

Questions de santé publique

N°31 – Avril 2017 <https://doi.org/10.1051/qsp/2017031>

Les usages de drogues recouvrent des pratiques sociales variées allant de l'expérimentation à la dépendance. Ces pratiques sont le plus souvent envisagées à partir d'un cadrage juridique qui donne lieu à une normalisation de ces conduites à partir d'une réponse répressive. Depuis, les années 1990, le concept d'addiction est venu instituer l'usage de drogues comme un problème biomédical. L'épidémiologie sociale permet de déconstruire l'imaginaire social des drogues construit autour de figures caricaturales marquées par la précarité sociale, en montrant la complexité du lien entre variables sociales et conduites addictives. La recherche en sciences sociales permet de comprendre le développement des addictions, comme le reflet des transformations sociales et politiques des sociétés contemporaines. Elle autorise également à envisager l'usage des drogues au-delà de la pathologie individuelle ou du risque sanitaire, comme des pratiques sociales ordinaires qui prennent sens quand elles sont appréhendées dans leur contexte social et à partir des significations que leur accordent les individus.



Les sciences sociales au service de la santé publique : comprendre les addictions

Marie Jauffret-Roustide

Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR 8211/EHESS/Université Paris Descartes), 45 rue des Saints Pères, 75006 Paris, France
marie.jauffret-roustide@inserm.fr

La consommation de substances psychoactives s'est diffusée de manière massive dans les pays occidentaux dont la France dans les années 1960, mais l'usage de telles substances est un phénomène plus ancien. Dans toutes les sociétés, les individus ont eu recours à des substances psychoactives pour éprouver du plaisir, obtenir des états modifiés de conscience, expérimenter de nouvelles sensations, mais également pour apaiser des souffrances, atténuer un mal-être ou soigner des douleurs. Pour certains individus, l'usage de ces substances reste occasionnel, s'inscrit dans des formes de sociabilités « ordinaires » qui n'entravent pas le quotidien ou parvient à être régulé ; pour d'autres, la régulation est plus complexe, l'usage peut devenir problématique et se transformer en addiction (👉).

SUBSTANCES LICITES OU ILLICITES ? UNE QUESTION DE LÉGISLATION

Les usages de substances psychoactives sont le plus souvent envisagés à partir d'un cadrage juridique ou biomédical. Ce cadre institue, d'une part, une distinction entre produits licites et produits illicites et, d'autre part, entre usages normaux et usages pathologiques. En France, l'encadrement juridique de l'usage de drogues est régi par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Le régime juridique français s'appuie sur la notion de stupéfiants définie par les conventions internationales et la réglementation nationale pour autoriser les usages de certaines substances et en prohiber d'autres, sans qu'il n'y ait aucune cohérence de santé publique à cette

👉 Addiction, dépendance et abus

Le « concept d'addiction » a été introduit par Goodman en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employée d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ces conséquences négatives ».

La dépendance aux substances psychoactives se caractérise par un comportement centré sur la prise de substances. Malgré les conséquences psychologiques ou physiques, l'utilisateur ne peut se soustraire à la consommation de substances. Ainsi, en fonction de ces habitudes de consommation, il va progressivement diminuer ses activités sociales.

La dépendance est le trouble le plus sévère mais certains usagers sans être dépendants, consomment de l'alcool, du tabac, ou d'autres substances psychoactives de façon abusive, nuisible pour leur santé c'est ce qu'on appelle « l'abus ». La classification utilisée dans le champ de la psychiatrie (DSM5¹) [1] permet de caractériser la dépendance ou l'abus de substances en fonction de critères diagnostiques précis.

1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie.

distinction. Ainsi, certaines substances comme la morphine peuvent être autorisées quand elles ont le statut de médicament et prohibées quand elles ont le statut de drogue : c'est donc moins la substance que le contexte social et politique d'utilisation qui qualifie leur « dangerosité ».

Les critères juridiques ne visent en définitive que l'efficacité de la répression et la normalisation des conduites. Pour mieux comprendre ce cadrage, il faut remonter au contexte sociohistorique dans lequel a été votée cette loi, à savoir celui des révoltes étudiantes de mai 68. Des travaux sociologiques ont ainsi montré que le caractère particulièrement répressif de la loi de 1970 (l'usage simple de drogues pouvant donner lieu à des peines de prison) pouvait s'expliquer par la volonté d'utiliser la loi pour normaliser les comportements et contrôler la jeunesse contestataire associée à l'usage de drogues [2].

