ont pas réussi à stabiliser. Dans le but de restreindre le propos, on s'attachera ici aux drogues illicites et en particulier aux prises en charge médico-sociale des usagers de drogues par voie intraveineuse.

2.1. Les outils de l'économie de la santé

Le rôle de l'économiste est d'évaluer la pertinence, le bien-fondé économique des ressources engagées dans le soin ou la réinsertion. Pour ce faire, le cadre d'analyse médico-économique présente nombre d'outils pertinents. Très schématiquement, la méthodologie employée se présente comme suit. Les programmes de soins de santé consomment des *inputs* (capital, travail) et les transforment en *outputs*. Dans le but d'agrèger les *inputs*, on valorise généralement le travail et le capital en utilisant les prix de marché pour produire une mesure de toutes les ressources utilisées dans la production de soins de santé. Cette mesure agrégée des *inputs* représente les coûts et est traduite en unité monétaire. Les *outputs* de l'évaluation peuvent se présenter sous différentes formes et représentent les conséquences de l'intervention de santé. L'*output* le plus évident à considérer est ce que l'industrie de santé produit immédiatement, à savoir les résultats d'un test de diagnostic ou une opération réussie avec succès. Ces *outputs* sont appelés les effets et sont exprimés en unités naturelles (un pourcentage de dépistage ou d'opération réussie par exemple). Une plus large mesure des effets est l'utilité (c'est-à-dire des

⁸ Diaz-Gomez, Milhet et Ben Lakhdar (2009). Nous développerons ce point dans la section 3 « réduction des risques ».

estimations de satisfaction retirée des effets) et l'unité retenue de l'*output* est appelée un « *Quality adjusted Life year* » (la satisfaction d'un individu retirée du temps qu'il lui reste à vivre). Finalement, le résultat, l'*output* peut être exprimé en termes monétaires comme les coûts, et dans ce cas, les conséquences sont maintenant appelées les bénéfices.

Les usagers d'opiacés ont à leur disposition, dans le cadre d'un suivi socio-sanitaire, des traitements leur permettant d'être « soignés » de leur dépendance à l'héroïne. La méthadone et la buprénorphine sont ainsi deux molécules aidant les héroïnomanes à s'engager dans la voie de l'abstinence ou tout du moins dans celle de la stabilisation.

Il a été montré que les traitements de substitution aux opiacés par méthadone ou buprénorphine étaient coût-efficaces (Kopp, Geoffron et Tecco, 2004). Leur coût-efficacité, en termes d'années de vie sauvées pour la France sur la période 1996-2003, était évalué entre 11 200 et 22 266 euros, soit bien inférieur aux standards de coût-efficacité qui sont aux alentours de 30 000 à 50 000 euros. Cette unique étude française sur la question confirme certains traits d'efficacité des traitements de substitution aux opiacés que nous avons pu mettre en relief lors d'une expertise collective de l'INSERM (Ben Lakhdar *in* INSERM, 2010).

Il ressortait en effet de la littérature que les traitements de substitution aux opiacés, que cela soit par méthadone ou par buprénorphine, en favorisant l'augmentation du nombre d'infections par VIH évitées, étaient coût-efficaces (Zaric et al., 2000 ; Barnett et al., 2001). L'efficacité et le bon rapport coût-efficacité de ces dispositifs pour limiter les infections par VIH sont dus au fait qu'ils encouragent la sortie de l'injection de drogues ou tout du moins qu'ils favorisent un ralentissement de la consommation par injection. Même s'il ressort que les traitements par méthadone sont coût-efficaces dans la lutte contre le VIH, ils ne sont pas aussi performants dans la lutte contre l'épidémie de VHC. C'est à cette conclusion qu'arrivent Pollack et Heimer (2004) en simulant un modèle où les traitements de substitution par méthadone proposés aux usagers de drogues modifient la fréquence de consommation de drogues et le taux de partage de l'équipement nécessaire à l'injection mais où subsistent des possibilités de rechute vers la consommation de drogues et d'abandon du traitement.

Toutefois, en tenant compte des potentielles difficultés spécifiques à la population usagère de drogues (adhésion au traitement, tolérance et risque de réinfection), les études suggèrent qu'un traitement antiviral du VHC chez les anciens ou actuels injecteurs de drogues se révèle être coût-efficace, ces thérapies réduisant fortement les risques de développement de complications du foie, étendant l'espérance de vie et améliorant sa qualité (Wong et al., 2004). Il a par ailleurs été montré que le rapport coût-efficacité des

traitements VHC (traitement combinatoire seul ou avec interféron associé) était d'autant plus fort que les individus étaient stabilisés dans leur traitement de substitution aux opiacés (Sheerin et al., 2004).

D'une façon plus générale, c'est la qualité de la prise en charge médico-sociale qui détermine l'efficacité du traitement chez les usagers de drogues. Autrement dit, la stabilisation dans la substitution aux opiacés, l'adhésion aux traitements pour n'importe quelle infection ou pathologie dépendent souvent du suivi psychosocial de l'individu. Ce dernier est à l'origine de coûts supplémentaires pouvant inverser le rapport coût-bénéfice du traitement seul. La sous-section suivante présente en guise d'illustration une évaluation économique d'une expérimentation de suivi médico-psychosocial à destination d'usagers de drogues par voie intraveineuse.

2.3. Les travaux réalisés : évaluation coût-utilité des microstructures alsaciennes

Le réseau des microstructures médicales (RMS) ont été conçues en janvier 2000 à l'initiative de l'association alsacienne *Espace Indépendance* pour répondre aux difficultés rencontrées en médecine générale dans la prise en charge médico-psychosociale des personnes présentant des conduites addictives. Les microstructures visent à la constitution d'une structure de proximité au sein du cabinet du médecin généraliste pour les patients présentant des troubles liés à une ou plusieurs addictions. À des plages horaires fixes, un psychologue et un travailleur social s'associent au médecin généraliste et assurent avec lui le suivi de ces patients. Le pharmacien d'officine peut, au cas par cas, être sollicité en raison de son travail de délivrance des médicaments prescrits. Régulièrement, l'équipe de la microstructure se réunit pour faire le point sur la situation des patients suivis et orienter la conduite à tenir avec chacun d'eux.

Une première évaluation (Hédelin, 2004) a montré que le suivi en microstructure donne de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soins conventionnelle dans les domaines de la consommation de drogues illicites, des relations sociales, de l'état psychiatrique et de la capacité du patient à trouver un emploi. Une seconde évaluation s'est surtout intéressée au fonctionnement du réseau (Hédelin et Hamadouche, 2005). Elle montrait une augmentation de la proportion des substitutions par la méthadone et un fonctionnement satisfaisant des suivis psychologiques.

Le fonctionnement en microstructure demande un investissement de départ plus élevé que la prise en charge classique en cabinet médical conventionnel (coût du psychologue et du travailleur social qui se déplacent dans les microstructures, coût des réunions de synthèse et des formations...). En tant que démarche innovante de prise en charge

médicosociale d'usagers de drogues, il était nécessaire de vérifier si les résultats obtenus par le réseau RMS justifiaient un tel investissement.

L'étude DEQUASUD (Riou França, Velpry, Benamouzig, Launois, Ben Lakhdar et Diaz-Gomez, 2008), conduite sous la direction du professeur Robert Launois et pilotée par nous-même lorsque nous étions à l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), visait à évaluer le rapport coût-utilité de la prise en charge par RMS. Quatre chantiers étaient nécessaires pour mener à bien cette étude. Deux études qualitatives étaient nécessaires pour d'une part identifier les enjeux de la prise en charge d'une dépendance aux opiacés, du point de vue des médecins (qu'ils soient ou non dans le réseau des microstructures) et des patients et, d'autre part, décrire les pratiques des médecins et les caractéristiques des patients et aussi quantifier les préférences de ces derniers. Une troisième étude permettait, sur la base des données de remboursement de l'URCAM, de construire des modèles de coût des patients sous traitement de substitution. Enfin, une dernière phase d'analyse coût-utilité synthétisait l'information sur l'efficacité et sur les coûts en un critère de jugement unique, le rapport coût-utilité.

Sans entrer dans le détail des résultats, il ressortait que les usagers en cabinet RMS se montraient plus satisfaits vis-à-vis de l'accompagnement de leur traitement de substitution que les usagers pris en charge hors des microstructures. De la même manière, les médecins du réseau RMS exprimaient une plus grande aisance dans le suivi des usagers de drogues. Au niveau de l'URCAM, la prise en charge par microstructure avait un effet positif sur les coûts. Ajusté sur bon nombre de variables, les patients en microstructure se voyaient rembourser une centaine d'euros de moins que les usagers de drogues suivis en médecine générale traditionnelle. Le rapport coût-utilité, calculé à l'aide d'analyses multi-attributs et tenant compte de l'incertitude relative au différentiel de coût et d'efficacité, avait quatre chances sur cinq d'être dominant pour le réseau de microstructures par rapport à un accompagnement en médecine générale conventionnelle.

Les microstructures alsaciennes se sont donc révélées être un outil de prise en charge médico-social plus performant que les suivis en médecine générale. L'investissement dans ce type de structure est justifié et il apparaît qu'aujourd'hui ce mode de prise en charge essaime en France, dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en particulier (RMS Alsace, 2008).

Section 3. La politique de réduction des risques

Du fait même de sa définition, la politique de réduction des risques vient se heurter aux politiques répressives de gestion des stupéfiants et des toxicomanies. De cette confrontation se forme une zone grise où l'usage de drogues est interdit mais légalement « sanitarisé » en vue de réduire les dommages associés. Il en découle, malgré l'efficacité des mesures de réduction des risques, que croire que les politiques publiques sont implémentées « *evidence-based* » est finalement faire preuve d'une incroyable naïveté.

3.1. Une politique de minimisation des externalités ?

L'idée d'une politique ou de programmes visant à minimiser les dommages associés à l'usage de drogues se diffuse clairement dans les années 1980 suite au début de l'épidémie du SIDA.⁹ Erickson (1995) remarque cependant que des prémises de la réduction des dommages étaient déjà visibles dans la gestion des problèmes liés à la consommation d'alcool ; Robin Room écrivait déjà en 1974 : « un concept comme la minimisation, qui légitime de petites étapes et des demi-mesures, tendrait à être plus utile qu'une conceptualisation qui implique une totale éradication de tous les problèmes liés à l'alcool » (cité dans Erickson, 1995). Il est donc important de chercher à précisément définir la réduction des risques pour l'incorporer dans l'agenda politique et de recherche.

