

**Inpes**

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

# Usages de drogues et pratiques addictives en France

Analyses du Baromètre santé Inpes

François Beck  
Romain Guignard  
Jean-Baptiste Richard

 La  
**documentation**  
Française 

**INPES**

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

# Usages de drogues et pratiques addictives en France

**Analyses du Baromètre santé 2010**

François Beck  
Romain Guignard  
Jean-Baptiste Richard

La **documentation** française

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992, complétés par la loi du 3 janvier 1995, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Direction de l'information légale et administrative, Paris 2014

ISBN : 978-2-11-009734-7

# Table des matières

<b>Préface</b> .....	7
<b>Auteurs</b> .....	9
<b>Synthèse</b> .....	11
<b>Introduction</b> .....	23
<b>Méthode</b> .....	31
<b>Tabac</b> .....	41
<b>INTRODUCTION</b> .....	44
<b>RÉSULTATS</b> .....	45
Les niveaux de consommation observés en 2010 parmi les 15-85 ans.....	45
Facteurs sociodémographiques et événementiels associés au tabagisme régulier parmi les 15-85 ans .....	47
Les évolutions de la prévalence tabagique depuis 2000 parmi les 15-75 ans .....	50
Signes de dépendance physiologique forte.....	57
Type de tabac fumé et évolutions .....	57
Âge d'initiation au tabagisme et début de l'usage régulier.....	58
L'arrêt tabagique .....	59
Exposition au tabagisme passif au domicile .....	64
Sentiment d'être bien informé sur le tabac .....	65
Crainte des maladies dues au tabac .....	66
Opinions sur le tabagisme .....	67
<b>DISCUSSION</b> .....	70
Évolution des comportements et des attitudes .....	70
Les spécificités de l'évolution du tabagisme féminin .....	73
Tabagisme et précarité : la hausse des prix en question.....	74
Mise en regard des données de vente de 2005 à 2010 et des estimations de la contrebande.....	77
Mise en regard des données de vente des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac de 2005 à 2010 .....	78
Mise en regard des appels traités par la ligne Tabac info service (TIS) de 2005 à 2010 .....	78
<b>CONCLUSION</b> .....	79

## **Alcool**..... 83

### **INTRODUCTION**..... 86

### **RÉSULTATS** ..... 88

La consommation d'alcool en 2010..... 88

Ivresse et API par sexe et âge..... 92

Les consommations à risque ..... 94

Sentiment d'information, crainte, perception du danger ..... 97

Évolutions des comportements ..... 98

Analyses régionales ..... 103

Domages liés à l'alcool..... 104

### **DISCUSSION** ..... 107

Un changement des modes de consommation de l'alcool... ..... 107

...qui concerne en particulier les jeunes ..... 110

Facteurs associés identifiés ..... 113

### **CONCLUSION** ..... 114

## **Cannabis**..... 121

### **INTRODUCTION**..... 124

### **RÉSULTATS** ..... 125

Niveaux d'usage par sexe et âge..... 125

Milieu social des consommateurs et facteurs associés ..... 127

L'âge d'entrée dans la consommation de cannabis..... 129

Les usages de cannabis dans certains secteurs d'activité ..... 131

Évolution depuis les années 1990..... 133

Disparités régionales ..... 136

L'approvisionnement en cannabis ..... 138

Quand l'usage de cannabis devient problématique ..... 143

Recours à une aide en vue de réduire la consommation de cannabis ..... 145

### **DISCUSSION** ..... 145

Limites des résultats et mise en regard avec d'autres sources..... 145

Motivations et contextes d'usage..... 147

Domages sanitaires et sociaux..... 148

Tendances européennes ..... 149

### **CONCLUSION** ..... 151

<b>Drogues illicites(hors cannabis)</b> .....	155
<b>INTRODUCTION</b> .....	158
<b>RÉSULTATS</b> .....	158
Niveaux d'usage des produits et évolutions .....	158
Âge d'initiation aux substances psychoactives .....	167
Facteurs sociodémographiques associés aux usages de cocaïne, de poppers, d'ecstasy et d'héroïne.....	168
Les consommations des étudiants .....	173
Cartographie (expérimentation et usage actuel) .....	175
Transformation de cocaïne en free-base .....	178
Injection de drogues ou de produits de substitution .....	178
<b>DISCUSSION</b> .....	179
Mise en regard des autres sources de données .....	179
Éléments de comparaisons européennes .....	180
À propos de quelques limites de l'approche par enquête en population générale sur les drogues illicites autres que le cannabis.....	184
<b>CONCLUSION</b> .....	186
<b>ANNEXES</b> .....	187

<b>Médicaments psychotropes</b> .....	191
<b>INTRODUCTION</b> .....	194
<b>RÉSULTATS</b> .....	196
Niveaux d'usage et évolutions récentes .....	196
Facteurs associés aux consommations de médicaments psychotropes (catégories socioprofessionnelles et statut d'activité).....	199
<b>DISCUSSION</b> .....	201
Mise en regard avec des données d'autres enquêtes et comparaisons européennes.....	201
Mise en regard avec les données de remboursements .....	202
Motifs de prescription.....	203
Des usages liés à l'activité professionnelle .....	204
Limites des données déclaratives.....	204
<b>CONCLUSION</b> .....	205

## **Polyconsommation de substances psychoactives** ..... 209

### **INTRODUCTION**..... 212

### **RÉSULTATS** ..... 213

La polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis ..... 213

Évolutions sur la période 2005-2010..... 216

Usages de cannabis et expérimentation des autres drogues illicites..... 216

### **DISCUSSION** ..... 220

Mise en regard avec d'autres sources de données en population adulte ..... 220

Mise en regard avec d'autres sources de données en population adolescente .... 221

Liens entre usage de cannabis et expérimentation d'autres drogues illicites ..... 222

Profil des polyconsommateurs et conséquences de la polyconsommation ..... 223

### **CONCLUSION** ..... 223

## **La pratique des jeux de hasard et d'argent** ..... 227

### **INTRODUCTION**..... 230

### **RÉSULTATS** ..... 232

Prévalence du jeu au cours des douze derniers mois ..... 232

Profils des différents types de joueurs ..... 236

Pratiques de jeu ..... 241

Comorbidités associées au jeu à risque ..... 245

Comparaisons régionales..... 247

### **DISCUSSION** ..... 248

Proportion de joueurs dans la population ..... 248

Facteurs associés..... 249

Pratiques des différents types de jeux..... 251

### **CONCLUSION** ..... 251

### **POSTFACE** ..... 253

# Préface

Dans le cadre de la programmation stratégique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), ainsi que dans la préparation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives et du plan cancer, il est apparu indispensable de faire un état des lieux rigoureux sur la question des usages de substances psychoactives et des pratiques addictives dans la population française. Quantifier ces questions est une étape cruciale dans la construction d'une culture commune sur ce sujet qui suscite tant d'émotion mais aussi tant de controverses. C'est dans ce souci d'appuyer la décision et les actions de santé publique sur des faits scientifiques et d'éclairer le débat public que l'Inpes s'est engagé dans cette analyse approfondie des résultats du Baromètre santé 2010.

Cette enquête nationale mise en œuvre par l'Inpes depuis le début des années 1990 n'est pas spécifiquement consacrée à la question des conduites addictives, mais, parmi les comportements de santé, ces habitudes de vie comptent parmi les premiers facteurs de risque de survenue de maladies chroniques et de décès prématurés dans notre pays. L'étude repose sur un échantillon de grande taille permettant une grande précision et une certaine finesse dans les analyses, notamment pour être en mesure de bien distinguer les comportements qui relèvent de l'expérimentation et de l'usage occasionnel de ceux qui présentent un risque sanitaire ou social, à court ou à long terme. Cette puissance statistique permet également d'assurer le suivi des évolutions par catégorie sociale par exemple, indicateur très utile dans la mesure des tendances en matière d'inégalités de santé.

Détaillant les différents produits consommés et les pratiques qui s'y rapportent, cet ouvrage offre un panorama complet et nuancé des usages de substances psychoactives et des pratiques addictives en France. Tout en présentant en détail les méthodes et leurs limites, les auteurs explorent les facteurs sociodémographiques associés aux différentes conduites addictives. Reposant sur des indicateurs internationaux validés, les résultats apparaissent globalement en cohérence avec les autres études françaises sur les adolescents menées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ces dernières années, notamment en termes d'évolutions et de facteurs associés.

Ainsi, la relative stabilisation de la consommation de cannabis, la remontée récente du tabagisme ou les hausses des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes, en particulier chez les jeunes filles, également visibles parmi les plus jeunes, apparaissent-ils comme les enseignements majeurs de cette enquête.

Cette étude souligne par ailleurs que, dans l'ensemble, les usages occasionnels ou à faible risque semblent associés à des situations d'intégration sociale, tandis que les usages les plus réguliers ou problématiques se rencontrent plus souvent dans les populations en difficulté sociale. Malgré nos efforts pour tendre vers moins d'inégalités sociales, cette tendance apparaît de plus en plus marquée depuis le début des années 2000, même si quelques nuances sont observées selon le produit, le genre et la dimension socio-économique considérée.