En France, à la fin des années 1990, le rapport du neurobiologiste français, Bernard Roques, établit une nouvelle classification des substances psychoactives selon leur degré de dangerosité. Ce rapport remet en cause la distinction entre substances psychoactives licites (alcool, tabac et médicaments) et substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne...) jusqu'alors seules qualifiées de drogues. Il renverse les idées reçues et souligne que les produits licites peuvent induire une dépendance et entraîner des dommages sanitaires et sociaux parfois plus importants que des produits illicites. Ainsi, suite à ce rapport, l'alcool est inclus dans la catégorie des « drogues ». L'inclusion d'une substance licite dans l'espace des addictions change le regard porté sur la consommation de l'alcool, considéré jusqu'alors comme une forme de sociabilité ordinaire, valorisée et signe d'intégration dans la société française. Ce changement

de classification a permis de mettre en partie à distance l'approche exclusive de la morale et de l'interdit caractérisé par la loi, au profit d'une approche sanitaire, dominée par un cadrage biomédical.

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : UNE REPOSE BIOMÉDICALE À L'ADDICTION ?

Le terme d'addiction est de plus en plus couramment utilisé dans le langage courant, mais il s'inscrit dans un processus de création de catégories biomédicales produites par le champ psychiatrique (DSM5), inhérentes au comportement de l'utilisateur et à sa consommation de drogues. Le concept d'addiction catégorise en effet l'usage de drogues à travers l'approche sanitaire et permet d'instituer cette question comme un problème médical, d'un point de vue à la fois de santé publique et dans la pratique clinique.

Le succès de la « catégorie d'addiction » a favorisé en France le développement des thérapies médicamenteuses envisagées comme des réponses efficaces et légitimes variant en fonction des produits consommés par l'utilisateur, de l'intensité de sa dépendance, ou de la définition de profils à risque de consommateurs. Le repérage de ces derniers est favorisé par le développement d'échelles d'évaluation. Aujourd'hui, à chaque produit correspond son double acceptable parce que médicalisé : le Baclofène® pour l'alcool, la e-cigarette pour le tabac, la méthadone et les traitements de substitution aux opiacés pour l'héroïne, et la Ritaline® pour la cocaïne. La médicalisation de l'usage de drogues a donné lieu à des succès de santé publique, incarnés par exemple par la diffusion

des traitements de substitution aux opiacés (TSO) (environ 180 000 personnes sont sous TSO en France) et leur efficacité sur la diminution du VIH chez les injecteurs de drogues (passant de 50 % au milieu des années 1980 à 13 % actuellement). La prééminence du concept d'addiction accompagnée de techniques à visée biomédicale telles que les échelles de repérage et les traitements médicamenteux peuvent être également analysés d'un point de vue sociologique comme une forme de « gouvernement des conduites » et de transformation de l'usage de drogues en maladie chronique. Au cours des années 1990, le succès du concept savant d'addiction est également devenu une catégorie politique permettant à des acteurs professionnels et des acteurs politiques et administratifs de créer le champ de l'addictologie, et de s'y instituer comme des acteurs légitimes [3].