Single (1995) définissait la réduction des risques comme « une politique ou un programme visant à diminuer les conséquences négatives, qu'elles soient économique, sociale ou de santé de l'usage de drogue alors même que l'utilisateur continue à consommer des substances psychoactives au moment présent ». Le concept de réduction des risques se veut alors pragmatique, neutre, considérant l'utilisateur de drogues comme un être humain normal, responsable de ses actes et traité avec dignité (Single, 1995). C'est une politique pragmatique dans le sens où le but visé n'est pas uniquement l'abstinence mais bien la réduction des dommages associés à la consommation de drogues. C'est de plus une politique neutre dans le sens où la consommation de drogue est vue comme un fait, l'utilisateur ne fait l'objet d'aucun traitement moral ou idéologique et la réduction des risques n'est ni pour ni contre la légalisation/prohibition des drogues. Il est supposé que l'utilisateur se comporte normalement, c'est-à-dire dans le cadre de la loi. L'utilisateur est responsable de son comportement selon Single (1995).

⁹ Remarquons que la terminologie anglo-saxonne fait bien état de réduction des dommages (*Harm Reduction*) alors que la traduction française traite, elle, de réduction des risques. Ces notions peuvent être réconciliées, si nécessaire, en parlant de réduction des risques de dommages.

Lenton et Single (1998) offrent une définition plus aboutie de la réduction des dommages en trois points :

- Le point crucial de la réduction des risques est qu'elle se focalise en première intention sur la réduction des dommages associés à l'usage de drogues et non sur la réduction de l'usage *per se*.
- Les stratégies de la réduction des risques visent à réduire les dommages pour ceux qui continuent à consommer des drogues.
- Les stratégies de la réduction des risques ont pour but de démontrer qu'elles sont enclines à entraîner une réduction nette des dommages attribuables aux drogues.

Concernant le premier point, Lenton et Single (1998) précisent que les stratégies débouchant sur une réduction de la consommation en intensité ou en fréquence sont des stratégies de réduction des risques même si ces dernières ne se focalisent pas sur les dommages associés. Ils conviennent du fait que réduire le niveau de consommation peut concourir à réduire les dommages. L'abstinence peut être une résultante de long terme, tout en n'étant pas un objectif des politiques de réduction des risques. Ce point est clairement défini par la deuxième caractéristique de la réduction des risques : les outils de la réduction des risques concernent des individus continuant leur consommation de drogues. En ce sens, la réduction des risques serait de la prévention secondaire. Erickson (1995) plaide néanmoins pour considérer la réduction des risques comme un outil de prévention primaire, c'est-à-dire atteignant aussi les non usagers. Les programmes d'éducation aux drogues basés sur la réduction des risques informent les jeunes, dont un nombre certain expérimentera certaines drogues, beaucoup plus efficacement que les programmes traditionnels (rappel de la loi par exemple) (Erickson, 1995). Finalement, le dernier point sous-entend que la réduction des risques est un objet d'évaluation. Il est en effet attendu une efficacité sur la réduction des dommages liés à l'usage de drogues. Ceci soulève deux difficultés, la première concernant la mesure des dommages et la seconde la définition des objectifs des outils de réduction des risques.

Bien évidemment, cette définition de la réduction des risques est amenée à évoluer, comme le soulignent tous les auteurs travaillant à circonscrire cet outil. Bien sûr aussi, les définitions existantes ont fait l'objet de nombreuses critiques, que cela soit sur le terrain de la liberté individuelle et des droits humains ou sur l'intérêt de la neutralité politique concernant la légalisation ou non des drogues (Keane, 2003). Nous retiendrons néanmoins, en tant qu'économiste, que la politique ou les dispositifs de réduction des dommages visent à réduire non seulement les internalités négatives liées à l'usage de drogues pour l'individu mais aussi les externalités négatives pour la collectivité. En cherchant par exemple à limiter la propagation des maladies infectieuses due aux partages des seringues,

les programmes d'échanges de seringues vont limiter les infections des usagers de drogues, diminuer en conséquence la morbi-mortalité associée et contenir le réservoir de maladies infectieuses potentiellement disséminées en population générale. L'utilisateur limite son risque d'infection, la collectivité n'a pas à prendre en charge une partie du coût qui aurait été attribuable à la maladie et n'a pas à craindre une épidémie infectieuse à plus grande échelle. Pour rappel, les programmes d'échanges de seringues se sont révélés être coût-efficaces dans la lutte contre l'épidémie de VIH.

3.2. Une zone grise : entre répression de l'usage et consommation sans risque

Un des principaux outils de la réduction des risques, mis à part les médicaments de substitution, reste les programmes d'échanges de seringues. La mise à disposition de seringues stériles pour les usagers de drogues limite la transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites) dans ces populations. En effet, le partage et la réutilisation de seringues ou du petit matériel nécessaire à l'injection (filtre, cuillère...) sont des facteurs de risque de contamination. Proposer aux injecteurs de drogues des kits d'injection s'apparente donc clairement à une mesure de réduction des risques.

Rappelons toutefois que l'usage de stupéfiants est prohibé par la loi. La loi française du 31 décembre 1970 stipule que l'achat, la consommation, la détention, le don, la revente, la culture (en intérieur ou en extérieur), le transport ou la conduite sous influence sont passibles de lourdes sanctions. De plus, un décret du 13 mars 1972 venait limiter l'accès des toxicomanes aux seringues stériles en interdisant la vente de ces dernières sans ordonnance. C'est le décret définitif du 11 août 1987, promulgué dans le but de limiter l'épidémie de SIDA, qui ré-autorise la vente libre de seringues en officine de pharmacie. Dans ce cadre, les programmes d'échanges de seringues sont mis en place à la fin des années 1980, début 1990. On comprend alors le paradoxe qui peut exister entre interdit de l'usage et « facilitation » sanitaire de la consommation. D'un côté on interdit, de l'autre on régule.

La rencontre de l'activité répressive et des programmes d'échanges de seringues peut conduire à l'inefficacité des seconds à cause de la première (mais peut-être aussi inversement).¹⁰ A titre d'exemple, Beletsky et al. (2005) tirent de 14 entretiens auprès de policiers de l'Etat de Rhode Island (Etats-Unis d'Amérique) les conclusions suivantes : premièrement, les officiers de police ne sont pas informés de la loi concernant la légalisation de l'achat et de la possession de seringues. Même quand ils connaissent la

¹⁰ Issu de Ben Lakhdar, Milhet et Diaz-Gomez (2008). *Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers. Une revue de la littérature*. OFDT, Saint-Denis, 76 pages, Miméo.

législation, ils ne sont pas enclins à modifier leur comportement et confisquent en conséquence le matériel d'injection. Deuxièmement, les officiers de police s'inquiètent des risques accidentels de contamination de maladies via les piqûres d'aiguilles. Ils ne sont pas entraînés ni équipés pour gérer ce genre de risques. Finalement, les répondants sont frustrés des échecs systématiques et des barrières structurelles qui perpétuent le cycle criminel et l'abus de drogues. Ils sont enclins à blâmer les usagers pour leur mode de vie.

Grâce à une étude menée auprès de 465 injecteurs de drogues à Vancouver (Canada), Werb et al. (2007) montrent que ce sont les injecteurs de drogues les plus marginalisés qui sont les plus enclins à subir les pratiques discrétionnaires policières. Ainsi, selon les auteurs, la confiscation par les policiers des drogues et du matériel (aiguilles, seringues) a finalement le potentiel d'exacerber l'activité du marché des drogues illicites mais aussi de promouvoir le partage et l'emprunt de seringues usagées.

Une autre étude fait état de la situation alarmante des prostituées des rues de Vancouver (Canada) qui, face non seulement à la violence intrinsèque du contexte social où elles évoluent mais aussi aux forces de polices, s'éloignent physiquement des dispositifs de réduction des risques qui leur sont proposés (Shannon et al., 2008).

Un autre exemple que l'on peut donner de cette zone tampon entre législation/répression et réduction des risques est fondé sur l'analyse des drogues, le testing. Initialement, le testing sur pilule d'ecstasy se faisait par réactions colorimétriques (test de Marquis) et visait à informer l'utilisateur de la présence de la molécule souhaitée ou non, en l'occurrence la MDMA¹¹ ou des amphétamines. Le testing était réalisé en milieu festif et, selon les associations de réduction des risques comme Médecin du Monde (Mdm) ou Auto-Support Usagers de Drogues (ASUD), il servait d'une part à donner à l'utilisateur une information, même partielle, relative au produit en sa détention et d'autre part, et peut-être avant tout, à entrer en contact avec l'utilisateur et à dispenser de l'information de réduction des risques (Kempfer et Klein, 2000).¹² Un rapport de l'INSERM de 1998 (cité dans Grémy, 2000) mettait en garde contre la pratique du testing. En effet, l'information donnée est partielle : seule la présence ou non de MDMA est renseignée, et la présence d'autres produits ne pouvait être indiquée, et quand bien même le cachet contiendrait la molécule désirée, cette dernière est toxique et donc dangereuse pour la santé. Cette pratique a été interdite en France par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code

¹¹ MDMA pour 3,4-méthylène-diosy-N-méthylanphétamine.

¹² Vanthournhout (2001) précise qu'il y avait une réelle demande de la part des usagers pour le testing, du moins dans les megadancings belges, lieu de son étude ethnographique.

de la santé publique. Bien sûr les arguments avancés dans le rapport INSERM étaient relatifs à la toxicité de la MDMA ; mais à l'époque existait aussi une incompréhension des forces de l'ordre qui a certainement fait pencher la balance en défaveur de la pratique du testing. On pouvait ainsi lire, principalement dans la presse régionale, le ressenti des policiers qui s'exprimaient en ces termes :

*« Inacceptable ! », lance le responsable de la brigade des stupéfiants lorsqu'on évoque le testing. Et d'argumenter : « cette pratique a des effets pervers. Qu'une autorité dise à un jeune, tu peux prendre cet ecsta, il n'y a pas danger, me paraît grave. Et même si cette autorité précise qu'il n'est pas bon de s'envoyer un ecsta, le jeune ne retiendra que ce qu'il veut... » ».*¹³

Dans le cas du testing (encore illégalement pratiqué par ailleurs¹⁴), c'est, semble-t-il, la différence d'objectifs, voire l'incompréhension des objectifs qui pose problème, entre la réduction des risques d'un côté, et la loi de l'autre. Il semblerait que l'objectif principal d'un dispositif de testing mis en place en *Free Party* par exemple soit la prise de contact avec l'usager alors que les cadres législatif et répressif ne retiennent que la publicité faite sur la pilule (rappelons que la loi de 1970 incrimine la provocation à l'usage de stupéfiants).