Mon souhait est de permettre à chaque professionnel mais plus largement à chaque citoyen de mieux connaître la réalité des usages de substances psychoactives et des pratiques addictives dans la population générale, ainsi que de leurs déterminants sociaux. Cet état des lieux doit nous servir, comme aux autres acteurs de la santé publique, d'outil d'évaluation de l'impact à moyen et long terme des actions engagées par les pouvoirs publics. La connaissance constitue en effet l'indispensable premier jalon de la mise en œuvre d'une politique de santé cohérente. Un tel effort de compréhension des addictions s'inscrit pleinement dans les orientations actuelles du gouvernement, notamment en matière de lutte contre le tabagisme et de réduction des inégalités sociales de santé.

**Thanh Le Luong,**  
*Directrice générale de l'Inpes*

# Auteurs

## François Beck

Docteur en sociologie, statisticien (ENSAE), il est responsable du département « Enquêtes et analyses statistiques » à l'Inpes et chercheur au Cermes3 (université Paris-Descartes/CNRS/Inserm U988/EHESS). Il a auparavant été responsable du département des enquêtes à l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), où il a mis en place le système français d'information sur les usages de drogues en population générale. Il est responsable scientifique des Baromètres santé, enquêtes nationales multithématiques.

Poursuivant un travail sur la méthodologie d'enquête et sur l'articulation entre méthodes qualitatives et quantitatives, il tente de concilier une sociologie des usages de drogues et une épidémiologie des addictions en population générale. Ses travaux comportent une réflexion épistémologique sur la quantification des questions sanitaires et sociales, en particulier dans le domaine du genre, des inégalités sociales de santé et de la santé mentale.

Il a publié de nombreux ouvrages et articles scientifiques, notamment *Les comportements de santé des jeunes* (Inpes, 2013) *Violences et santé en France* (La Documentation française, 2010); *Les usages sociaux des drogues* (PUF, 2007); *La dépression en France* (Inpes, 2009); *Regards sur la fin de l'adolescence* (OFDT, 2000); *Les facteurs de risque de l'usage de drogues des adolescents* (Editions du Conseil de l'Europe, 2007).

## Romain Guignard

Romain Guignard est chargé d'études et de recherche au département « Enquêtes et analyses statistiques » de la direction des affaires scientifiques de l'Inpes. Il est titulaire d'un diplôme d'ingénieur de l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI), spécialisé en épidémiologie et économie de la santé. Ses travaux portent principalement sur la méthodologie d'enquête et l'analyse statistique des données dans le domaine de l'usage des drogues licites et illicites et de la santé mentale. Il est également l'investigateur principal du volet français du projet ITC (International Tobacco Control) ayant pour objectif l'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac menées en France, dans le cadre d'une mise en perspective avec celles d'autres nations.

Il a publié dans de nombreux ouvrages collectifs et revues scientifiques, notamment « Evolution du tabagisme chez les jeunes et politiques de lutte antitabac » in *Agora Débats/Jeunesses* (n° 63, INJEP, 2013); « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes » in *Baromètre santé médecins généralistes 2009* (Inpes, 2011); « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 » in *BEH* (n° 20-21, 2011).

## Jean-Baptiste Richard

Jean-Baptiste Richard est chargé d'études et de recherche au département « Enquêtes et analyses statistiques » de la direction des affaires scientifiques de l'Inpes. Il est titulaire d'un diplôme d'ingénieur de l'École nationale supérieure des

Mines de Nancy, d'un mastère portant sur les systèmes d'informations localisées pour l'aménagement du territoire et d'un diplôme d'études approfondies en analyse et modélisation des systèmes biologiques de l'université Claude Bernard de Lyon. Il est notamment responsable scientifique du Baromètre santé DOM. Ses travaux portent principalement sur la méthodologie d'enquête et l'analyse statistique des données dans le domaine de l'usage des substances psychoactives, des pratiques de jeux de hasard et d'argent, du sommeil et des accidents de la vie courante, avec pour axe principal d'analyse les inégalités sociales de santé.

Il a publié dans de nombreux ouvrages collectifs et revues scientifiques, notamment *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010* (Inpes, 2013); « Actualités épidémiologiques du cannabis » in *Revue du praticien* (2013); *Atlas des usages de substances psychoactives. Analyses régionales du Baromètre santé 2010* (Inpes, 2013).

# SYNTHÈSE

Les Baromètres santé de l'INPES permettent d'observer des indicateurs de surveillance épidémiologique en population générale. Il s'agit d'enquêtes aléatoires réalisées depuis 1992 par téléphone, représentatives de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 75 ans. Depuis 1995, le rythme d'enquête est quinquennal. La dernière enquête, menée en 2010 auprès de 27 653 individus et élargie aux personnes âgées de 15 à 85 ans, comporte un important volet sur les usages de substances psychoactives et sur les pratiques addictives. Afin d'optimiser la passation du questionnaire pour les individus les moins concernés, les questions sur les drogues illicites n'ont été posées qu'aux 15-64 ans.

## NIVEAUX DE CONSOMMATION ET ÉVOLUTIONS

### NIVEAUX D'ENSEMBLE

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé de façon occasionnelle par une large majorité de personnes, mais aussi de façon régulière par plus du quart de la population. Le tabac est, comme l'alcool, largement expérimenté, mais, notamment en raison de son fort pouvoir addictif, sa consommation devient plus souvent quotidienne que celle de l'alcool et du cannabis : parmi les 15-85 ans, 13,8 millions de personnes, soit presque trois individus sur dix, fument quotidiennement, alors que l'usage n'est quotidien que pour une personne sur dix (5 millions) pour l'alcool et à peine plus d'une sur cent pour le cannabis (550 000 personnes). En termes d'expérimentation, les médicaments psychotropes se situent en troisième position après l'alcool et le tabac, avec environ 16 millions d'expérimentateurs parmi les 15-75 ans, tandis que l'expérimentation de cannabis concerne 13,4 millions de personnes, celle de cocaïne 1,5 million et celle d'héroïne environ 500 000 personnes.

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

## TABAC

L'usage quotidien de tabac concerne 31 % des hommes et 24 % des femmes de 15 à 85 ans. La proportion de fumeurs est maximale entre 26 et 34 ans chez les hommes (48 % de fumeurs quotidiens) et entre 20 et 25 ans chez les femmes (39 %), puis diminue ensuite fortement avec l'âge, et en particulier au-delà de 50 ans.

Alors qu'elle était en baisse depuis plusieurs décennies, la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation par rapport à 2005 (de 27 % à 29 % parmi les 15-75 ans), en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. Cette hausse s'explique largement par un glissement générationnel. En effet, les femmes nées après guerre, entre 1945 et 1965, et qui étaient donc âgées de 45 à 65 ans en 2010, appartiennent à une génération marquée par l'essor du tabagisme féminin : elles fument davantage et sont moins enclines à s'arrêter que les femmes des générations précédentes. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme entre 2005 et 2010, marqué par l'interdiction de fumer dans les lieux publics de 2007-2008, est apparu plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée notamment par de fortes hausses des prix. L'envie d'arrêter parmi les fumeurs a également diminué depuis 2005 (58 % en 2010 contre 65 % en 2005), tout comme la crainte des maladies liées au tabac, en particulier parmi les plus jeunes.

L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté. Ainsi, la proportion des fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est en baisse. L'interdiction de fumer dans les lieux fermés à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (en 2007), a ainsi pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. Par ailleurs, la prise de conscience des risques du tabagisme passif consécutive à cette loi pourrait être responsable de la diminution de la part de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants (en 2010, 48 % des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais ou rarement à leur domicile contre 41 % en 2005). De même, la moindre adhésion à l'opinion selon laquelle « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe » pourrait être le signe d'une dénormalisation progressive du tabac, consécutive notamment aux différents décrets sur le tabagisme passif.

## ALCOOL

Seules 6 % des personnes interrogées déclarent ne jamais avoir bu d'alcool au cours de leur vie, et 14 % ne pas en avoir bu au cours de l'année. Les hommes sont plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement (19 % vs 7 % des femmes), ou de manière hebdomadaire (43 % vs 28 % des femmes).

Les personnes ayant bu de l'alcool au cours de l'année ont déclaré consommer en moyenne 5,5 verres par semaine (8,1 verres pour les hommes contre 2,8 verres pour les femmes), avec un profil de jeunes adultes ayant une consommation forte et ponctuelle et un profil plus âgé de consommation courante inscrite dans une certaine régularité et plutôt modérée. Le vin est le produit le plus consommé à une fréquence hebdomadaire (38%), suivi de la bière (18%), des alcools forts (15%) et des autres alcools (9%).