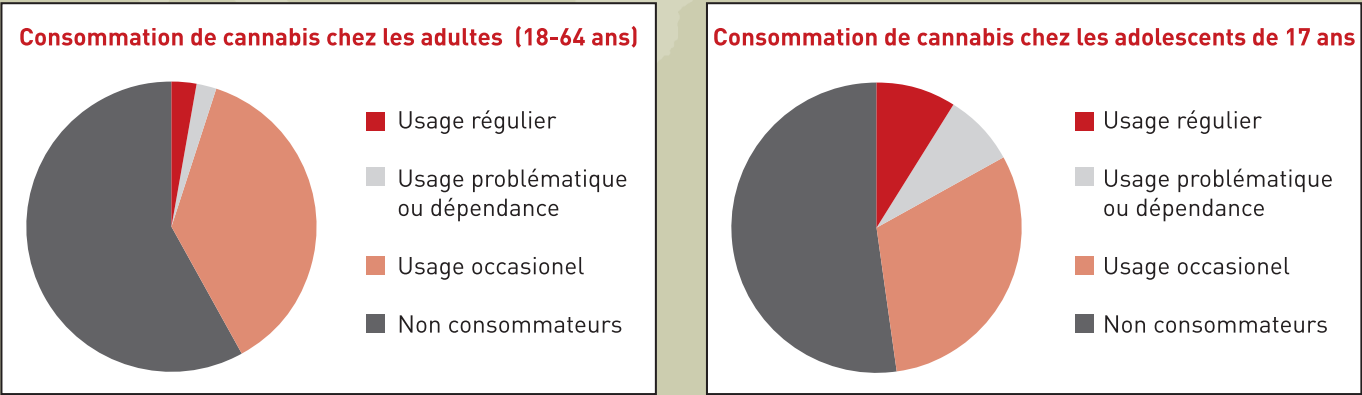
LES CONSÉQUENCES SANITAIRES DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La catégorie d'addiction revient à réduire l'usage de substances psychoactives à sa dimension problématique et à l'appréhender à partir du « risque » pour la santé, mais cette exposition au risque varie en fonction des comportements individuels d'usage et des contextes sociaux de consommation. La consommation de produits psychoactifs est avant tout une pratique sociale qui renvoie à une grande diversité de rapports sociaux aux substances, incluant l'expérimentation, l'usage occasionnel, régulier ou problématique et l'addiction.

L'ensemble des données du Baromètre Santé de Santé Publique France et de l'enquête ESCAPAD de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) met en évidence que la consommation de substances psychoactives et les conduites addictives sont des pratiques sociales largement diffusées dans la société française (Figure 1).

En France, 8 % des 18-75 ans, soit 3,4 millions de personnes sont classées comme ayant une consommation d'alcool à risque et près d'un tiers de la population française fume quotidiennement du tabac. Au-delà du fait de devenir addictives, certaines substances psychoactives comme le tabac et l'alcool sont impliquées dans la survenue de cancers et sont les premières causes de mortalité en France : 78 000 décès par an sont attribuables au tabac, 49 000 décès à l'alcool et 249 décès par surdoses d'héroïne ou d'autres opiacés sont répertoriés parmi les 15-49 ans. Indépendamment des produits, les modalités de consommation (voie injectable ou nasale) de certaines drogues constituent des vecteurs majeurs de la transmission de certaines maladies infectieuses telles que l'hépatite C, qui concerne actuellement 67 % des injecteurs en France [4]. Le lien de causalité établi entre la survenue du cancer du poumon et la consommation de tabac² [5], ou encore l'épidémie de Sida touchant les injecteurs d'héroïne constituent des événements fondateurs de l'institution de l'usage de drogues comme un problème de santé publique, bien avant sa conceptualisation sous l'angle des addictions qui contribue à l'instituer comme un problème biomédical et clinique.

2. L'administration de la preuve entre la consommation de tabac et la survenue du cancer du poumon a suscité des controverses, et a nécessité des alliances entre les mondes sociaux de la recherche, de l'administration de la santé et les associations philanthropiques œuvrant dans le domaine du cancer [5].



	Adultes (18 à 64 ans)	Adolescents de 17 ans
Alcoolisation ponctuelle importante dans le mois précédant l'étude (au moins 6 verres en une seule occasion)	17 %	49 %
Tabagisme quotidien (au moins une cigarette par jour dans le mois précédant l'étude)	29 %	32 %
Expérimentation de cocaïne (au moins un usage au cours de la vie)	5,6 % (1,1 % d'usagers actuels)	3,20 %
Médicaments psychotropes	18 % (au moins une fois ans l'année)	24 % (au moins une fois au cours de la vie)

Figure 1 : Les niveaux d'usage de substances psychoactives en 2014 : population adulte *versus* adolescents