3.3. Les travaux réalisés : naïveté de la recommandation « *evidence-based* » ?

La réduction des risques est donc une politique pragmatique qui se définit en partie par les objectifs qu'elle se fixe. Une zone grise émerge suite à la confrontation des outils de réduction des dommages avec la loi et les politiques répressives et peut-être suite à l'incompréhension des objectifs fixés par les dispositifs de réduction des risques.

Il s'ensuit que la clarté d'énonciation des objectifs et l'évaluation des dispositifs semblent primordiales, non seulement pour que les actions puissent être qualifiées de réduction des risques mais aussi pour jauger de leur efficacité. A cette fin, nous avons participé à l'élaboration d'un guide d'évaluation des outils et dispositifs de réduction des risques (Diaz-Gomez, Milhet, Ben Lakhdar, 2009). Ce guide résulte des travaux menés au sein de la Commission addictions, mise en place par le Ministre de la Santé Xavier Bertrand, en novembre 2006. Cette Commission avait pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives.¹⁵ Il a été réalisé, sous la coordination de l'Observatoire

¹³ Le Télégramme (Bretagne) du 8 octobre 2001.

¹⁴ Entretien avec un responsable d'une association majeure de réduction des risques.

¹⁵ Arrêté du 26 octobre 2006 relatif à la création et à la composition de la « Commission Addictions ».

français des drogues et des toxicomanies, par le groupe de travail chargé par la Commission addictions de formuler des recommandations en matière d'évaluation dans le domaine de la réduction des risques. Ce dernier a réuni des représentants des institutions sanitaires, des professionnels de santé et des associations d'intervenants dans la réduction des risques auprès des usagers de drogues.

L'évaluation positive d'un dispositif de prise en charge médicale ou de réduction des risques n'implique pas nécessairement son application, sa mise en œuvre. Dans le domaine des drogues illicites, la décision politique semble orientée. Nous avons été confrontés à cette difficulté lors de notre participation à l'expertise collective de l'INSERM sur la réduction des risques (Ben Lakhdar in INSERM, 2010). Alors que les recommandations issues de cette expertise collective étaient multiples et variées (de programmes de dépistage de pathologies du foie par Fibroscan® par les acteurs de la réduction des risques, aux programmes d'échanges de seringues et de substituts aux opiacés en milieu carcéral à l'expérimentation de délivrance de Subutex® ou de méthadone dans des dosages plus importants et des posologies différentes...), une mesure a retenu l'attention des politiques et des médias, à savoir les salles d'injection supervisée.

Les études disponibles dans la littérature sur l'efficacité et la coût-efficacité des centres d'injection supervisée semblent faire écho à celles des programmes d'échanges de seringues. Aussi bien le centre d'injection supervisée de Vancouver que celui de Sydney ont fait l'objet d'analyse de coût-efficacité (Ben Lakhdar in INSERM, 2010). D'une manière générale, il résulte des études que ce type de dispositif apparaît être coût-efficace. Toutes concluent sur le bien-fondé de l'investissement public dans cette action de réduction des risques visant l'usage de drogues. Les centres d'injection supervisée permettent non seulement d'atteindre des populations difficiles à toucher et de leur proposer une offre de santé mais aussi de réduire le nombre de surdoses et les risques pour la santé (risques infectieux, VIH, VHC). Les usagers de drogues voient leur état de santé se stabiliser au contact de ces centres. Il convient aussi de souligner que les nuisances publiques liées à l'usage de drogues n'augmentent pas consécutivement à l'ouverture de tels centres (Noël et al., 2009). Pour ces raisons, et surtout pour le nombre d'infections par VIH évitées, les centres d'injection supervisés ont été évalués comme coût-efficaces. C'est pourquoi l'expertise collective INSERM recommandait l'expérimentation de tels centres d'injection supervisée en France.

L'accueil de cette recommandation fut bon, en particulier chez les associations de réduction des risques qui envisageaient l'opportunité d'un nouvel outil ayant fait ses preuves d'efficacité à l'étranger, mais pas seulement. Le Ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot-Narquin, salua la recommandation et quelques maires de villes

françaises, à l'instar de Jean-Claude Gaudin, maire de Marseille, se proposèrent pour expérimenter ce type d'outil de réduction des risques.

Un communiqué de Matignon, signé du Premier Ministre François Fillon, venait définitivement clore l'idée de l'expérimentation en France de salles d'injection supervisée. Le Premier Ministre jugeant la création de salles d'injection « ni utile ni souhaitable », l'éditorial du journal *Le Monde* titrait : « Toxicomanie : « électoralisme contre santé publique ».¹⁶

Le champ des drogues, en plus de produire une zone floue entre politiques répressives et sanitaires, est particulièrement marqué par l'idéologie. Bien que les recommandations de l'expertise collective aient été « *evidence-based* », elles n'ont pas résisté au discours politique. Quelles sont les implications de cette confrontation ? La première, à notre avis, est l'orientation politique donnée dans le champ des toxicomanies : la prise en charge médico-sociale des addictions est bornée alors que la réponse répressive n'a pas évolué sur le fond depuis 1970 et s'est même accentuée dans les faits ces dernières années (les interpellations pour usage de stupéfiants ont quasiment doublé en 10 ans). La seconde implication, qui découle de la première, est que l'on continue à gaspiller des ressources limitées dans des politiques inefficaces.

¹⁶ Le Monde du 17 août 2010.

Section 4. Répression et régulation du marché

Outre la répression de l'usage de stupéfiants, les forces de l'ordre ont en charge la lutte contre les trafics illicites de stupéfiants. Cette lutte s'apparente à un système de régulation de l'offre dans la mesure où, selon l'économiste, l'activité policière se retranscrit dans l'évolution du prix et de la qualité des drogues illicites. A partir de ces indicateurs de marché, il est possible non seulement d'évaluer l'efficacité de la politique répressive mais également de réaliser des études éclairant ce versant peu connu du marché des drogues illicites.

4.1. Le moins connu des versants du marché : l'offre

Comme le souligne l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanie (OEDT), les travaux permettant une meilleure connaissance de l'offre de substances illicites sont rares par comparaison aux travaux épidémiologiques, sociologiques ou médicaux s'intéressant à la demande de drogues (EMCCDA, 2010).^{17,18}

L'économiste des drogues et des toxicomanies trouve toute sa place dans la participation à la production de connaissances sur ce sujet. Il doit cependant disposer d'une donnée indispensable pour non seulement analyser l'état de l'offre en tant que telle (valeur, rentabilité...) mais aussi l'efficacité des politiques publiques qui l'encadrent, à savoir le prix des drogues illicites.

En effet, pour l'économiste, le prix des drogues illicites est un indicateur clé de l'état du marché. Non seulement le prix est la variable cruciale indiquant la disponibilité du produit (ce qui est rare est cher), mais il permet aussi de jauger d'une part la sensibilité de la demande et d'autre part l'envergure économique que peut représenter le dit-marché (et donc les chiffres d'affaires associés). Le prix des substances (et ses variations dans le temps) permettent aussi d'évaluer l'efficacité des politiques répressives. En effet, les saisies douanières peuvent générer ponctuellement, voire à plus long terme en fonction de leur fréquence, des pénuries locales de substances illicites. Théoriquement, il s'ensuit que le prix des produits illicites doit augmenter, conduisant les usagers à moins, voire à plus du

¹⁷ Ceci est plus vrai en France qu'aux Etats-Unis par exemple : seuls des travaux socio-ethnographiques ont été réalisés au milieu des années 1990 sur l'économie de l'offre de drogues illicites. Les plus prolifiques de ces sociologues sont bien évidemment Michel Kokoreff et Dominique Duprez. Nous collaborons d'ailleurs avec Michel Kokoreff sur une ANR portant sur l'histoire de l'héroïne en France.

¹⁸ Dans le but d'avoir une meilleure image de l'offre de drogues en Europe, nous avons piloté une enquête européenne pour l'EMCCDA sur l'expansion de l'offre de cannabis produit sur le sol européen (voir Carpentier, Laniel et Griffiths, 2012).

tout consommer du fait de l'élévation du prix. De la même façon, l'activité policière doit théoriquement, en fonction de son intensité et de son efficacité, conduire le prix des drogues illicites à varier. Reuter et MacCoun (2001) évaluaient la taxe policière incluse dans le prix de vente de détail de la cocaïne aux Etats-Unis à 23 %. Ce sont les risques d'interpellation qui conduisent les revendeurs de drogues à augmenter le prix des drogues pour rendre leur participation à un tel commerce profitable. Plus le risque d'interpellation est élevé, plus le prix des drogues le sera, conduisant l'utilisateur à moins consommer, ou encore une fois, à stopper sa consommation. Il faut également noter que des prix élevés incitent les non consommateurs à le rester.

La dynamique des marchés des drogues peut ainsi être captée au travers du prix (Caulkins, 1994). Néanmoins deux difficultés apparaissent ici. La première est liée à la collecte de données concernant le prix des drogues, la seconde est relative à la qualité des produits.

Il existe différentes façons de collecter des données sur le prix des substances illicites en circulation sur un territoire : interrogation de dealers, expertise policière, policiers travaillant sous couverture, interrogation d'utilisateurs... Toutes ces méthodes ont le mérite d'exister mais présentent un certain nombre de biais évidents : non représentativité, manque de disparité géographique, méconnaissance des prix de détail ou de gros, manque d'informations sur la qualité des produits (même si la police scientifique comble ce manque en partie). Ces méthodes de collecte ont été présentées dans un guide traitant de la manière de réunir de telles données (Carpentier et al., 2008). Dans ce guide européen, nous avons décrit une méthode de collecte originale présentant l'avantage d'être au plus près du marché illicite et de pouvoir jauger la qualité du produit.