L'ivresse au cours des douze derniers mois concerne 19% des personnes interrogées, 3% l'ayant fait de manière régulière (au moins dix fois sur la période). La survenue d'ivresses s'observe essentiellement chez les jeunes adultes : 45% des 20-25 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année, et un sur dix (11%) au moins dix fois. L'alcoolisation ponctuelle importante (API, consommation d'au moins 6 verres en une seule occasion) au cours de l'année concerne pour sa part 34% des 15-85 ans (50% des hommes, 20% des femmes), dont 5% à un rythme hebdomadaire (8% des hommes, 2% des femmes). L'API apparaît également plus fréquente parmi les 20-25 ans : plus d'un jeune sur deux (52%) a connu un tel épisode au cours de l'année, près d'un tiers (29%) tous les mois, et un sur dix toutes les semaines (11%). Les jeunes générations ont par ailleurs des consommations moins différenciées selon le sexe. Enfin, 9% des individus interrogés peuvent être considérés comme usagers d'alcool à risque chronique ou de dépendance (15% des hommes vs 3% des femmes).

La consommation d'alcool au moins une fois au cours de l'année apparaît en légère hausse relativement à 2005 (+1,6 point), avec une stabilité de la consommation hebdomadaire et une baisse de l'usage quotidien, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En vingt ans, la part de buveurs quotidiens a en effet été divisée par deux, de 24% en 1992 à 11% en 2010, tout comme les quantités d'alcool mises en vente, qui ont nettement diminué au cours des années 2000, prolongeant ainsi la tendance observée depuis les années 1950.

L'augmentation des ivresses et API traduit une évolution plus récente des comportements. Ainsi, les ivresses (+4,5 points) et les API (+2,1 points) au cours de l'année apparaissent plus fréquentes qu'en 2005. Les évolutions les plus prononcées s'observent parmi les jeunes hommes de 26-30 ans, 40% rapportant des API mensuelles (27% en 2005), et parmi les jeunes femmes de 20-25 ans, dont cette même proportion est passée de 11% en 2005 à 17% en 2010. Même si les ivresses demeurent un comportement majoritairement masculin, on note une tendance au rapprochement de ces comportements, essentiellement au sein des 20-34 ans.

## **CANNABIS**

Le cannabis est de loin le produit illicite le plus fréquemment consommé en France. Ainsi, parmi les 15-64 ans, 32 % l'ont déjà expérimenté (40 % parmi les hommes et 25 % parmi les femmes) et 8 % déclarent en avoir consommé au cours de l'année (12 % parmi les hommes, 5 % parmi les femmes). La proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 5 %, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : 12 % des 15-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 5 % en sont usagers réguliers et 3 % usagers quotidiens.

Les hommes se déclarent proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes et cet écart a tendance à s'accroître au fur et à mesure que l'on observe des niveaux d'usage élevés. Au sein des usagers actuels de cannabis, 21 % sont identifiés, selon l'échelle internationale de repérage CAST, comme des usagers à risque faible, et une proportion équivalente (20 %) à risque élevé d'abus ou de dépendance. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7 % des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7 % des hommes et 0,8 % des femmes).

Après avoir presque doublé au cours des années 1990, l'usage de cannabis au cours de l'année, de même que la consommation au cours du mois, se sont stabilisés depuis 2000. La France n'en demeure pas moins en 2010 l'un des pays européens présentant la plus forte proportion de consommateurs.

## **AUTRES DROGUES ILLICITES**

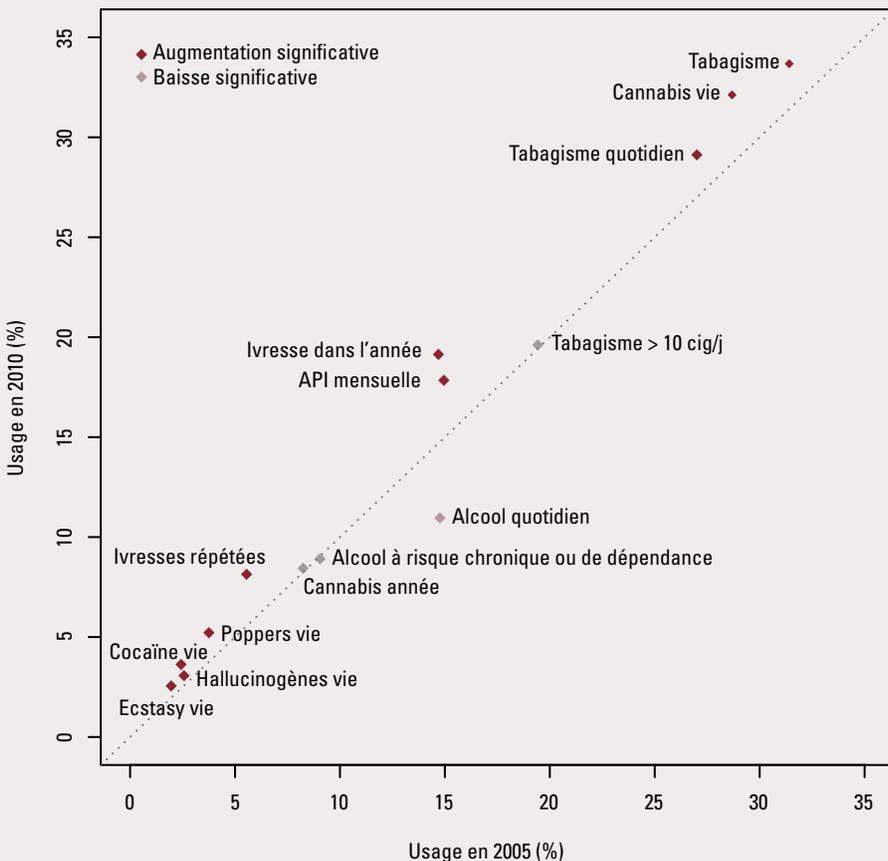
L'usage des autres drogues illicites concerne une proportion très faible de la population française. Hormis le cannabis, le poppers est la substance illicite la plus expérimentée parmi les 15-64 ans (5,2 %), suivie par la cocaïne (3,6 %), les champignons hallucinogènes (3,1 %), l'ecstasy ou MDMA (2,6 %), les produits à inhaler (1,8 %), les amphétamines et le LSD (1,7 % pour chacun) et l'héroïne (1,2 %). Les hommes s'avèrent pour tous les produits plus souvent expérimentateurs ou usagers dans l'année que les femmes. Le niveau d'usage actuel (au cours de l'année) de substances psychoactives illicites apparaît maximal parmi les 20-25 ans.

Sous le coup d'une disponibilité croissante et d'une baisse des prix, les usages de cocaïne se sont nettement développés en France au cours des années 2000. La part des 18-64 ans en ayant consommé dans l'année est passée au cours de la décennie de 0,3 % à 0,9 %. L'usage actuel de poppers a aussi fortement augmenté entre 2005 et 2010 (de 0,6 % à 0,9 %), tout comme celui de produits à inhaler et d'héroïne parmi les hommes seulement. Après une baisse consécutive à l'émergence des traitements de substitution aux opiacés, l'héroïne a connu un rebond dans les années 2000, notamment parmi les jeunes adultes.

Les consommations des autres produits apparaissent stables, et le seul dont l'usage actuel apparaît en baisse entre 2005 et 2010 est l'ecstasy, notamment parmi les hommes. Précisons que la consommation de produits hallucinogènes (LSD, champignons hallucinogènes) se situe à un niveau très faible, ce qui rend difficile le suivi des évolutions dans l'ensemble de la population. Depuis le milieu des années 2000, on assiste à l'apparition de nouveaux produits de synthèse (NPS), le plus souvent conçus pour contourner la législation sur les stupéfiants et vendus sur Internet, et qui ne sont pas forcément repérables dans les enquêtes en population générale.

À la différence du cannabis, produit pour lequel la France se situe en tête des pays européens pour la part des 15-34 ans l'ayant expérimenté, les niveaux d'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis situent la France à un niveau intermédiaire en Europe, proche de ses voisins mais loin derrière le Royaume-Uni.

### Évolutions 2005-2010 des consommations de substances psychoactives parmi les 15-75 ans (tabac, alcool) et les 15-64 ans (drogues illicites)



## **POLYCONSOMMATION**

La polyconsommation régulière d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis concerne 8% de la population âgée de 15 à 64 ans, un niveau similaire à celui qui était observé en 2005. Elle culmine parmi les 20-24 ans, qui se révèle être une des tranches d'âge les plus consommatrices de tabac et de cannabis, avec 12% de polyconsommateurs réguliers. La polyconsommation régulière des trois produits apparaît particulièrement rare, puisqu'elle n'est le fait que de 0,7% des individus de 15 à 64 ans; elle culmine parmi les 20-29 ans, avec cependant moins de 3% de la tranche d'âge. La principale association de ces produits reste donc celle de l'alcool et du tabac, qui est majoritaire dès l'âge de 20 ans, alors que les polyconsommations incluant le cannabis deviennent très rares au-delà de 34 ans.