**ADDICTION
SANS SUBSTANCES**

La notion d'addiction présentée comme venant « objectiver » le débat sur les drogues contribue également à le figer dans le registre du biologique et de la pathologie, symbolisée aujourd'hui par l'émergence des addictions sans drogues. La pratique clinique et la neurobiologie tendent actuellement à qualifier d'addiction non plus exclusivement des comportements impliquant l'usage de substances psychoactives, mais un ensemble de comportements de la vie quotidienne qui sont interprétés comme pathologiques, à partir du moment où l'individu organise sa vie quasi exclusivement autour de celle-ci. Les comportements compulsifs

vis-à-vis des écrans, du jeu, du sexe, de la nourriture ou du travail sont décrits en constante augmentation et sont mis en lien avec les nouvelles opportunités produites par la société de consommation décrite comme « addictogène ». Une lecture clinique de ces comportements entraîne le repérage et la qualification d'effets psychotropes proches de ceux exercés par les substances psychoactives sans recourir à la médiation de substances naturelles ou chimiques. Toutefois, la plupart de ces conduites ne sont pas encore catégorisées comme addictions et sont aujourd'hui l'objet de débats au sein de la communauté des cliniciens. Un vaste champ de recherche pluridisciplinaire est actuellement en plein développement en France [6].

**ADDICTIONS
ET DÉTERMINANTS SOCIAUX :
UNE RELATION COMPLEXE**

Il est difficile de mesurer précisément l'ampleur actuelle du phénomène des addictions, principalement en raison du caractère illégal de certaines drogues en France qui rend plus complexe leur observation épidémiologique, mais également en raison des variations disciplinaires dans la caractérisation de ce phénomène et du manque de repérage en population générale. Différents types d'enquêtes épidémiologiques transversales ou cohortes (📌) menées en population générale adulte ou adolescente sous l'égide de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, de Santé Publique

☛ Les cohortes

■ Une étude de cohorte consiste à suivre au cours du temps, et à l'échelle individuelle, un groupe de sujets partageant un certain nombre de caractéristiques. Cette démarche repose sur la collecte d'informations concernant des expositions à des facteurs de risque subies par les sujets suivis, qui sont susceptibles de modifier le risque de survenue de phénomènes de santé divers, et qui sont recueillies avant le moment d'apparition des effets analysés.

France ou d'équipes de recherche issues de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ou des Universités ont toutefois permis des avancées dans la description et la compréhension du phénomène, et ont mis en évidence la place des complexités des déterminants sociaux (☛) dans les conduites addictives [7].

Les études menées en population générale adulte et adolescente montrent ainsi que les variables sociales telles que la position sociale, la profession et le niveau d'éducation exercent une influence sur les conduites addictives. Le *Baromètre Santé* montre ainsi que les personnes les moins diplômées et les ouvriers déclarent une consommation de tabac plus élevée. À l'inverse, la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, est plus élevée parmi les personnes ayant les niveaux d'instruction les plus élevés, mais elle est également plus occasionnelle. La consommation régulière d'alcool est quant à elle

plus importante chez les actifs âgés de moins de 25 ans alors qu'après 25 ans, ce phénomène s'inverse et ce sont les chômeurs qui ont le plus souvent un usage régulier d'alcool et des ivresses [8]. Des données récentes issues des cohortes TEMPO et GAZEL ont mis en évidence que le fait d'être au chômage et d'avoir un niveau d'éducation faible étaient associés à une addiction au tabac et au cannabis et que la dépendance à l'alcool était plus fréquemment observée dans les populations au chômage mais ayant un niveau d'études plus élevé [9].

☛ Les déterminants sociaux

■ Les déterminants sociaux de la santé désignent l'environnement social (au sens large), le contexte dans lequel les personnes vivent et travaillent. Ils conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement.

L'inclusion d'autres variables telles que le genre vient complexifier les rapports aux substances psychoactives. Ainsi, les usages de tabac et d'alcool sont plus fréquents chez les hommes issus de milieux sociaux défavorisés et sont à l'inverse plus marqués chez les femmes ayant des positions sociales élevées [8]. Ces différences sont liées au fait que les rôles sociaux associés au genre sont construits différemment en fonction du milieu social, l'usage de substances psychoactives est ainsi plus facilement associé aux valeurs de la masculinité dans les milieux popu-

lares que dans les milieux plus favorisés.