Avant de décrire rapidement cette méthode, il convient de prendre conscience de l'importance de la qualité des produits dans l'analyse de la dynamique des marchés des drogues illicites. Certaines drogues illicites peuvent être coupées. Autrement dit, si l'on prend l'exemple de la cocaïne, les dealers peuvent ajouter des additifs ou des adjuvants à la cocaïne pour en augmenter le poids et ainsi faire plus de bénéfices. De ce fait, l'analyse de la dynamique du marché des drogues se doit d'être réalisée grâce à un indicateur de prix/pureté, au risque d'être biaisée (Caulkins et Reuter, 1996, 1998). Nous avons plaidé pour un renforcement de ce type de collecte par ailleurs (Ben Lakhdar, 2009a). Le type de collecte cité ci-dessus trouve alors toute sa pertinence puisque prix et qualité du produit sont spécifiés ensemble. Il s'agit, grâce à un réseau de correspondants maillant le territoire métropolitain, d'envoyer des collecteurs (travailleurs sociaux, usagers de drogue...) « acheter » des échantillons de drogues aux usagers. Il convient ensuite de faire des

analyses toxicologiques de ces échantillons de drogues pour connaître leur degré de pureté et les produits de coupe.¹⁹

Les données collectées grâce à cette méthode et les informations apportées par les enquêtes sanitaires en population générale, ainsi que les travaux ethnographiques menés auprès des usagers de drogues nous ont permis de contribuer à l'amélioration des connaissances sur le versant offre du marché des drogues en France.

4.2. Les travaux réalisés : participer au débat public

Compte tenu du statut illicite des produits, l'estimation de la taille des marchés des drogues se révèle être une entreprise délicate. Les données et informations les concernant étant néanmoins de plus en plus disponibles et fiables, il est possible de réaliser cet exercice.

Les estimations de l'envergure des marchés nationaux de substances psychoactives illicites ne sont pas que de purs exercices méthodologiques. Les résultats fournis par ces estimations permettent d'une part de mieux apprécier la charge économique qui pèse sur le consommateur : le niveau de consommation d'un usager intensif et le poids financier qui en découle ajoutent probablement des difficultés sociales à des problèmes sanitaires. D'autre part, l'estimation de la taille du marché d'une drogue illicite (en valeur) renseigne également sur les gains financiers potentiels réalisés par les « offreurs » : l'évaluation de l'activité criminelle aide à calibrer les dispositifs de lutte contre les trafics de stupéfiants (lutte contre le blanchiment, saisies des avoirs criminels).

Nous avons estimé la taille des marchés du cannabis et de la cocaïne en France selon une méthodologie basée sur la consommation moyenne des usagers. Schématiquement, en connaissant le nombre d'usagers et leur comportement de consommation ainsi que les caractéristiques des produits consommés, il est possible, sous certaines hypothèses, de proposer une estimation de la taille des marchés.

De nos travaux, il ressort qu'environ 277 tonnes de cannabis ont été consommées en France en 2005, ceci représentant un marché en valeur compris entre 746 et 832 millions d'euros (Ben Lakhdar, Legleye et Spilka, 2007 ; Legleye, Ben Lakhdar et Spilka, 2008)²⁰. Sur

¹⁹ Cette méthode de collecte est mise en place et supervisée par le réseau TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) de l'OFDT.

²⁰ Ces travaux ont été menés avec Stéphane Legleye, actuel directeur des études de l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et Stanislas Spilka, responsable de l'enquête ESCAPAD à l'OFDT.

les 277 tonnes consommées, seules 204 avaient fait l'objet de transaction marchande, 32 tonnes avaient été autoproduites (Ben Lakhdar, 2009b), le reliquat étant constitué de dons dont l'origine ne peut pas être déterminée. Ces travaux renseignent ainsi sur le montant en volume et en valeur du marché du cannabis en France et soulignent l'apparition d'un phénomène nouveau et d'ampleur, à savoir la culture domestique de cannabis.

La taille du marché français de la cocaïne en 2010 a été évaluée plus récemment en se fondant sur la même méthodologie, avec cependant des hypothèses différentes dans la mesure où les modes de consommation ne sont pas les mêmes que pour le cannabis. Ce marché représente environ 15 tonnes soit une valeur de 900 millions d'euros (Ben Lakhdar, 2012). Les volumes importés sont estimés à 6 tonnes ce qui signifie que près de 9 tonnes de produits de coupe sont utilisés annuellement en France pour la cocaïne.

Suite aux travaux menés sur le marché du cannabis et afin d'améliorer les connaissances relatives à l'économie souterraine de la drogue, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a chargé l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies de fournir une estimation des gains générés par le commerce de cannabis, substance illicite la plus consommée en France et susceptible de faire l'objet d'une entreprise de blanchiment. L'étude des phénomènes criminels relevant d'une opacité évidente, notamment en matière de questions économiques et financières, une méthodologie théorique (Caulkins, 1997) nourrie d'observations ethnologiques et de travaux empiriques afin de « coller » au plus près de la réalité de terrain a été mobilisée. Nous avons ainsi distingué au sein d'un réseau de distribution, quatre différentes strates d'intervenants : le semi-grossiste en haut de ce réseau, le dealer de rue à la base et deux intermédiaires entre eux. Au-delà des limites inhérentes à ce type de modèle, il ressort de ce travail que le trafic de cannabis ne serait que peu lucratif au niveau des dernières strates de distribution. Ainsi, les « petits » dealers de rue, de loin les plus nombreux, ne gagneraient pas des sommes d'argent importantes nécessitant d'être blanchies. C'est au niveau du semi-grossiste et des revendeurs directement liés à lui que les sommes d'argent récupérées du trafic de cannabis pourraient faire l'objet de blanchiment (Ben Lakhdar, 2007b). Cette étude conforte ainsi le système de lutte contre les stupéfiants, en particulier la saisie des avoirs criminels, mais donne aussi un éclairage nouveau sur le marché du travail illicite, à savoir le trafic de cannabis, en estimant qu'environ 100 000 individus travaillaient en bas de l'échelle de distribution pour des salaires annuels en deçà du salaire minimum légal français. Nous discutons des motivations à entrer sur ce marché du travail illégal connaissant ces conditions de rémunérations par ailleurs (Ben Lakhdar, 2011).²¹

²¹ La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse nous demande aujourd'hui de participer à la rédaction d'un glossaire sur le thème des stupéfiants à destination des mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse.

Ces dix dernières années ont connu une importante augmentation des interpellations pour infraction à la loi sur les stupéfiants dont une très large majorité concernait le cannabis. Au constat de l'intensification de la lutte contre les drogues, nous ajoutons celui d'une modification des structures d'offre de cannabis (diversité des offreurs, nouveaux produits). L'examen de l'évolution de ce marché de plus en plus contraint par le système de régulation à travers la dynamique des prix et de la qualité des produits nous a conduit à conclure sur la « surchauffe » du système répressive et donc de son inefficience (Ben Lakhdar et Weinberger, 2011)²².

La proposition de l'ancien Ministre de l'Intérieur Daniel Vaillant de légaliser le cannabis (Groupe SRC, 2011), nous a amené à reconnaître publiquement l'inefficacité de la politique répressive actuelle et à recommander « *d'abandonner la lutte contre le versant demande du marché* ». ²³ Effectivement, le coût social d'une interpellation pour infraction à la loi sur les stupéfiants est évaluée représenter un coût social d'un peu plus de 3000 euros. Le coût social représenté par les interpellations d'usagers représente alors plus de 400 millions d'euro pour une efficacité dans la lutte contre l'usage et le trafic de cannabis très modeste.

²² David Weinberger est sociologue et actuellement chargé d'études à l'Institut des Hautes Etudes en Sécurité et Justice (INHESJ). Nous collaborons ensemble régulièrement à des travaux portant sur l'offre de drogues illicites, souvent à la demande de l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS). Nos travaux à venir portent sur l'analyse d'un livre comptable appartenant à un dealer de cannabis retrouvé lors d'une perquisition policière.

²³ *Libération* du 15 juin 2011.

Section 5. Perspectives de recherche

Les perspectives de recherche que nous présentons trouvent leur origine dans la volonté de décloisonner les quatre piliers des politiques publiques présentés plus haut. Les pistes de recherche partent du constat que ces politiques s'entremêlent, se chevauchent, parfois efficacement, parfois de manière plus douteuse. Cet entremêlement est à même de générer ou d'accentuer des inégalités sociales de santé couplées, du fait de notre objet de recherche, à des inégalités sociales de justice. Pour finir, nous essaierons de dépasser le domaine des drogues et des toxicomanies en montrant que la plupart des problématiques les concernant s'inscrivent dans le champ plus large de la santé publique.

5.1. Inégalités sociales de santé – inégalités sociales de justice

Les inégalités sociales de santé sont une préoccupation importante. Comme le souligne un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2009, alors que le système de santé français s'était fixé deux objectifs, à savoir améliorer l'état de santé de la population d'une part et de chacun d'autre part, quels que soient son origine ou son appartenance sociale, ce deuxième objectif apparaît aujourd'hui non atteint du fait des inégalités sociales de santé qui se sont creusées ces dernières années (HCSP, 2009).

Evidemment, les causes de l'existence et de l'augmentation des inégalités sociales de santé sont multiples. Les obstacles financiers liés à l'augmentation de la part laissée à la charge du patient ou à sa complémentaire sont l'une des raisons de l'inégalité d'accès aux soins. On peut y ajouter un ensemble de normes et de représentations qui limitent pour certaines catégories de population l'accès au système de soin. Les comportements et le mode de vie des individus, dépendant du contexte social où ils évoluent, sont aussi à l'origine d'inégalités sociales de santé. Finalement, « les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines, dont certains paraissent *a priori* bien loin de celui de la santé comme l'éducation, mais aussi l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes » (HCSP, 2009).

Ce dernier point montre bien le potentiel apport de l'économiste dans la compréhension de la genèse des inégalités sociales de santé à travers l'étude de variables et politiques macro-économiques.²⁴ Il nous faut cependant ajouter un dernier point faisant le lien avec

²⁴ Nous avons par exemple montré que la crise économique aurait pu aggraver la situation des toxicomanes en les incitant à plus utiliser l'injection comme mode de consommation de drogues

notre domaine de recherche, à savoir la criminalisation de certains comportements qui se greffent aux inégalités sociales de santé.