## **MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES**

Plus du tiers (35%) des 15-85 ans déclare avoir pris au moins une fois au cours de leur vie un médicament psychotrope et 18% en avoir consommé au cours des douze derniers mois. Les femmes en consomment davantage (42% au cours de la vie et 22% au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27% et 13%), cela se vérifiant quel que soit l'âge. La consommation au cours des douze derniers mois est la plus élevée chez les hommes de 45 à 54 ans, alors qu'elle est maximale chez les femmes entre 55 et 74 ans.

Les psychotropes les plus consommés au cours de l'année sont les anxiolytiques (10%), suivis par les hypnotiques (6%) et les antidépresseurs (6%). Le niveau de consommation de neuroleptiques est de 0,8%, celui des thymorégulateurs est de 0,7%. Au-delà des indications en lien direct avec une souffrance psychique, le recours aux médicaments psychotropes correspond souvent à un choix des médecins généralistes pour contribuer à soigner des affections chroniques non psychiatriques. La prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs accompagne également, même si c'est dans une moindre mesure, la prise en charge des difficultés socioprofessionnelles de tous ordres et des ruptures conjugales ou familiales.

Parmi les 15-75 ans, alors que la prévalence de l'usage au cours de la vie de médicaments psychotropes se révèle stable entre 2005 et 2010 (35%), la prévalence de l'usage dans l'année apparaît en hausse, passant de 14% à 18%. Cette hausse très significative se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Dans le détail, le niveau d'usage d'antidépresseurs est resté stable entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans. En revanche, le niveau d'usage dans l'année de la catégorie regroupant les anxiolytiques et les hypnotiques a augmenté de façon significative entre 2005 (12%) et 2010 (14%).

En Europe, la France se situe parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en particulier concernant les classes des anxiolytiques et des hypnotiques, tandis que, pour les antidépresseurs, la situation apparaît moins claire, les données disponibles au niveau européen étant parfois contradictoires.

## JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Parmi les 15-75 ans, près d'une personne sur deux déclare avoir joué de l'argent au cours des douze derniers mois (46 %). Il s'agit plus souvent d'hommes et de personnes âgées de 25 à 44 ans. Une grande majorité des personnes qui jouent ne le fait qu'occasionnellement et n'investit que de petites sommes d'argent. Seul un peu plus d'un joueur sur cinq (soit environ une personne sur dix en population générale) joue régulièrement dans l'année (52 fois ou plus) et 10% (soit environ une sur vingt en population générale) déclare dépenser dans l'année plus de 500 euros.

Le jeu à risque, au sens de l'indice canadien du jeu excessif (ICJE), concerne 1,4% de la population pour le risque faible, 0,9% pour le risque modéré et 0,4% pour le jeu excessif, soit environ 400 000 personnes concernées par le jeu à risque modéré, auxquelles il faut ajouter 200 000 personnes en situation de pratique de jeu excessive. Les joueurs excessifs se distinguent par la part d'hommes (75 %). Ainsi, les hommes qui jouent plus fréquemment aux jeux d'argent sont-ils également plus souvent concernés par des pratiques à risque.

Les jeux les plus fréquemment pratiqués sont ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage, à savoir les jeux de tirage (75 %) et de grattage (63 %). Viennent ensuite le PMU (23 %), les machines à sous dans les casinos (18%), les autres types de jeux étant pratiqués par environ une personne sur dix. Certains jeux se révèlent sensiblement plus fréquents parmi les joueurs à risque. Pour le Rapido, le PMU et les paris sportifs, la part de personnes y jouant est d'autant plus importante que le risque de développer des problèmes de jeu est élevé. En ce qui concerne les machines à sous, les jeux de table dans les casinos, le poker et les jeux en ligne, la pratique est plus fréquente parmi l'ensemble des joueurs à risque, quel que soit son niveau et sans observer de forts différentiels entre eux. Les jeux présentant les ratios « joueurs excessifs/joueurs non problématiques » les plus élevés sont le Rapido (5,6) et les jeux de table dans les casinos (5,4), devant les paris sportifs (4,2).

## PRINCIPAUX FACTEURS ASSOCIÉS

De manière générale, les usages de substances psychoactives occasionnels ou à faible risque semblent associés à des situations d'intégration sociale, alors que les usages les plus réguliers ou problématiques semblent plus prégnants parmi les populations en difficulté sociale, cette tendance étant de plus en plus marquée depuis le début des années 2000, même si quelques nuances sont observées selon le produit, le genre et la dimension socio-économique considérée.

Ainsi, le tabagisme apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé, que ce soit en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage). Cette différenciation sociale tend à s'accroître par rapport à 2000 et 2005. Les ouvriers, les moins diplômés, les personnes disposant de faibles revenus, sont par ailleurs ceux qui se sentent le moins bien informés sur le tabac. Cependant, alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique (elle augmente lorsque celui-ci croît), la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène.

Parmi les hommes, l'alcoolisation à risque chronique s'avère plus élevée parmi les artisans et commerçants et les agriculteurs, relativement aux cadres, tandis que chez les femmes, les cadres et les artisans sont les plus concernés par ce comportement. Un niveau de diplôme supérieur au bac influe inversement entre hommes et femmes, puisqu'il est protecteur pour les hommes et facteur de consommation à risque pour les femmes. Plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de l'alcool convergent. Les autres facteurs associés à l'usage d'alcool à risque chronique interviennent de manière identique selon le genre : difficulté financière, chômage, fait de vivre seul, âge précoce de première ivresse. Les API hebdomadaires, qui sont restées stables parmi les actifs occupés entre 2005 et 2010, sont passées de 7 % à 10 % parmi les chômeurs, et ont doublé parmi les étudiants (de 5 % à 11 %). Les ivresses déclarées ont augmenté quel que soit le statut d'activité, mais de manière plus prononcée parmi les chômeurs et surtout parmi les étudiants : la moitié d'entre eux ont connu au moins une ivresse en 2010 contre un tiers en 2005.

L'usage occasionnel et l'usage régulier de cannabis semblent coïncider avec des situations sociales bien différentes, l'expérimentation et l'usage occasionnel étant associés à des situations d'intégration sociale, tandis que l'usage régulier le serait à des situations de relégation ou de difficultés sociales. Parmi les actifs de 18-64 ans en emploi, les cadres et les ouvriers ont les niveaux d'usage les plus élevés (respectivement 9 % et 8 % d'usagers dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles (4 %). Comme pour le tabac et l'alcool, une

différenciation dans les profils des usagers de cannabis s'est opérée entre 2005 et 2010 : diminution sensible de la consommation parmi les étudiants par rapport à celle des actifs occupés, écart de plus en plus important entre les chômeurs et les actifs occupés et entre les personnes ayant un diplôme inférieur au bac et celles ayant au moins le bac.

Concernant quatre des autres substances illicites étudiées (le poppers, la cocaïne, l'ecstasy et l'héroïne), l'expérimentation apparaît très liée à la situation de chômage et à la perception d'une mauvaise situation financière. Les liens avec le niveau de diplôme apparaissent en revanche plus contrastés : les expérimentations de poppers et de cocaïne s'avèrent plutôt plus fréquentes parmi les plus diplômés (chez les femmes seulement pour la cocaïne), une relation inverse est observée concernant l'héroïne. L'expérimentation d'ecstasy varie en revanche peu selon le niveau de diplôme. Parmi les hommes, l'expérimentation de cocaïne est assez homogène par rapport au niveau de diplôme, témoignant d'une diffusion du produit à l'ensemble des strates de la population. On note également parmi les étudiants une consommation de poppers dans l'année supérieure à celle des actifs occupés ou des chômeurs.

Les médicaments psychotropes s'avèrent légèrement moins consommés par les cadres que par les autres professions, tandis que les chômeurs de longue durée en consomment plus fréquemment. Cependant, le lien avec la situation de chômage observé en 2005 semble avoir diminué en 2010. Cette évolution pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail parmi les actifs occupés, près d'un quart des individus déclarant une telle dégradation ayant consommé des médicaments psychotropes dans l'année.

Concernant la pratique des jeux d'argent et de hasard, la comparaison des caractéristiques sociodémographiques des joueurs sans problème de jeu et des joueurs à risque permet d'identifier les groupes les plus vulnérables, alors même qu'ils ont parfois moins tendance à jouer activement. Ainsi, les personnes disposant des plus faibles revenus, qui sont globalement moins concernées par la pratique des jeux d'argent, présentent à l'inverse un surrisque de jeu à problème dès lors qu'elles jouent. Les cadres sont à la fois moins concernés par la pratique du jeu et par le jeu problématique. Les joueurs excessifs se distinguent par leurs faibles revenus (la moitié d'entre eux sont dans le 1<sup>er</sup> quintile), leur lieu de vie urbain, la forte proportion de chômeurs/inactifs (43%), d'ouvriers (53%) et d'individus vivant seuls pour un quart d'entre eux. Des caractéristiques moins prononcées mais globalement similaires ressortent en ce qui concerne le jeu à risque modéré.