Au-delà des prévalences de consommation, les variables sociales jouent un rôle déterminant sur les régulations de l'usage et les modalités de sortie. La pratique d'expérimentation des drogues (en particulier alcool et cannabis) est plus fréquente chez les jeunes issus de milieux sociaux favorisés alors que l'usage problématique et la dépendance sont plus marqués chez les jeunes issus de milieux modestes [10]. Le milieu social renvoie certes au niveau de revenus et d'éducation, mais également à la manière dont les jeunes investissent le système scolaire et envisagent leur avenir. Ainsi, les jeunes en situation d'échec scolaire ont des rapports plus à risque vis-à-vis des drogues, la consommation quotidienne de cannabis est plus élevée dans cette population, et cette tendance se maintient sur trois générations de consommateurs [11]. Des travaux français récents ont également mis en évidence les liens entre l'initiation précoce à l'usage de cannabis et un niveau scolaire faible [12]. L'importance accordée à la réussite scolaire, la confiance dans l'avenir et les supports sociaux familiaux permettent aux jeunes issus de milieux favorisés de gérer plus facilement les sorties de l'usage de drogues illicites [13].

L'ensemble de ces données issues de l'épidémiologie sociale montre ainsi que la relation entre variables sociales et conduites addictives est complexe. Il est intéressant de noter que l'épidémiologie contribue ici à déconstruire, en partie, l'imaginaire social des drogues, habituellement incarné par des figures caricaturales marquées par la précarité sociale ou la marginalité. Il conviendrait de citer par exemple l'ouvrier alcoolique,

le consommateur de crack désocialisé ou l'héroïnomane de rue [14].

COMPRENDRE L'USAGE DES DROGUES ET DE L'ADDICTION GRÂCE AUX SCIENCES SOCIALES

Les sciences sociales portent en elles de manière intrinsèque cette ambition de déconstruction des phénomènes sociaux. Elles permettent d'envisager les addictions au-delà des régimes d'autorité du droit et de la médecine, en s'attachant à décrire et à expliquer les pratiques des usagers et à clarifier les enjeux sociaux associés aux usages de drogues. Les sciences sociales analysent les usages de drogues non plus uniquement comme un comportement problématique, mais s'autorisent à les envisager comme des pratiques sociales ordinaires. La sociologie américaine a ainsi montré que l'usage de drogues pouvait être analysé comme un monde social à part entière, avec ses propres règles de fonctionnement et codes sociaux, et non pas comme un espace réduit à l'absence de normes. Les travaux du sociologue américain Howard Becker sur les fumeurs de cannabis ont montré que les pratiques d'usage étaient le produit d'une socialisation donnant lieu à l'acquisition de compétences et de valeurs propres au monde de la drogue. Cet apprentissage des codes propres au monde des fumeurs, permet à l'usager de repérer les effets du produit, de les apprécier, et d'atténuer les effets délétères du système social en vigueur prônant l'interdit de l'usage [15]. Ces analyses sociologiques montrent que les usagers doivent retirer des bénéfices personnels de leur consommation de drogues compensant les contraintes sociales (pénalisation de l'usage, stigmatisation des conduites) associées à ces

pratiques, afin de poursuivre leur consommation. Elles questionnent notre rapport au plaisir et au risque, aux normes sociales et aux manières de vivre en société. Elles donnent alors une place centrale à l'expérience et aux significations sociales que les usagers accordent à leurs consommations. Cette nouvelle perspective permet d'aller à l'encontre des représentations sociales des conduites de consommation en montrant que la pratique d'usage de drogues apparemment « insensée » quand elle est appréhendée sous l'angle médical et juridique, peut revêtir un sens et remplir des fonctions spécifiques dans les trajectoires des personnes, comme l'ont montré les travaux américains du sociologue Alfred Ray Lindesmith et du psychiatre Norman Zinberg sur les addictions. Lindesmith a analysé comment des personnes soumises à des prescriptions d'opiacés parvenaient à ne pas devenir dépendantes, en raison des significations sociales qu'elles accordaient au manque, interprété comme étant lié à d'autres phénomènes que le produit lui-même, et comment d'autres à l'inverse s'inscrivaient dans des trajectoires de dépendance en limitant les effets du manque aux propriétés pharmacologiques des produits et en acceptant de se reconnaître dans une identité de « toxicomane » [16]. Zinberg a révélé quant à lui que les usages addictifs de substances pouvaient également s'inscrire dans des formes de régulation d'usage et à des conduites rationnelles, par la mise en place de stratégies telles que l'espacement des prises et des ritualisations permettant de limiter les dommages sanitaires associés à ces substances [17]. Ces travaux fondateurs des sciences sociales ont ainsi montré que le sens accordé par les individus à l'expérience des drogues de manière individuelle ou dans

leurs interactions avec les autres consommateurs et le contexte social dans lequel les drogues sont consommées étaient des éléments essentiels dans la compréhension des addictions, au-delà des seuls effets pharmacologiques des produits.