Contre-intuitivement peut-être, c'est dans les drogues licites que l'on peut trouver un premier exemple du cadre que nous aimerions développer dans nos recherches futures. Le tabagisme est à l'origine d'un coût social très important pour la collectivité et, à ce titre, différentes politiques de lutte ont été mises en place. Celle qui se révèle la plus efficace est l'augmentation des taxes sur les produits du tabac (les individus fumeurs ou non étant sensibles aux augmentations de prix). Aujourd'hui cependant, deux contraintes apparaissent dans l'implémentation d'une telle politique. La première est celle des inégalités sociales dans la mesure où les taxes sur le tabac sont fixes et impactent tous les consommateurs sans discrimination de ressources. Autrement dit, les riches et les pauvres sont taxés de la même façon. Les fumeurs se retrouvant plus fréquemment dans les classes moyennes et inférieures, certains ont affirmé que les taxes sur le tabac étaient régressives (injustes) (Godefroy, 2003).

De plus, les augmentations de taxes sur le tabac conduisent certains fumeurs vers l'illégalité et vers des produits plus toxiques pour la santé. En effet, suite aux très fortes augmentations de taxes sur le tabac en 2003 et 2004 en France, les achats transfrontaliers ainsi que la contrebande de tabac ont nettement augmenté (Ben Lakhdar, 2005, 2008 ; Ben Lakhdar, Lermenier et Vaillant, 2011). Le fait est que tous les achats de tabac non taxé en France ne sont pas illégaux mais une part d'entre eux ne respecte toutefois pas les règles en vigueur (de quantité par exemple). De plus, le tabac de contrebande disponible dans les rues de villes françaises est fabriqué dans des conditions douteuses, avec du tabac de moins bonne qualité ne respectant aucunement les normes en vigueur quant aux concentrations de nicotine, goudrons et autres agents de saveur et de texture...²⁵

Paradoxalement alors, une politique de santé publique comme l'augmentation des taxes sur le tabac peut avoir des conséquences inattendues : amendes douanières (voire participation à un commerce illicite à grande échelle et risque d'emprisonnement), intoxication plus nocive et creusement des inégalités sociales du fait de la régressivité de la taxe (Bourdillon, Ben Lakhdar et Salamon, 2012)²⁶. Comprendre ces mécanismes dans leur

plutôt que le sniff ou la voie pulmonaire si les prestations sociales françaises n'étaient venues amortir l'appauvrissement des individus les plus précaires (Ben Lakhdar et Bastianic, 2011).

²⁵ Le tabac de contrebande est par ailleurs acheté *a priori* par les Français les plus précaires (voir Ben Lakhdar, Lermenier et Vaillant, 2011). A noter aussi que le tabac légal est lui-même un produit toxique.

²⁶ François Bourdillon est médecin de santé publique à la Pitié-Salpêtrière et président de la Commission Spécialisée Prévention Education et Promotion de la Santé du HCSP. Roger Salamon est Professeur à l'Université Bordeaux 2 et Président du HCSP.

entièreté participe d'un vaste projet de recherche dont les prémices se retrouvent dans l'étude des drogues illicites.

Du fait d'un fort effet revenu, il a été montré que la consommation de substances psychoactives illicites se retrouvait plus chez les populations aisées que pauvres (Stevens, 2010 ; Beck, Legleye et Spilka, 2006). Il faut en effet de l'argent pour consommer des produits somme toute relativement chers. Par contre, comme le note Stevens (2010), la répression de l'usage de drogues illicites touche plus les populations précaires ou pauvres que les autres. Nous l'avons déjà souligné dans la section 3, il paraît plus simple d'interpeller des usagers de drogues aux abords d'un programme d'échanges de seringues que de chercher des usagers de stupéfiants au hasard.

Dans ce cadre, en plus de problèmes sanitaires liés à la consommation de substances psychoactives, l'utilisateur rencontrant des difficultés sociales (emploi, logement par exemple) a beaucoup plus de chances de connaître des difficultés judiciaires. Ceci peut concourir à exacerber les problèmes sanitaires dans le cas d'emprisonnement à répétition dans la mesure où il a été montré que les prises en charge des toxicomanies dans les espaces privatifs de liberté étaient loin d'être efficaces (INSERM, 2010). Cette zone grise entre politiques de santé et politiques répressives cristallise les inégalités sociales de santé en leur assurant une reproduction quasi-infinie.

Les recherches futures à mener bénéficieront d'analyses coûts – bénéfiques de dispositifs médico-sociaux avec prise en compte de l'interaction entre politiques sanitaires et répressives. Elles se concentreront sur les inégalités sociales de santé et de justice et chercheront à explorer des pistes de réconciliation des objectifs des politiques publiques mises en œuvre. La prise en charge tabacologique des populations socialement défavorisées en est une, tout comme les politiques d'alternatives à l'emprisonnement et l'obligation²⁷ de soin.

Ce projet de recherche sur le volet drogues et toxicomanies s'inscrit dans une perspective de santé publique beaucoup plus large en définitive avec, par exemple, les politiques de lutte contre le surpoids et l'obésité ou les prises en charge psychothérapeutiques.

5.2. Des toxicomanies à la santé publique en général

La problématique développée ci-dessus concernant les augmentations de taxes sur le tabac et le creusement des inégalités sociales se retrouve peu ou prou dans la mise en

²⁷ Même si l'obligation de soin peut sembler compliquée dans le cas de dépendance lourde.

place de dispositifs de lutte contre l'obésité et le surpoids. En effet, une des propositions du Plan National Nutrition Santé 2006-2010 (PNNS 2) était la prise d'engagement de la part des professionnels de l'agroalimentaire sur le positionnement relatif des prix au regard du critère nutritionnel. Autrement dit, il était conseillé aux industriels de rendre moins attractifs en termes de prix les produits mauvais pour la santé. L'idée derrière cette recommandation était la mise en place de taxes spécifiques sur certains produits alimentaires nocifs (sucre, sel, gras) pour la santé dans le but de réduire leur consommation.²⁸

Cependant, à l'instar du tabac, ces produits alimentaires sont plus à même d'être achetés par les populations pauvres. C'est effectivement dans les zones géographiques où le revenu des individus est faible que l'on retrouve le plus fréquemment les problèmes d'obésité et de surpoids (Cadot, Martin et Chauvin, 2011). Une forte corrélation existe entre pauvreté et obésité. Sous cette configuration, la taxation de produits alimentaires trop gras, trop sucrés ou trop salés, nuisibles à la santé, revient à amputer le revenu des Français les plus pauvres puisque ce sont eux qui consomment ce genre de produits. Se pourrait-il alors que les taxes sur les produits alimentaires gras, salés, sucrés soient injustes, régressives ?

Pour pallier ce creusement potentiel des inégalités sociales de santé, le PNNS 2011-2015 (PNNS 3) prévoit un certain nombre de mesures grâce à la taxe collectée, tel que le financement de coupons alimentaires (fruits et légumes) par exemple. Reste à juger de l'efficacité de l'augmentation des taxes²⁹, des effets de report vers d'autres produits (voire à terme, comme dans le cas du tabac ou de l'alcool, des achats effectués aux frontières), du bien-fondé du financement de coupons.

Nos travaux et nos collaborations nous mènent aussi dans le champ de la santé mentale. Nous collaborons actuellement à la rédaction d'articles issus de la thèse d'Anne Dezetter réalisée sous la direction de Viviane Kovess-Masféty et de Xavier Briffault et traitant de la situation des psychothérapies en France.^{30,31} Ce domaine de recherche en santé publique

²⁸ Argument récemment repris par le Premier Ministre François Fillon pour justifier d'une taxation spécifique sur les sodas (voir *Le Monde* du 26 août 2011).

²⁹ On sait que les individus différenciés en fonction de leur Indice de Masse Corporelle présentent différentes sensibilités aux variations du prix des biens alimentaires (Boizot-Szanta et Etilé, 2009).

³⁰ Dezetter A. (2012). *Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies*. Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, 258 pages.

³¹ Viviane Kovess-Masféty est directrice du département d'épidémiologie et de biostatistiques à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Xavier Briffault est sociologue et Chargé de Recherche à l'Inserm (CERMES3). Notre collaboration porte sur le volet économique des travaux réalisés par

rejoint, sous un certain angle, le cadre d'analyse économique que nous voulons développer. En effet, il peut être considéré qu'en France, au vu des prévalences de troubles et de maladies mentales que l'on retrouve dans les prisons françaises (Rouillon et al., 2004), l'on assiste à une criminalisation de la santé mentale comme c'est le cas au Québec (Morin, Landreville et Laberge, 2000). Le défaut de remboursement par l'Assurance maladie de la prise en charge des psychothérapies et le sous-emploi de professionnels pouvant assurer ces prises en charge sont une explication potentielle aux prévalences élevées détectées en prison. Notons que nous ne disons en aucun cas que les individus souffrant de troubles ou de maladies mentales sont des délinquants ou des criminels ; nous disons simplement ici que du fait de leur maladie et de leur non prise en charge, peut-être à un moment donné, leur comportement déviant peut les conduire dans des espaces privés de liberté. La réponse aux maladies et troubles mentaux serait de moins en moins sanitaire et de plus en plus répressive (ou alors sanitaire mais en milieu carcéral). Il conviendrait alors, dans un cadre d'interaction des politiques publiques, de comprendre et d'évaluer ce phénomène grâce aux outils théoriques et empiriques des sciences économiques.

En conclusion, l'écriture de ce document nous permet de nous rendre compte du chemin parcouru, de sa cohérence, et des recherches qu'il reste à mener pour une économie des drogues et des addictions pertinente en matière de recommandation de politiques publiques. Non seulement les connaissances doivent être continuellement développées dans tous les champs de la discipline symbolisés par les piliers de la politique suisse, mais le développement d'un cadre d'évaluation des politiques publiques tenant compte de l'interaction entre ces dernières se doit d'être progressivement entrepris.