## Les consommations des jeunes

Si les évolutions observées sur l'alcool, le tabac et les drogues illicites vont dans le sens de consommations de plus en plus importantes parmi les publics les plus fragiles socialement, il faut néanmoins souligner une certaine singularité dans les évolutions observées parmi les étudiants du supérieur en regard des actifs occupés et des chômeurs de la même tranche d'âge. Les étudiants apparaissent moins souvent fumeurs que les actifs du même âge qui travaillent et sont moins nombreux à avoir une consommation régulière d'alcool. Ils sont moins nombreux également à avoir déjà expérimenté le cannabis, la cocaïne, les champignons hallucinogènes ou l'ecstasy. La consommation régulière ou quotidienne de cannabis est également moins fréquente parmi les étudiants que parmi les actifs, que ces derniers soient occupés ou non. En revanche, ils sont plus nombreux à déclarer avoir été ivres au moins trois fois et à avoir consommé du poppers dans l'année. L'usage d'autres substances illicites dans l'année n'apparaît pas différent de celui des actifs occupés du même âge.

Les chômeurs de 18-30 ans sont quant à eux les plus nombreux à fumer, à avoir une consommation d'alcool à risque chronique et à consommer du cannabis régulièrement (au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Ils sont également plus nombreux à avoir consommé de la cocaïne, de l'ecstasy et de l'héroïne dans l'année.

**TABLEAU 1 : Usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-30 ans**

	Pourcentage				Étudiants vs actifs occupés		Chômeurs vs actifs occupés	
	Actifs occupés (n=2 860)	Étudiants (n=945)	Chômeurs (n=666)	P	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Tabagisme quotidien	42,3 %	23,4 %	56,2 %	***	0,5***	0,4-0,6	1,6***	1,3-1,9
Alcool régulier	11,2 %	6,9 %	15,8 %	***	0,7**	0,5-0,9	1,2	1,0-1,6
Trois ivresses ou plus dans l'année	18,8 %	28,9 %	21,1 %	***	1,4**	1,2-1,8	0,9	0,8-1,1
Consommation d'alcool à risque chronique (Audit-C)	10,7 %	13,0 %	18,5 %	***	1,0	0,8-1,3	1,4**	1,1-1,8
Cannabis au cours de la vie	54,1 %	43,2 %	56,8 %	***	0,7***	0,6-0,9	1,1	0,9-1,3
Cannabis au cours de l'année	17,0 %	24,8 %	24,4 %	***	1,1	0,9-1,4	1,3**	1,1-1,6
Cannabis régulier	5,1 %	3,3 %	11,1 %	***	0,5**	0,3-0,8	1,7**	1,2-2,4
Poppers au cours de l'année	1,4 %	5,4 %	1,0 %	***	2,3**	1,4-3,7	0,8	0,4-1,5
Cocaïne au cours de l'année	1,9 %	2,0 %	3,5 %	*	0,8	0,4-1,3	1,8*	1,1-2,8
Ecstasy/MDMA au cours de l'année	0,7 %	0,6 %	1,6 %	ns	0,6	0,2-1,5	2,1*	1,0-4,3
Héroïne au cours de l'année	0,5 %	0,1 %	1,5 %	**	0,2	0,0-1,7	2,7*	1,1-6,6

Note : \* p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001 ; ns : non significatif

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## COMPARAISONS RÉGIONALES

Les usages d'alcool, de tabac et de cannabis apparaissent inégalement répartis dans les régions françaises : en 2010, l'usage quotidien d'alcool chez les adultes apparaît plus fréquent dans les Pays de la Loire, ainsi qu'en Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, et moins courant en Île-de-France, Haute-Normandie et Lorraine. Certaines des régions surconsommatrices se distinguent également par des fréquences plus élevées d'épisodes d'API ou d'ivresses dans l'année (Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon) tandis que le Nord-Pas-de-Calais présente des niveaux d'ivresses inférieurs au reste de la France. En revanche, la Bretagne ne se distingue pas du reste de la France en termes d'usage quotidien mais présente la fréquence la plus élevée d'ivresses et l'Île-de-France se caractérise à la fois par un faible niveau d'usage quotidien et une faible fréquence d'API ou d'ivresses.

L'usage quotidien de tabac est plus fréquent en Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur et moins courant en Île-de-France, Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Alsace.

L'usage actuel du cannabis apparaît plus fréquent en Île-de-France, en Languedoc-Roussillon et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et moins courant en Pays de la Loire, Limousin, Bourgogne, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Lorraine.

Parmi les quatre autres drogues illicites les plus expérimentées (cocaïne, poppers, ecstasy, champignons hallucinogènes), les expérimentations apparaissent plus fréquentes pour tous les produits en Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon, excepté les champignons hallucinogènes en Languedoc-Roussillon. L'Île-de-France apparaît pour sa part plus souvent concernée par la cocaïne et le poppers. Enfin, et inversement, le quart nord-est, accompagné de la Bourgogne, se démarque par les niveaux d'expérimentations les plus faibles pour l'ensemble de ces produits. Notons d'ailleurs que la région Lorraine se distingue peu du reste de la France alors que d'autres systèmes d'information mettent plutôt en lumière une région plus consommatrice que les autres, pour la cocaïne notamment.

En considérant l'ensemble des substances mises en regard, l'Île-de-France présente un visage très contrasté, plus consommatrice de cannabis, de cocaïne et de poppers, et particulièrement peu concernée par le tabagisme et l'alcoolisation quelle qu'en soit la forme (ivresses, API, usages réguliers). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur présente un profil marqué par les usages de cannabis et des autres drogues illicites, mais aussi par un tabagisme plus important qu'ailleurs (y compris la chicha), tandis que l'alcoolisation ne se distingue pas de la moyenne nationale. La Bretagne présente des niveaux élevés d'ivresses et d'expérimentation

de drogues illicites mais se distingue peu des autres régions pour les autres indicateurs. Les Pays de la Loire ont un profil marqué par une forte consommation d'alcool (quel que soit l'indicateur) alors que la prévalence tabagique ainsi que l'usage récent et actuel de cannabis y sont plus faibles qu'ailleurs. C'est en cela un profil assez proche de celui de la région Midi-Pyrénées (qui ne se distingue pas pour sa part en termes de tabagisme). Le Nord-Pas-de-Calais affiche une fréquence élevée d'usagers quotidiens d'alcool mais les ivresses y sont moins souvent déclarées, tout comme la consommation de cannabis et des autres drogues. Le Languedoc-Roussillon semble être la région qui cumule le plus les usages quel que soit le produit.

# INTRODUCTION

Le 3 juin 2011, la Commission mondiale pour la politique des drogues a rendu son rapport appelant les autorités de chaque pays à des changements urgents dans ce domaine, constatant un échec des stratégies menées jusqu'à présent et suggérant notamment, en matière de prévention, d'éviter les messages simplistes de type « dites non à la drogue » et les politiques de « tolérance zéro » au profit d'efforts en termes « d'éducation fondée sur une information crédible et des programmes de prévention ciblant les aptitudes sociales et l'influence des pairs » (Commission mondiale pour la politique des drogues 2011). Ce constat s'étayait principalement sur les données issues des enquêtes en population générale menées dans de nombreux pays et qui ont montré une hausse des niveaux d'usage d'opiacés, de cocaïne et de cannabis entre 1998 et 2008 (OEDT 2013, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2009, UNODC 2008).

Ces tendances indiquent à quel point la mesure des usages de substances psychoactives est cruciale dans l'organisation des politiques publiques relatives à ces questions. Les drogues licites et illicites, et en particulier l'alcool, le tabac et le cannabis qui sont les trois les plus consommées en France, occupent d'ailleurs une place importante dans le débat public, comme l'illustrent les nombreux chiffres qui circulent dans les médias depuis que les enquêtes représentatives par questionnaire permettent de mesurer régulièrement les niveaux d'usage de ces substances (Beck et Peretti-Watel 2007). Sous l'impulsion de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) notamment, l'amélioration des méthodes d'enquête à partir du milieu des années 1990 a permis de disposer de données de cadrage de plus en plus fiables, contribuant à éclairer le débat public sur les addictions. La diversité des usages de substances psychoactives observés dans les enquêtes a ainsi permis de refléter plus justement la variété des pratiques et des profils sociodémographiques des individus concernés.

Précisons d'emblée que le terme « substance psychoactive » désigne un produit qui agit sur le psychisme, entraînant une modification de l'état de conscience et/ou du comportement. Il concerne aussi bien les produits licites que les produits illicites, contrairement au mot « drogue », qui a longtemps été synonyme de stupéfiant. La notion de drogue sera donc ici entendue au sens de substance psychoactive, quel qu'en soit le statut légal. Si cette acception est aujourd'hui largement répandue en France, il convient de rappeler que sa construction est relativement récente et qu'elle ne s'est imposée à l'ensemble de la communauté

qu'à la fin des années 1990, à la faveur des rapports rendus par les professeurs Parquet (Parquet 1997) et Roques (Roques 1998), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) en ayant entériné la traduction politique (Maestracci 2001, MILDT 2013). Le terme « usage de drogues » désigne l'ensemble des comportements de consommation de ces substances sans présager de l'intensité et des significations de cette pratique, l'usage regroupant ainsi des situations allant de l'expérimentation à l'usage nocif et à la dépendance. Cette sémantique tranche singulièrement avec le terme « toxicomane », qui confère à l'usager le statut de délinquant et de malade, qu'il faut surveiller, punir et soigner. Le présent ouvrage, dont les résultats ont été largement mobilisés dans l'élaboration du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013), propose ainsi un éclairage sur l'ensemble des usages de drogues et conduites addictives à l'échelle de la population résidant en France.