Les travaux anthropologiques ont décrit les usages de substances psychotropes dans les sociétés anciennes comme des phénomènes anciens, universels et ritualisés, utilisés à des fins médicales, artistiques ou religieuses et faisant l'objet de normes et de régulations sociales rigoureuses [18]. Les sociétés contemporaines sont à l'inverse décrites comme le terreau des usages dérégulés, qui ont donné lieu à un cadrage du problème des drogues comme un problème sanitaire et juridique, interprété comme un fléau social à la fin des années 1960. La massification des usages de drogues dans les années 1960 a été analysée par de nombreux sociologues, à l'instar d'Alain Ehrenberg, sociologue français, comme un révélateur de la difficulté pour les individus à supporter le délitement des liens sociaux traditionnels et l'indétermination démocratique marquée par l'injection à être autonome [19]. La recherche en sciences sociales sur les drogues s'est structurée en France à la fin des années 1980. Cette approche sociologique a permis de comprendre comment l'usage de drogues avait été construit comme un fléau social à partir de la figure du « jeune en danger », de distinguer les pratiques minoritaires des pratiques plus largement diffusées et d'analyser le développement des pratiques d'usage non pas comme un problème moral relevant d'une pathologie individuelle, mais comme le reflet des transformations sociales et politiques de nos sociétés [20].

CONCLUSION

Les drogues et les addictions sont aujourd'hui instituées comme un problème social, politique et sanitaire, favorisant la création d'un dispositif de quantification des pratiques qui s'est considérablement amélioré depuis les années 1990 en France [21]. Les addictions constituent un phénomène social complexe, souvent traité sur le registre de l'émotion et de la caricature dans les médias, que la recherche permet d'objectiver par une approche pluridisciplinaire. La recherche sur les processus sociaux et environnementaux favorisant les conduites addictives intégrant une articulation entre sciences sociales, épidémiologie, sciences biologiques et fondamentales serait intéressante à développer en France. La recherche en sciences sociales doit également

se poursuivre³ afin de penser les conduites addictives comme un révélateur du social, réinscrivant le rapport aux drogues dans son contexte social et politique, pour en saisir les significations. Actuellement, les catégories structurantes des politiques des drogues sont remises en question : les frontières entre prévention, réduction des risques et soins se réinventent et les oppositions entre drogue et médicament se déplacent. Les politiques et les catégories liées aux drogues et aux addictions doivent être réinterrogées au prisme des crises que traversent nos sociétés : crises politiques et économiques, crise des identités, crises des rôles et des valeurs [22]. Si la caractérisation des conduites addictives et de ses conséquences sanitaires a considérablement progressé en France ces dernières années et nécessite d'être poursuivie,

la recherche sur la compréhension des motivations de l'usage, et sur l'analyse des politiques de prévention des addictions et de réduction des dommages associés mérite d'être renforcée. ■