Ce dernier pourrait même à terme nous servir à dépasser le domaine des drogues et des toxicomanies pour nous inscrire pleinement en tant que chercheur en économie de la santé publique. Notre récente nomination au Haut Conseil de la Santé Publique et au collège scientifique de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé nous autorise ce dépassement, les problématiques qui y sont développées allant bien au-delà des drogues licites et illicites. Nous restons de plus convaincu que les connaissances théoriques et empiriques acquises dans notre domaine de prédilection sont transposables aux autres champs de recherche de la santé publique. Nous commençons d'ailleurs d'ores et déjà à nous y atteler.

Section 6. Activités d'enseignement et de recherche

6.1. Enseignements et expériences professionnelles

- Depuis 2009 **Maître de conférences en économie.** Université Catholique de Lille – Faculté Libre de Sciences Economiques et de Gestion (FLSEG).
Cours de Microéconomie (2^{ème} année), de Théories des Organisations et des Marchés (3^{ème} année), Responsable des mémoires de Recherche (Tous M1 et M2). Economie de la santé (Master 2 de droit), DU Ethique de la santé, DU de Tabacologie.
- 2005 - 2009 **Chargé d'études.** Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. En charge de la mise en place d'enquêtes européennes et nationales, de la rédaction de rapports et d'animation de groupes de réflexion autour des addictions et des politiques publiques de prise en charge des toxicomanes.
- 2004 -2009 **Enseignant.** Chargé de cours à l'Institut des Relations Internationales et Stratégiques (IRIS). Séminaires : R&D & compétition internationale
- Entre 1999 et 2006 **Enseignant-chercheur.**
- Université de Reims Champagne Ardenne : Chargé de TD : Economie générale.
 - Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne : Chargé de TD : Economie Monétaire.
 - ESSEC : Chargé de cours de Microéconomie, Macroéconomie, Assistant de Microéconomie et d'Econométrie.
 - *Reims Management School* : Chargé de cours : Economie Internationale.
 - Paris 7 Denis Diderot : Chargé de cours : Economie du droit.
 - INSEP, Chargé de cours pour des sportifs de haut niveau.
- 2003-2005 **Attaché Temporaire d'Enseignements et de Recherche,** Institut d'Administration des Entreprises, Université Jean Moulin Lyon 3. CM et TD de Microéconomie, TD de Commerce International.

6.2. Publications et travaux de recherche

Thèse

- Efficacité des relations contractuelles face aux défaillances du système de brevet biotechnologique (soutenue publiquement le 28 novembre 2005, avec la mention Très Honorable et les Félicitations du Jury).

Sous la direction du Pr. Pierre Kopp (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne) et du Pr. Radu Vrăceanu (ESSEC) ; Président du Jury : Pr. Bertrand Paulré (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne) ; Rapporteurs : Patrice Geoffron (Université Paris-Dauphine) et Laurence Tubiana (Directrice de Recherche, CNRS) ; suffragant : Pr. Bruno Deffains (Université de Nancy 2)

Articles publiés

Classement

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1 (CNRS 37) | • Ben Lakhdar C., Leleu H., Vaillant N. G, Wolff F.C. Quality uncertainty and efficient transactions on illicit drugs market. <i>European Journal of Operational Research</i> . En révision. |
| 3 (CNRS 37) | • Bourdillon F., Ben Lakhdar C., Salamon R. (2012). Tabac : la taxation est aussi un outil de santé publique. <i>Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique</i> , à paraître. |
| 1 (CNRS 37) | • Ben Lakhdar C., Cauchie G., Vaillant N. G, Wolff F.C. The role of family incomes on cigarette smoking: Evidence from French students. <i>Social Sciences & Medicine</i> , 74, 1864-1873.
• Hugues D., Ben Lakhdar C. (2012). Le rationnement des traitements médicamenteux onéreux : vers une éthique "économique" intergénérationnelle ? <i>ADSP</i> , n° 77, 55-56. |
| 3 (CNRS 37) | • Vaillant N. G., Ben Lakhdar C., Lebrun T. (2011). On the way of tobacco quitting: a VAR approach. <i>Economics Bulletin</i> , 31(4), 3253-3258.
• Ben Lakhdar C. Lermenier A., Vaillant N. G. (2011). Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007. <i>Tendances</i> , OFDT, n° 75. |
| 3 (CNRS 37) | • Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. (2011). Faut-il choquer les fumeurs et les fumeurs potentiels pour dissuader les comportements tabagiques ? <i>Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique</i> (2011), 59, 175-186. |
| AERES <i>Psycho</i>
(très bon) | • Ben Lakhdar C., Bastianic T. (2011). Economic constraint and modes of consumption of addictive goods. <i>International Journal of Drug Policy</i> , |

- 22(5), 360-365.
- NR (CNRS 37)*
- Ben Lakhdar C., Weinberger D. (2011). Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte. *Revue Française de Socio-Economie*, 7(1), 123-145.
 - Ben Lakhdar C. (2009). Analyse économique des marchés des drogues : l'importance de la qualité des produits. *SWAPS*, 55, 12-15.
- AERES Psycho*
- Ben Lakhdar C. (2009). La culture du cannabis en France: implications, volume et qualité estimés, *Alcoologie & Addictologie*, 31(2), 121-127.
- AERES Psycho (bon)*
- Legleye S., Ben Lakhdar C., Spilka S. (2008). Two ways of estimating the value of black market for cannabis in France, *Drug and Alcohol Review*, 27(5), 466-472.
- I. F. : 3,077*
- Ben Lakhdar C. (2008). Quantitative and qualitative estimates of cross-border shopping and smuggling of tobacco in France, *Tobacco Control*, 17, 12-16.
- AERES Sc. Po.*
- Dubois E., Ben Lakhdar C. (2007). More on Seasonal Determinants of Turnout: Holidays and French Presidential Elections, *French Politics*, 5, 144-159.
 - Beck F., Wilquin J.-L., Guilbert P., Peretti-Watel P., Legleye S., Ben Lakhdar C., Gautier A. (2006). Le tabagisme aujourd'hui en France, quelques données de cadrage, *Psychotropes*, 21(1), 9-24.
- AERES Sc. Po.*
- Ben Lakhdar C., Dubois E. (2006). Climate and Electoral Turnout in France, *French Politics*, 4, 137-157.
 - Ben Lakhdar C. (2005). Contrebande et vente de tabac, 1999-2004, *Tendances*, OFDT, n° 44.
- AERES Eco/Ges*
- Ben Lakhdar C. (2005). Are patent litigation insurance fit for the dynamics of innovation?, *Rivista di Politica Economica*, 9-10, 69-89.
 - Ben Lakhdar C., Foucault M. (2004). Innovation et brevet : une comparaison transatlantique, *Revue Internationale et Stratégique*, 55, 99-107.

Articles soumis à publication

- 4 (CNRS 37)*
- Ben Lakhdar C. Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) on the stock return of tobacco companies. *Review of the International Organizations*.
- 3 (CNRS 37)*
- Cotiga A., Ben Lakhdar C., Cauchie G. La Société Européenne – une stratégie juridique d'entreprise émergente. *Revue Internationale de Droit Economique*.

- 2 (CNRS 37) • Naiditch C., Tomini A., Ben Lakhdar C., Remittances and incentives to migrate: an epidemic approach of migration. *Journal of Population Economics*.
- 3 (CNRS 37) • Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. Media exposure and consumption of tobacco and alcohol among French students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.
- 2 (CNRS 37) • Ben Lakhdar C., Vaillant N. G. Does smoke cross the border? Cigarette tax avoidance in France. *International Tax and Public Finance*.
- 2 (CNRS 37) • Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. Estimates of the price elasticity of cannabis: Does quality matter?. *Economic Inquiry*.

Contributions à des ouvrages collectifs

- Ben Lakhdar C. (2012). Taille du marché de la cocaïne en France. In *Cocaïne, données essentielles*, M. Pousset (éd), OFDT, Saint-Denis, 42-49.
- Ben Lakhdar C. (2011). Le deal de drogues : un revenu complémentaire très risqué. In *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*. Claire Duport (Ed), ADDAP13, 28-35.
- Expertise Collective Inserm (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les éditions INSERM, Paris, 573 pages.
- Carpentier C., Noor A., Monaghan G., Ben Lakhdar C., Malczewski A., Royuela L., Costa Storti C., Rothwell C. (2009). Guidelines on illicit drug price data collection. EMCDDA, Lisbon, 138 pages
- Ben Lakhdar C. (2007). Le coût social du cannabis en France, 2003, In *Cannabis, données essentielles*, J.-M. Costes (éd), OFDT, Saint-Denis, 146-149.
- Ben Lakhdar C. (2007). Estimation du chiffre d'affaires du cannabis en France, In *Cannabis, données essentielles*, J.-M. Costes (éd), OFDT, Saint-Denis, 73-78.
- Ben Lakhdar C. (2007). Are patent litigation insurance fit for the dynamics of innovation?, In *Intellectual Property, competition and growth*, Cellini R., Cozzi G. and Piga G. (eds), Central issues in contemporary economic theory and policy, Palgrave Macmillan, 69-89.

Articles/ Travaux en cours

- Ben Lakhdar C., Druart G., Le Lec F., Spach M. & Vaillant N. G. Exploring the determinants of cannabis users' satisfaction: Study on individual data.

- L'héroïne en France. Une histoire sociale et culturelle de la diffusion des usages et des trafics 1968-2004. ANR acceptée, sous la direction de Michel Kokoreff.
- Dezetter A., Briffault X., Ben Lakhdar C., Kovess-Masfety V. Cost estimation for financing psychotherapies in France.
- Dezetter A., Briffault X., Ben Lakhdar C., Kovess-Masfety V. Cost-benefit analysis of psychotherapies, for French patients suffering from common mental health disorders.
- Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. Is sex elastic? An economic analysis of prostitution supply.