Les usages d'alcool, de tabac et de drogues illicites constituent un éventail très diversifié de pratiques. L'usage de cannabis, quel qu'il soit, est illicite en France, et des dizaines de milliers d'usagers sont interpellés chaque année par la police et la gendarmerie. L'alcoolisation reste quant à elle fortement ancrée et valorisée dans notre culture, même s'il en existe de nombreuses variantes réprouvées à divers degrés telles que l'alcoolisme, l'ébriété dans l'espace public et en particulier la conduite en état d'ivresse ou l'usage solitaire, en particulier si le buveur est un mineur ou une femme... Le tabac est pour sa part un produit licite, mais ne bénéficie pas du même ancrage culturel que l'alcool. Sa vente et sa consommation sont de plus en plus réglementées, et le tabagisme fait l'objet d'une réprobation sociale croissante du fait du processus de dénormalisation engagé depuis la loi Veil de 1976, et plus encore depuis la loi Évin de 1991. L'apparition de nouveaux produits ainsi que l'inclusion de l'alcool et du tabac dans le champ des drogues ont aidé au déploiement de nouvelles recherches qui étudient les usages de drogues pour eux-mêmes, comme des faits culturels marqueurs de certains modes de vie, en mettant notamment l'accent sur leur caractère fonctionnel. Cette perspective s'appuie sur l'idée que certains usages de drogues viseraient plus à favoriser l'intégration sociale de l'usager qu'à l'aider à fuir hors de la réalité (Ehrenberg 1996).

En France, en quelques années, la question des drogues et de leurs usages a cessé d'être exclusivement pensée comme un problème moral, pour devenir une préoccupation sanitaire centrée autour de la notion de risque. Cette évolution a généré un besoin de quantification qui s'est concrétisé par la mise en place par l'OFDT d'un système statistique spécifiquement dédié à l'observation du phénomène (Beck 2005). Initialement, ce sont les instruments de mesure disponibles, à savoir les registres administratifs, qui ont façonné la définition du toxicomane et des toxicomanies, reflétant ainsi surtout la réponse institutionnelle au phénomène.

L'évolution des pratiques d'usage et de la réponse aux problèmes posés par la toxicomanie, notamment la mise en place de programmes de substitution aux opiacés, a rendu l'enregistrement statistique du phénomène plus complexe : comment par exemple classer un individu consommant à la fois de l'héroïne occasionnellement et des produits de substitution délivrés sur ordonnance, plus ou moins assortis de boissons alcoolisées et de cigarettes ?

C'est notamment cette difficulté à observer et à rendre compte d'un phénomène polymorphe qui a contribué à la mise en place d'un système d'enquêtes quantitatives déclaratives au sein desquelles l'enquêté décrit lui-même ses propres usages de drogues, en répondant à des questions adaptées à une telle situation. Il est d'emblée utile de rappeler que la plupart des études sociologiques entreprises sur ces pratiques éludent la question de l'inférence, pourtant fondamentale d'un point de vue épistémologique : dans quelle mesure les résultats obtenus sur l'échantillon de l'enquête peuvent-ils être extrapolés à l'ensemble de la population envisagée ?

Au contraire, les enquêtes en population générale se distinguent des autres types d'investigation scientifique par leur capacité à produire des résultats représentatifs, c'est-à-dire fournissant une image réduite mais la plus fidèle possible de la population dans son ensemble. Cela s'avère ici d'autant plus important que la toxicomanie, souvent pensée en référence à des populations marginales, se voit dès lors offrir un espace *a priori* surdimensionné, puisqu'elle concerne alors potentiellement toute la population. En effet, de nombreux préjugés sur les drogues et la toxicomanie reposent sur des appréciations quantitatives : telle pratique serait fréquente, l'usage de tel produit serait spécifique à telle population, et serait associé à tel comportement... Même si les enquêtes en population générale n'apportent qu'un éclairage partiel sur les usages de drogues, elles fournissent les conditions techniques indispensables pour objectiver certaines questions liées à ces usages, et invalider ou confirmer une grande partie du sens commun à ce sujet. Il apparaît ainsi crucial de disposer d'une enquête de grande envergure et dont la qualité méthodologique soit optimale. Le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui constitue le matériau central de cet ouvrage, est l'outil utilisé depuis plus de quinze ans pour obtenir ces données représentatives.

Les Baromètres santé ont été créés au début des années 1990 à l'INPES, anciennement Comité français d'éducation pour la santé (CFES), avec le soutien de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (Baudier et al. 1994). Depuis près de vingt ans, ces enquêtes déclaratives permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France : tabagisme, alcoolisation

et consommations d'autres drogues, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale... Elles permettent à la fois l'étude des déterminants de ces différents thèmes, mais aussi de les envisager comme des déterminants de l'état de santé de la population.

Les enquêtes déclaratives en population générale, telles que les Baromètres santé, s'avèrent nécessaires lorsque les statistiques administratives et les enquêtes monographiques ou ethnographiques se révèlent insuffisantes pour représenter correctement un phénomène. Leur rôle est dès lors de combler, dans la mesure du possible, les lacunes du dispositif d'observation et de favoriser le suivi de tendances pour tracer les grandes lignes de l'évolution des comportements dans le temps. De fait, une grande partie des informations obtenues par de tels procédés sont impossibles à recueillir autrement : celles qui relèvent de comportements individuels ne donnant lieu à aucun enregistrement (par exemple le nombre de verres d'alcool bus un jour donné lorsque les données de vente ou de budget des ménages ne renseignent que sur une disponibilité de boissons alcoolisées), mais surtout celles qui relèvent de la mesure des attitudes, des perceptions ou des opinions de la population. En effet, l'autre grand intérêt des enquêtes déclaratives populationnelles est de pouvoir explorer ces attitudes et représentations afin de les mettre en regard des comportements associés.

Dans ces enquêtes, les individus de l'échantillon, tirés au sort, déclarent leurs comportements en matière de santé. Cette méthode peut paraître au premier abord moins fiable qu'un relevé par observation directe, mais sous couvert d'un certain nombre de précautions méthodologiques et d'une reconnaissance de ses limites, elle contribue de manière importante à la construction du savoir sur les comportements humains. Il n'est donc pas étonnant que les enquêtes déclaratives en population générale soient depuis plusieurs décennies les piliers des systèmes d'information de santé publique les plus développés comme ceux des nations anglo-saxonnes, nordiques ou américaines. Leur développement au niveau américain avec les enquêtes Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS) (McQueen et Puska 2003) ou Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) (Kann 2001, Sussman *et al.* 2002), puis plus récemment au niveau mondial, a entraîné la mise en place de réseaux de surveillance des facteurs de risque tels que le World Alliance for Risk Factor Surveillance (WARFS) (Campostrini *et al.* 2009). Les connaissances tirées des Baromètres santé ont été conçues pour servir à l'ensemble des acteurs concernés par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé (professionnels de santé, travailleurs sociaux, chercheurs, intervenants, enseignants...), ainsi qu'aux décideurs politiques. Ceux-ci disposent ainsi d'éléments scientifiques pour communiquer sur les grandes questions de santé et envisager des actions sur la foi de faits scientifiquement probants, validés

par la communauté scientifique, posture dont la nécessité est régulièrement soulignée (Choi *et al.* 2003). Elles constituent de fait des ressources pour les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique. Elles interviennent notamment à la fois dans l'élaboration des campagnes de communication et à différentes étapes du processus d'évaluation des politiques publiques, en particulier lorsqu'elles offrent un bon recul temporel.

Les principales limites du recueil déclaratif concernent la mesure de certains comportements anciens (biais de mémoire) ou qui seraient difficilement avouables (crainte d'être inquiété ou stigmatisé). En effet, à l'exception des enquêtes menées sur Internet ou par voie postale, l'entretien d'enquête induit toujours une véritable relation humaine entre l'enquêteur et l'enquêté. En conséquence, ce dernier peut être amené à donner les réponses qu'il imagine être les plus souhaitables, les plus « socialement désirables », en particulier sur des questions susceptibles de susciter à son égard un jugement moral dépréciateur. Chaque individu joue des rôles différenciés devant des publics spécifiques, et ne souhaite pas forcément que ces rôles soient mis en rapport (Goffman 1973). Une enquête peut mettre en danger l'identité que l'individu souhaite présenter, dans la mesure où elle rapproche parfois des facettes très différentes de son personnage, dans un scénario qui lui échappe et qui lui est dicté par l'enquêteur. Il ne faut donc négliger ni le rôle joué par la situation d'enquête dans la conformation des réponses aux normes sociales, ni la capacité de mise en scène des enquêtés. La crainte d'être mal jugé peut conduire l'individu à une stratégie d'évitement de certaines questions ou même de l'enquête dans son ensemble, ou encore à se montrer sous un jour particulièrement positif. Mais cela est en général d'autant plus vrai que l'enquêteur est proche, c'est-à-dire en face à face plutôt qu'au téléphone ou dans le cadre d'un questionnaire autoadministré.