RÉFÉRENCES

- [1] DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*, 5th revised edition. American Psychiatric Association Publishing, 2013.
- [2] Zafiroopoulos M, Pinell P. Drogues, déclassement et stratégies de disqualification. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1982 ; 42 : 61-75.
- [3] Fortané N. La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses* 2010 ; n° 78 : 5-24.
- [4] Weill-Barillet L, Pillonel J, Pascal X, et al. Virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors an access to syringes among drug users, a comparison of areas in France, ANRS-Coquelicot Survey. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2016 ; 64 : 301-12.
- [5] Berlivet L. Les médecins, le tabagisme et le welfare state. *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 2010 ; 1 : 157-90.
- [6] Venisse JL, Grall-Bronnec M. *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter*. Paris : Elsevier Masson, 2012.
- [7] Jauffret-Roustide M. Les inégalités sociales dans le champ des addictions. *Tribunes de la santé, Presses de Sciences Po* 2014 ; n° 24 : 61-8.
- [8] Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre Santé, France, 2005. *Bull Épidémiol Hebd* 2009 ; 10-11 : 90-3.
- [9] Melchior M, Chollet A, Elidmir G, et al. Unemployment and substance use in young adults: does educational attainment modify the association? *Eur Addict Res* 2015 ; 21 ; 3 : 115-23.
- [10] Inserm. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Expertise collective, Paris : Éditions Inserm, 2014.
- [11] Legleye S, Khat M, Mayet A, et al. From cannabis initiation to daily use: educational and inequalities in consumption behaviours over three generations in France. *Addiction* 2016 ; 111 : 1856-66.
- [12] Melchior M, Bolze C, Fombonne E, et al. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal. Data from the French TEMPO Study. *Int J Epidemiol* 2017 (sous presse).
- [13] Spilka S, Tribess A, Le Nézet O, et al. *Les usages de drogues des adolescents parisiens. Étude qualitative*. Paris : OFDT, 2010 ; 3 : 98 p.
- [14] Jauffret-Roustide M. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La Revue Lacanienne* 2009 ; 5 : 109-18.
- [15] Becker H. Becoming a marijuana user. *Am J Sociology* 1953 ; 59 : 242-53.
- [16] Lindesmith A. A sociological theory of drug addiction. *Am J Sociology* 1938 ; XLIII : 593-613.
- [17] Zinberg N. *Drug, set and setting: the social bases of controlled drug use*. New Haven : Yale University Press, 1974.
- [18] Bergeron H. *Sociologie de la drogue*. Paris : La Découverte, 2008.
- [19] Ehrenberg A. *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris : Éditions Esprit, 1991.
- [20] Beck F, Obradovic I, Jauffret-Roustide M, et al. Regard sur les addictions des jeunes en France. *Sociologie* 2010 ; 4 : 517-36.
- [21] Peretti-Watel P, Beck F, Legleye S. *Les usages sociaux des drogues*. Paris : PUF, 2007.
- [22] Jauffret-Roustide M, Granier JM. Repenser la politique des drogues. *Esprit* 2017 ; n° 431 : 40-54.

3. L'École des Hautes Études en Sciences Sociales vient de lancer le programme Sciences sociales, drogues et sociétés (D3S), qui vise à valoriser les recherches en sciences sociales et à construire une communauté de recherche francophone, en lien avec les réseaux internationaux. Ce programme bénéficie du soutien financier de la Mildeca. Site internet : <https://drogueshs.hypotheses.org/>.

Journées de la Recherche en Santé Publique

■ À l'occasion de ses 10 ans, l'IReSP organisera les 23 et 24 novembre prochains des « Journées de la Recherche en Santé Publique ». Elles auront lieu à l'Institut Pasteur et rassembleront plusieurs centaines de chercheurs.

Ce colloque international a quatre objectifs principaux :

- Faire le bilan des actions de l'IReSP depuis 10 ans et de ses contributions pour la recherche en santé publique.
- Promouvoir et ouvrir des perspectives pour la recherche en santé publique en réunissant les meilleurs chercheurs français et internationaux ainsi que les acteurs et les décideurs qui contribuent à faire avancer la recherche en santé publique.
- Restituer les résultats des appels à projets lancés par l'IReSP, qui se termineront en 2017 et, plus généralement, mettre en valeur les résultats de la recherche en santé publique.
- À terme, organiser un rendez-vous unique de la recherche en santé publique.

Les chercheurs en santé publique français et internationaux, les décideurs, les acteurs de terrain et associations sont attendus lors de ce rendez-vous scientifique.

Dans le cadre de ce colloque, un appel à communications sera lancé courant mai 2017.

Ouverture des inscriptions en septembre 2017.

Plus d'informations : segolene.charney@iresp.net

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007. Il rassemble aujourd'hui 22 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Corinne Alberti, professeur de santé publique.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé

- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé
- Recherche Interventionnelle

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail et d'actions coordonnées sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a

décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INCa, Santé Publique France), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net