Communications

- Le deal de drogues : un revenue complémentaire très risqué. Les jeudis de Roubaix. ENPJJ, 10 novembre 2011.
- Quality uncertainty and efficient transactions on illicit drugs market. Journée du LEM, avril 2010.
- Economic constraint and mode of consumption of addictive goods. Santa Monica, ISSDP, 15-17 mars 2010.
- The determinants of cannabis pricing: between credence, brand name effect and individual characteristics of users. International Society for the Study of Drug Policy, Vienna, UNODC, march 2009.
- High Dosage Buprenorphin: A supply disturbance on the Heroin market in France. International Society for the Study of Drug Policy, Lisbon, EMCDDA, march 2008.
- La réglementation anti-tabac en France : quel impact de la politique de prix ? AMGCPA, Paris, 6 décembre 2007.
- Le tableau de bord mensuel des indicateurs tabac : 40^{ème} regard synthétique sur le tabagisme en France, 8^{ème} colloque international – Toxicomanies, Hépatites, Sida. Biarritz 23-26 octobre 2007, réalisé avec Hélène Martineau, poster.
- Price elasticity of demand for tobacco of young Europeans, the necessity to take account the increase of income, APACT, 8th Asia Pacific conference on Tobacco or Health, Taipei, Taiwan, 17-20 octobre 2007, avec Stanislas Spilka.
- Nombre théorique de dealers de cocaïne et de leurs gains en France, INHES, 13 juillet 2007.
- Le business des drogues : entre fantasmes et réalité, Journée de la toxicomanie, Lens 7 Février 2007.

- Coûts et bénéfices économiques du tabac et du cannabis, Tabac, cannabis... vers un monde sans fumée. Aix-en-Provence 4 Février 2007.
- La Buprénorphine Haut Dosage : un choc d'offre sur le marché de l'héroïne. Papier présenté au séminaire « On échange » de l'OFDT. Septembre 2006.
- Tobacco Smuggling, Price Elasticity of Demand and Socio-Demographic Considerations: the case of France. 13th World Conference on Tobacco or Health, Washington DC, 12-15 Juillet 2006, avec Pierre Kopp.
- Brevets biopharmaceutiques et pays en développement : un jeu gagnant-gagnant existe-t-il ?, Financement de la santé dans les pays en développement, Cerdi, Clermont-Ferrand, 1-2 Décembre 2005, Poster.
- Are Patent Litigation Insurance Fit for the Dynamics of Innovation?, 22nd annual conference of the European Association for Law and Economics, Lubiana, Slovenie, 15-17 septembre 2005.
- Make the secret defence label incentive to innovate. 2nd international conference on defence security and economic development, Larissa, Grèce, 18-20 Juin 2004.
- Impact of the infringement lawsuit announcements on the firms quoted value and their trade partners: an empirical analysis to the pharmaceutical and biotechnological sector, Colloque du collège des économistes de la santé, Paris, 7-10 juillet 2002 et Université de Zagreb, Croatie 27-29 juin 2002.

Rapports

- Tabac légal et illégal non localement taxé : une revue de la littérature. OFDT, 2011. Avec Vaillant N. G.
- Cannabis markets in Europe: production, market shares of different products and potency issues. EMCDDA, 2009. Avec Costes J.-M., Dujourdy L., Weinberger D., Besacier F., Lalam N., Spapens T.
- Trafics de drogue et d'êtres humains : vers un cadre de théorie économique permettant d'expliquer l'interpénétrabilité des phénomènes, INHES, 2009.
- Evaluer les interventions de réduction des risques – Guide pour la mise en œuvre de bonnes pratiques d'évaluation. OFDT, 2009. Avec Diaz-Gomez C. et Milhet M.
- Le trafic de cannabis en France : estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment, MILDT – OFDT, 2007, La documentation Française.

- Public expenditures attributable to illicit drugs in France. French Focal Point Report, EMCDDA, 2007.
- Analyse économique de l'interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif, In *Le tabac dans les lieux affectés à un usage collectif : priorité à la santé pour tous*, Claude Évin et Pierre Morange, Assemblée Nationale, n° 3353, 2006.
- La propriété intellectuelle dans le secteur de la Défense, Observatoire Économique de la Défense, Délégation Générale à l'Armement, 2006.
- La consommation d'alcool, une revue des données disponibles, OFDT, 2004.
- Innovations and patents in life sciences institutes, pour le compte de France Biotech et CSI (Conseil Stratégique en Innovation), 2004.

6.3. Activités d'administration de la recherche

- Membre nommé du Haut Conseil de la Santé Publique, commission spécialisée Prévention, Education et Promotion de la Santé.
- Membre élu du conseil d'administration Lille – Economie - Management UMR 8179 CNRS.
- Membre du conseil scientifique de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES).
- Membre du collège scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT).
- Membre du comité de rédaction d'Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP).
- Membre du comité de rédaction de la revue Tendances de l'OFDT.
- Membre du Conseil d'Orientation Scientifique de la CCI Grand Lille.
- Co-responsable de l'axe de recherche Qualité de la Démocratie, chercheur associé ESPOL (European School of Political and Social Science, Université Catholique de Lille).

- Relecteur pour : Addiction ; European Journal of Public Health ; International Journal of Drug Policy ; Psychotropes ; Journal of Economic Psychology ; European Journal of Political Research ; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

6.4. Valorisation de la recherche

Interviews télé et radio

- Radio Classique du 7 juin 2012. La légalisation du cannabis.
- JT de 19H de Public Sénat du 5 juin 2012. Interview sur le dépénalisation du cannabis.
- Europe 1 du 6 mai 2012. Interview sur la participation électorale.
- 20h JT de France 2 du 1^{er} mai 2012. Interview sur la réglementation des coffe-shops hollandais.
- Weo TV du 19 avril 2012. L'abstention électorale.
- France Info du 31 mars 2012. Le trafic de cocaïne en France.
- Radio Classique du 30 mars 2012. Le trafic de cocaïne en France.
- 20h JT de France 2 du 20 octobre 2011. Interview sur les achats transfrontaliers et la taxation des produits du tabac.
- Lyon Capital TV du 11 juillet 2011. Emission « On refait l'enquête » consacrée au trafic de drogues.
- JT de Public Sénat du 16 juin 2011. Interview sur la légalisation du cannabis.
- JT de Public Sénat du 7 décembre 2007 consacré au trafic de cannabis en France.

Interviews presse

- La Voix du Nord du 22 avril 2012. Sale temps pour la participation ?
- L'Express.fr du 20 avril 2012. Les coffee-shops néerlandais ferment leur porte aux étrangers.
- Nord Eclair du 12 avril 2012. Abstention électorale.
- Le Journal du Centre du 7 mars 2012. Faire flamber les prix, une solution ?
- New Scientist du 20 octobre 2011. Drug addict switch to injection in economic decline.
- Le Nouvel Economiste de Juillet Août 2011. Faut-il en arriver à la prohibition du tabac et de l'alcool en France ?
- AFP du 19 juillet 2011. Environ 100.000 personnes "vivotent" en France

grâce au trafic de cannabis.

- Slate.fr du 24 juin 2011. A quoi ressemblerait une filière nationale du cannabis ?
- Libération du 15 juin 2011. Cannabis : lâcher prise ?
- Rue89 du 18 avril 2011. Légaliser le shit ? Les dealers s'inquiètent pour leur « marché ».
- Le Figaro du 23 mars 2011. 20% des cigarettes fumées en France sont achetées à l'étranger.
- Le Monde du 15 février 2008. Cannabis - Trafic, réseaux et profits.
- Le Figaro du 3 décembre 2007. Ce que gagnent les 100 000 dealers du cannabis.
- Libération du 25 octobre 2006. Quel sera l'impact des congés sur la présidentielle des 22 avril et 6 mai 2007 ?

Citation dans des articles de presse (non exhaustif)

- Le Monde du 9 avril 2012. 1,7 point d'abstention.
- L'Est Républicain du 8 avril 2012. Plus il fait beau plus on vote.
- AFP du 7 avril 2012. Elections : vacances scolaires et météo influent un peu sur la participation.
- Le Monde du 3 août 2011. Légaliser le cannabis rapporterait 1 milliard d'euros.
- Reuters World General News du 10 novembre 2010. In Greek crisis, HIV gains ground.
- Paris-Normandie du 4 décembre 2007. Cannabis : le parfum de l'argent DROGUE. Une étude récente estime les gains des vendeurs de cannabis entre 4 500 et 550 000 euros par an.
- Le Midi Libre du 4 décembre 2007. L'argent des trafiquants.
- Le Télégramme de Bretagne du 4 décembre 2007. Cannabis. 800 millions d'euros par an de « chiffre d'affaires ».
- AFP du 3 décembre 2007. Gains des vendeurs de cannabis de 4.500 à 552.000 euros/an, selon un rapport.
- La Voix du Nord du 21 avril 2007. Abstention : de l'influence du temps qu'il fait.
- Charente Libre du 21 avril 2007. Plus de soleil, davantage de votants.
- AFP du 20 avril 2007. Abstention: de l'influence du calendrier scolaire et du temps qu'il fait.
- L'Expansion de mars 2006. Les fumeurs rallument leur clope.

Références

- Andresen M. A., Boyd N. (2009). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21, 70-76.
- Barnett P. G., Zaric G. S., Brandeau M. L. (2001). The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy of opiate addiction in the United States. *Addiction*, 96, 1267-1278.
- Bayoumi A. M., Zaric G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMJA*, 179, 1143-1141.
- Beck F., Legleye S., Spilka S. (2006). Les consommations de drogues à la fin de l'adolescence à Paris. Saint-Denis, OFDT, *Tendances*, n° 46.
- Becker G., Murphy K. M. (1988). A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96(4), 675-700.
- Becker H. (1963). *Outsiders – Etudes de sociologie de la déviance*. Métailié, édition française de 1985, 247 pages.
- Ben Lakhdar C. (2005). Contrebande et ventes de tabac 1999-2004. Saint-Denis, OFDT, *Tendances*, n° 44.
- Ben Lakhdar C. (2007a). Le coût social du cannabis. In J.-M. Costes (dir.), *Cannabis, données essentielles*, St Denis, OFDT, p. 146-149.
- Ben Lakhdar C. (2007b). *Le trafic de cannabis en France – Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment*. Saint-Denis, OFDT, 25 pages.
- Ben Lakhdar C., Legleye S., Spilka S. (2007). Estimation du chiffre d'affaires du cannabis. In J.-M. Costes (dir.), *Cannabis, données essentielles*, St Denis, OFDT, p. 73-78.
- Ben Lakhdar C. (2008). Quantitative and qualitative estimates of cross-border shopping and tobacco smuggling in France. *Tobacco Control*, 17, 12-16.
- Ben Lakhdar C. (2009a). Analyse économique de la dynamique des marchés des drogues : l'importance de la qualité des produits. *SWAPS*, n° 55, 12-15.
- Ben Lakhdar C. (2009b). La culture du cannabis en France – Implications, volume et qualité estimés. *Alcoologie & Addictologie*, 31(2), 121-127.
- Ben Lakhdar C. (2011). Le deal de drogues : un revenu complémentaire très risqué. In L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues.