Pour inciter les répondants à donner des informations fiables, il s'avère primordial de créer un climat de confiance propice à la déclaration sereine d'opinions et de comportements sur des sujets parfois intimes (bien expliquer le contexte de l'enquête, motiver et rassurer les répondants sur la confidentialité...). La difficulté à s'isoler pouvant entraîner certaines dissimulations, notamment dans les enquêtes par téléphone (lorsqu'un adolescent se trouve en compagnie d'un de ses parents par exemple), il convient d'une part de fournir des modalités de réponse n'indiquant en rien le contenu de la question posée (oui, pas d'accord...) et d'autre part d'être en mesure de proposer de rappeler le répondant à un meilleur moment.

Il a été depuis longtemps montré que la présence des concepteurs de l'enquête pour assurer, en lien avec les superviseurs, la formation et le suivi rigoureux des enquêteurs sont également des gages de réussite pour une enquête téléphonique (Lavrakas 1993). La formation des enquêteurs sur ce type d'enquête s'avère

cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité des données recueillies. En effet, les enquêteurs, par la qualité du contact qu'ils entretiennent avec la personne interrogée, sont susceptibles d'influer sur les réponses (Peneff 1988). Ils interviennent sur le fond et la forme du questionnaire par l'interprétation qu'ils en font, leur intonation, leur enthousiasme... Ils sont aussi actifs dans les étapes successives que sont l'établissement du contact, l'évitement des perturbations extérieures et l'incitation à une adhésion à l'enquête et au questionnaire. Les conditions de l'enquête téléphonique réduisent toutefois cette part active de l'enquêteur en le maintenant en permanence au contact d'un chef d'équipe susceptible de lui rappeler la règle d'absolue neutralité et de strict suivi des consignes de passation qui s'avèrent indispensables pour garantir le fait que tous les répondants soient placés dans des situations similaires.

Le premier chapitre de cet ouvrage, consacré à une description détaillée de la méthode d'enquête mise en œuvre dans le cadre du Baromètre santé 2010, reprend en détail ces différents points et rend compte des principaux enjeux méthodologiques soulevés actuellement par les enquêtes téléphoniques. Il inclut un bref rappel historique sur la genèse de ces enquêtes de surveillance épidémiologique en population générale. Dans les chapitres suivants, les données issues de l'enquête sont analysées produit par produit, à la fois en termes d'évolution temporelle et du point de vue des facteurs associés, qu'il s'agisse de caractéristiques sociodémographiques ou d'événements de vie. Elles sont également confrontées aux études ethnographiques et aux sources de données institutionnelles (données de vente, interpellations, prises en charge par le système de soins...) existantes pour souligner les apports de ces enquêtes et montrer comment cette confrontation ouvre des perspectives pour une meilleure compréhension des usages de drogues.

Le Baromètre santé permet aussi, par la taille de son échantillon, de livrer une comparaison régionale sur les principaux indicateurs, tandis que la confrontation aux données collectées dans les autres pays européens permet de resituer ces données dans un cadre plus large. Ces chapitres donnent ainsi lieu à des analyses centrées successivement sur les usages de tabac, d'alcool, de cannabis, d'autres drogues illicites, de médicaments psychotropes, la polyconsommation... Ce découpage par produit ne doit pas occulter le fait que l'angle de compréhension de ces pratiques addictives reste le comportement d'usage et non le produit lui-même. Plusieurs analyses sont particulièrement novatrices : une étude sur le jeu d'argent dans ses différentes dimensions, y compris pathologique, une typologie des polyconsommateurs, le recours à un outil de mesure de l'usage problématique de cannabis en population générale conçu en France (Beck et Legleye 2008) et d'ores et déjà présenté comme une référence internationale (Legleye *et al.* 2014)...

Par son protocole, et notamment la taille de son échantillon, la nature de la population interrogée et sa vocation de représentativité, sa répétition dans le temps et son caractère multithématique, le Baromètre santé offre de précieuses données de cadrage pour l'observation des comportements de santé, en fournissant, à intervalles réguliers, un dénombrement des usagers de substances psychoactives. Toutefois, au-delà de cet objectif comptable et barométrique, il permet d'isoler des populations singulières ou vulnérables et de mettre au jour des inégalités sociales de santé. Il constitue une base pour la réflexion autour des actions à engager, de la mise en place des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé. L'ensemble des acteurs du champ sanitaire dispose ainsi d'éléments scientifiques pour alimenter les débats et la réflexion autour des actions politiques engagées dans le domaine de la santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Baudier F., Dressen C., Alias F., *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1994, 165 p.
- Beck F., « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », *Genèses*, 2005, p. 72-97.
- Beck F., Legleye S., « Measuring cannabis related problems and dependence at the population level », dans *A Cannabis Reader: global issues and local experiences*, vol. II, EMCDDA monograph, European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction (EMCDDA), 2008, p. 29-57.
- Beck F., Peretti-Watel P., « Devenir et utilisation des données des enquêtes françaises auprès des adolescents dans les champs scientifique, médiatique et de la politique publique », dans *Les Facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents : résultats des enquêtes scolaires et utilisation par les politiques*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007, p. 51-141.
- Campostrini S., McQueen D. V., Evans L., « Health promotion and surveillance: the establishment of an IUHPE global working group », *Global Health Promotion*, n° 16, 2009, p. 58-60.
- Choi B., McQueen D., Rootman I., « Bridging the gap between scientists and decision makers », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 57, 2003, p. 918.
- Commission mondiale pour la politique des drogues, *War on Drugs*, [www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org), 2011, 24 p.
- Ehrenberg A., *Vivre avec les drogues*, Paris, 1996, 275 p.
- Goffman E., *La Mise en scène de la vie quotidienne* [t. II : Les relations en public], Paris, Les Éditions de Minuit, 1973, 372 p.
- Kann L., « The youth risk behavior surveillance system: Measuring health-risk behaviors », *American Journal of Health Behavior*, n° 25, 2001, p. 272-277.
- Lavrakas P. J., *Telephone survey methods: Sampling, selection, and supervision*, Newbury Park, Sage, 1993, 127 p.
- Legleye S., Guignard R., Richard J. B., Kraus L., Pabst A., Beck F., « Psychometric and screening properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population », *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (submitted), 2014.
- Maestracci N., « Drogue et toxicomanie : quelle politique ? Entretien avec Alain Ehrenberg et Hugues Lagrange », *Esprit*, 2001, p. 49-68.

- McQueen D. V., Puska P., *Global behavioral risk factor surveillance*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
- MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, Paris, La Documentation française, 2013, 121 p.
- OEDT, *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne, Observatoire européen des drogues et toxicomanies, 2013, 74 p.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, Geneva: United Nations, 2009.
- Parquet P., *Rapport pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997, 107 p.
- Peneff J., « The observers observed: French survey researchers at work », *Social Problems*, 1988, p. 520-535.
- Roques B., *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues ». Rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob, La Documentation française, 1998, 316 p.
- Sussman M. P., Jones S. E., Wilson T. W., Kann L., « The youth risk behavior surveillance system: updating policy and program applications », *Journal of School Health*, n° 72, 2002, p. 13-17.
- UNODC, *2008 World Drug Report*, Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2008, 310 p.

# MÉTHODE

Par essence, les Baromètres santé ont vocation à être répétés dans le temps, avec la même méthodologie et le même questionnaire, afin de fournir des évolutions des principaux comportements et attitudes en rapport avec la santé. C'est ce choix de constance dans la méthode qui a présidé au recours à l'enquête téléphonique depuis le premier Baromètre santé, même si l'évolution récente de la téléphonie en France a conduit à d'importantes adaptations qui vont faire l'objet d'une description succincte au sein de ce chapitre. Ainsi, le Baromètre santé 2010 a été construit dans le souci de faire évoluer certains de ces éléments méthodologiques vers une plus grande pertinence. La méthodologie détaillée de l'étude a été publiée dans un autre cadre<sup>1</sup> (Beck et al. 2013).

## UNE ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE SUR ÉCHANTILLON ALÉATOIRE

Le Baromètre santé 2010 a été conçu sur le modèle des précédents Baromètres santé (Baudier et Arènes 1997, Baudier et al. 1994, Beck et al. 2007, Guilbert et al. 2001). Il s'agit ainsi d'une enquête transversale, téléphonique, reposant sur un échantillon aléatoire. Cette méthode, qui se différencie de l'échantillonnage par quotas, plus couramment utilisée par les instituts de sondage, consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage un nombre fini d'individus ou de ménages à atteindre en s'en tenant à cet échantillon initial quel que soit le degré d'acceptation des répondants. Elle impose donc une grande opiniâtreté dans l'effort consacré à joindre les individus sélectionnés *a priori* et à les convaincre de participer.