- Ben Lakhdar C., Bastianic T. (2011). Economic constraint and modes of consumption of addictive goods. *International Journal of Drug Policy*, 22(5), 360-365.
- Ben Lakhdar C., Lermenier A., Vaillant N. G. (2011). Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007. Saint-Denis, OFDT, *Tendances*, n° 75.
- Ben Lakhdar C., Vaillant N. G, Wolff F.C. (2011). Faut-il choquer les fumeurs et les fumeurs potentiels pour dissuader les comportements tabagiques ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59, 175-186.
- Ben Lakhdar C., Weinberger D. (2011). Du marché du cannabis au marché du THC en France – Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants. *Revue Française de Socio-Economie*, 7, 125-147.
- Ben Lakhdar C., Cauchie G., Vaillant N. G, Wolff F.C. (2012). The role of family incomes on cigarette smoking: Evidence from French students. *Social Science and Medicine*, 74, 1864-1873.
- Bergeron H. (2004). Politiques européennes, trajectoires historiques. *Projet*, 282, 67-72.
- Beletsky L., Macalino G., Burris S. (2005). Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 16, 267-274.
- Boizot-Szantai C., Etilé F. (2009). Le prix des aliments et la distribution de l'indice de masse corporelle des Français. *Revue Economique*, 60(2), 413-440.
- Bourdillon F. (2005). *Santé publique*. Université Pierre et Marie Curie. 29 pages.
- Bourdillon F., Ben Lakhdar C., Salamon R. (2012). Tabac : la taxation est aussi un outil de santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 60, 79-80.
- Bretteville-Jensen A. L. (1999). Gender, heroin consumption and economic behavior. *Health Economics*, 8, 379-389.
- Bretteville-Jensen A. L., Biorn E. (2004). Do prices count? A micro-econometric study of illicit drug consumption based on self-reported data. *Empirical Economics*, 29, 673-695.
- Cadot E., Martin J., Chauvin P. (2011). Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *BEH*, n°8-9, 91-94.
- Carpentier C., Laniel L., Griffiths P. (2012). *Cannabis production and market in Europe*. EMCDDA, Insights, Lisbon, 265 pages.

- Carpentier C., Noor A., Monaghan G., Ben Lakhdar C., Malczewski A., Royuela L., Costa Storti C., Rothwell C. (2010). *Guidelines for collecting data on retail prices – issues and challenges*. EMCDDA, Lisbon, 132 pages.
- Caulkins J. P. (1994). *Developing price series for cocaine*. Drug Policy Research Center, Santa Monica, Rand Corporation, 62 pages.
- Caulkins J. P. (1997). Modeling the domestic distribution network for illicit drugs. *Management Science*, 43(10), 1364-1371.
- Caulkins J. P., Reuter P. (1996). The meaning and utility of drug prices. *Addiction*, 91(9), 1261-1264.
- Caulkins J. P., Reuter P. (1996). What price data tell us about drug markets. *Journal of Drug Issues*, 28(3), 593-612.
- Diaz Gomez C., Milhet M., Ben Lakhdar C. (2009). *Guide pour la mise en œuvre de bonnes pratiques d'évaluation : évaluer les interventions de réduction des risques*. Saint-Denis, OFDT, 23 pages.
- DiNardo J. (1993). Law enforcement, the price of cocaine and cocaine use. *Mathematical and Computer Modelling*, 17, 53-64.
- EMCDDA (2010). *First european conference on drug supply indicators. A joint initiative to develop sustainable options for monitoring drug markets, crime and supply reduction activities*. EMCDDA, Lisbonne, 14 pages.
- Etile F. (2004). Politiques publiques des drogues et modèles de dépendance. *Revue Economique*, 55, 715-744.
- Erickson P. G. (1995). Harm reduction: what it is and is not. *Drug and Alcohol Review*, 14, 283-285.
- Flajolet A. (2008). Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- Gallet C. A. (2007). The demand for alcohol: A meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2), 121-135.
- Gallet C. A., List J. A. (2003). Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Economics*, 12(10), 821-835.
- Godefroy R. (2003). Les taxes sur le tabac sont-elles régressives ?. *Economie Publique*, n° 13, 3-28.

Gremy I. (2000). "Une fausse sécurité" pour l'INSERM. SWAPS, n°15.

Grossman M., Chaloupka F. J. (1998). The demand for cocaine by young adults: A rational addiction approach. *Journal of Health Economics*, 17, 427-474.

Groupe SRC (2011). Rapport du groupe de travail parlementaire de députés SRC (Socialiste, Radical, Citoyen) – *Légalisation contrôlée du cannabis*. Assemblée Nationale. 7 pages.

Gruber J., Köszegi B. (2001). Is addiction rational ? Theory and evidence. *Quarterly Journal of Economics*, 116, 1261-1303.

Haut Conseil de la Santé Publique (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris, HCSP, 99 pages.

Hédelin G. (2004). *Note de synthèse du rapport sur les microstructures médicales. Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI*. Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de l'université Louis Pasteur de Strasbourg.

Hédelin G., Hamadouche A. (2005). *Le réseau RMS des microstructures, rapport final*. Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de l'université Louis Pasteur de Strasbourg.

INSERM (2008). *Jeux de hasard et d'argent – Contextes et addictions*. Expertise Collective. Les éditions INSERM, Paris, 479 pages.

INSERM (2010). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Expertise collective. Les éditions INSERM, Paris, 573 pages.

Keane H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227-232.

Kempfer J., Klein S. (2000). A la techo parade, « dis moi ce que tu gobes... ». SWAPS, n° 15.

Kopp P., Fénoglio P. (2006). *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*. St-Denis, OFDT, 578 pages.

Kopp P., Fénoglio P. (2011). Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ?. *Revue Economique*, 62, 899-918.

Kopp P., Geoffron P., Tecco J. (2004). Du point de vue économique, quel est le rapport coût-efficacité des traitements de substitution aux opiacés ?. *Alcoologie et Addictologie*, 26, 75S-84S.

- Laumon B. et al. (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *British Medical Journal*, 331(7529), 1371-78.
- Legleye S., Ben Lakhdar C., Spilka S. (2008). Two ways of estimating the euro value of the illicit market for cannabis in France. *Drug & Alcohol Review*, 27, 466-472.
- Lenton S., Single E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17, 213-220.
- Morin D., Landreville P., Laberge D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Nisbet C.T., Vakil F. (1972). Some estimates of price and expenditure elasticities of demand for marijuana among UCLA students. *Review of Economics and Statistics*, 54, 473-475.
- Noël L., Gagnon F., Bédard A., Dubé E. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée – Analyse critique de la littérature*. Institut National de Santé Publique, Québec, 81 pages.
- OMS (2011). Global status report on alcohol and health. OMS, Genève.
- Orphanidès A., Zervos D. (1995). Rational addiction with learning and regret. *Journal of Political Economy*, 103(4), 739-758.
- Orphanidès A., Zervos D. (1998). Myopia and addictive behavior. *Economic Journal*, 108(446), 75-91.
- Pollack H. A., Heimer R. (2004). The impact and cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in preventing HIV and hepatitis C. In *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. Jager J., Limburg W., Kretzchmar M., Postmam M., Wiessing L. (eds). EMCDDA Monographs, 7, 345-367
- Reuter P., MacCoun R. (2001). *Drug war heresis. Learning from other vices, times and places*. New York, Cambridge University Press.
- Reuter P., Schnoz D. (2009). *Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998-2007*. Swiss Federal Office of Public Health, 79 pages.
- Riou França L., Velpy L., Benamouzig D., Launois R. (2008). Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues. Saint-Denis, OFDT, 259 pages.
- RMS Alsace (2009). Rapport d'activité 2008. Disponible : http://www.reseau-rms-alsace.org/IMG/pdf/RARMS2008_VD.pdf

- Rouillon F., Duburcq A., Fagnani F., Falissard B. (2004). Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Cemka-Eval.
- Saffer H., Chaloupka F. (1999). The demand for illicit drugs. *Economic Inquiry*, 37, 401-411.
- SAHA. (2008). *Economic evaluation of the medically supervised injection centre at Kings Cross (MSIC)*. SAHA, Sydney, 33 pages.
- Sassi F., Hurst J. (2008). The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework. OECD Health Working Papers, n° 32, 78 pages.
- Shannon K., Rusch M., Shoveller J., Alexson D., Gibson K., Tyndall M. W., Maka Project Partnership. (2008). Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy*, 19, 140-147.
- Sheerin I. G., Green F. T., Sellman J. D. (2004). What is the cost-effectiveness of hepatitis C treatment for injecting drug users on methadone maintenance in New Zealand? *Drug & Alcohol Review*, 23, 261-272.
- Single E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 14, 287-290.
- Stevens A. (2010). *Drugs, crime and public health – The political economy of drug policy*. Oxon, Routledge, 201 pages.
- Suranovic S.M., Goldfarb R. S., Leonard T. C. (2001). An economic theory of cigarette addiction. *Journal of Health Economics*, 18, 1-29.
- UNODC (2010). Rapport mondial sur les drogues 2010. UNODC, Vienne.
- Vaillant N. G., Ben Lakhdar C., Lebrun T. (2011). On the way of tobacco quitting: a VAR approach. *Economics Bulletin*, 31(4), 3253-3258.
- Vanthourhout A. (2001). La réduction des risques à l'usage des drogues de synthèse : prévention ou promotion de la santé ?. *Psychotropes*, 7, 127-169.
- Werb D., Wood E., Small W., Strathdee S., Li K., Montaner J., Kerr T. (2007). Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 19, 332-338.
- Wong J., Sylvestre D., Siebert U. (2004). Cost-effectiveness of treatment of hepatitis C in injecting drug users. In *Hepatitis C and Injection Drug Use: Impact, Cost and Policy Options*. Jager J., Limburg W., Kretzchmar M., Postmam M., Wiessing L. (eds). EMCDDA Monographs, 7, 219-241.

Zaric G. S., Barnett P. G., Brandeau M. L. (2000). HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health*, 90, 1100-1111