Le mode de collecte par téléphone est couramment utilisé dans les enquêtes sur les comportements de santé ou sur les sujets sensibles au niveau national (Beltzer et al. 2011, Bohet et Moreau 2011) comme au niveau international (Hu et al. 2011). Sur les usages de substances psychoactives en particulier, ce mode de collecte a montré de bonnes performances en population adulte (Beck et al. 2010).

---

1 <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Methode-enquete-Barometre-sante-2010.pdf>

## BASE DE SONDAGE

En l'absence de possibilité de disposer du recensement ou d'un registre de population comme base de sondage, les alternatives sont nombreuses mais souvent insatisfaisantes à cause du problème de couverture non exhaustive de la population. Il y a à peine plus d'une décennie, le recours à l'annuaire de France Télécom comme base de sondage suffisait à assurer une représentativité correcte de la population résidant en France. Une telle solution ne serait plus acceptable aujourd'hui en raison de différents facteurs :

- la forte proportion de foyers inscrits en listes rouge et orange<sup>2</sup> : dans l'échantillon obtenu lors de ce Baromètre, les individus sur liste rouge représentent en l'occurrence 29 % des individus et 35 % de ceux équipés d'une ligne fixe. Ces chiffres sont peut-être sous-estimés, dans la mesure où les individus inscrits en listes rouge et orange montrent un peu plus souvent de réticence à répondre aux enquêtes téléphoniques.
- la forte proportion de foyers en dégroupage total, c'est-à-dire qui accèdent au réseau de téléphonie fixe par un unique opérateur qui n'est pas France Télécom ; ces foyers disposant d'un numéro en 08 ou 09 et/ou d'un numéro géographique (01, 02... 05).
- la proportion non négligeable de foyers ne disposant pas d'un téléphone fixe, mais qui pour la quasi-totalité est équipée d'un téléphone mobile (environ 12 % des individus en 2010 (Bigot et Croutte 2012)).

Aussi la base de sondage repose-t-elle sur des numéros de téléphone générés aléatoirement, intégrant, compte tenu des évolutions récentes de la téléphonie et de l'équipement de la population (Beck *et al.* 2008, Beck *et al.* 2005, Gautier *et al.* 2006), les foyers joignables sur ligne fixe (listes blanche, orange, et rouge, et numéros en dégroupage total), ainsi que les foyers joignables exclusivement sur téléphonie mobile. Environ 99 % de la population est ainsi couverte (Beck *et al.* 2012, Bigot et Croutte 2010).

Deux échantillons ont été constitués avec, d'une part, les ménages équipés d'une ligne fixe avec un numéro géographique et, d'autre part, les ménages équipés d'un téléphone portable et injoignables par un numéro géographique, qu'ils aient ou non une ligne fixe, joints par leur téléphone mobile. La structure de la population couverte par l'enquête selon son équipement téléphonique et le moyen de l'atteindre sont présentés dans le tableau 1.

---

<sup>2</sup> Les numéros sur liste orange ne peuvent pas être utilisés à des fins commerciales et ne sont donc pas accessibles aux instituts de sondages.

**TABLEAU 1 : Équipement téléphonique et échantillonnage**

Équipement téléphonique	Échantillon	Part de la population
Fixe géographique (01-05)	Filaire	82 %
Mobile exclusif	Mobile	12 %
Dégroupés totaux (08-09)	Mobile	5 %
Aucun équipement ou dégroupés totaux (08-09) sans mobile	–	<1 %

### **Échantillon des ménages joignables par un numéro géographique**

En l'absence d'annuaire universel, et dans la mesure où tous les annuaires disponibles souffrent de défauts de couverture assez importants, les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement par la société Survey Sampling International (SSI). À partir d'un fichier de 12 millions de numéros de téléphone qualifiés, ont été extraites les racines (6 premiers chiffres) attribuées par l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP) et effectivement utilisées. Un tirage aléatoire stratifié sur ces racines a ensuite été effectué, assurant la représentativité géographique de la population. Puis, pour chaque racine tirée, les 10 000 numéros de téléphone correspondant à ces 6 premiers chiffres ont été générés, avant un premier nettoyage effectué par la société SSI. Un second tirage aléatoire a ensuite été effectué sur ces numéros. Ce tirage a été effectué parmi les seuls numéros ayant un préfixe dit « géographique », c'est-à-dire commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05, afin d'éviter les possibles doublons avec les numéros en 08 ou 09.

### **Échantillon des ménages ne possédant qu'un téléphone portable et des ménages dégroupés n'étant pas joignables par un numéro géographique**

L'échantillon des téléphones mobiles a été constitué de manière indépendante de l'échantillon des lignes fixes. Les préfixes des numéros de téléphone attribués aux différents opérateurs nationaux ont été utilisés pour la stratification de l'échantillon, en respectant leur importance en termes de parts de marché selon les données de l'ARCEP. Ainsi, 42 % des numéros créés étaient des numéros attribués à Orange, 32 % à SFR, 20 % à Bouygues Télécom et 6 % aux autres opérateurs. La fin des numéros a ensuite été générée de façon aléatoire.

## **CHAMP DE L'ENQUÊTE, ÉLIGIBILITÉ ET SÉLECTION**

La population couverte par le Baromètre santé 2010 concerne toutes les personnes résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires, équipées d'un téléphone fixe ou mobile (à l'exception des foyers équipés exclusivement d'un numéro fixe

commençant par 08/09), et âgées de 15 à 85 ans. Une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 15 à 85 ans, résidant habituellement<sup>3</sup> dans le foyer pendant la durée de l'étude et parlant le français<sup>4</sup>. Une seule personne participait à l'enquête au sein de chaque foyer, sélectionnée de manière aléatoire. La méthode retenue a été celle proposée par Leslie Kish et qui consiste à lister l'ensemble des membres éligibles du foyer, le système informatique effectuant un tirage aléatoire de l'individu à interroger (Kish 1949).

## LE TERRAIN D'ENQUÊTE

Le terrain a été confié à l'institut de sondage GfK-ISL, le recueil des données ayant été réalisé par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Elle s'appuie sur un logiciel qui gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, les prises de rendez-vous et les reprises d'interview mais aussi la gestion du déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), certains contrôles en temps réel des réponses (réponses incohérentes, chiffres impossibles signalés selon des spécifications particulières...) ou encore l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items.

Une enquête pilote a été menée en juin 2009 auprès de 251 personnes afin de tester les nombreuses nouvelles questions, les enchaînements, les filtres et la durée moyenne du questionnaire. L'enquête s'est pour sa part déroulée dans les locaux de l'institut de sondage GfK-ISL, tous les jours de la semaine sauf le dimanche, du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 (avec une interruption au moment des fêtes de fin d'année).

Dix sessions de deux jours de formation ont été nécessaires pour préparer l'ensemble des enquêteurs. Cette étape s'avère cruciale, notamment pour les responsabiliser et pour assurer l'homogénéité des données recueillies. Elle est aussi l'occasion d'élaborer des stratégies pour rendre l'entretien plus acceptable à l'enquêteur comme à l'enquêté, en particulier lorsqu'il s'agit de motiver l'acceptation des individus dont la ligne téléphonique est inscrite en liste rouge. Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée à destination des enquêteurs pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées (intérêt de l'enquête, possibilité de prendre rendez-vous, possibilité de faire l'entretien en plusieurs fois...).

---

3 Dans le cas d'une personne ayant deux domiciles (ex. : étudiants), les enquêteurs avaient pour consigne de la compter uniquement si elle était présente au moins quatre jours par semaine au domicile.

4 Les personnes présentant une incapacité mentale ou physique les empêchant de répondre au questionnaire étaient également considérées comme non éligibles.

Le terrain a été précédé de l'envoi de lettres-annonces à en-tête de l'INPES à tous les ménages inscrits dans l'annuaire (l'annuaire inversé était utilisé pour récupérer l'adresse des ménages sur liste blanche pour l'envoi de cette lettre). Les autres se la voyaient proposer, le cas échéant, au moment de l'appel. Cette lettre mettait l'accent sur l'importance de l'étude afin d'augmenter le taux de participation. Ensuite, jusqu'à quarante tentatives d'appel étaient effectuées avant d'abandonner un numéro de téléphone. Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé, et en cas de refus de participation de sa part, le ménage était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement. Cependant, une interruption de questionnaire était possible dès que l'enquêté souhaitait s'arrêter pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, et il était rappelé ultérieurement pour une reprise d'interview.

Enfin, un rappel des ménages ayant refusé l'enquête (que la sélection de la personne à interroger ait été effectuée ou non) par une équipe réduite d'enquêteurs spécialement formés a été mise en place afin d'augmenter la participation à l'enquête. Ces rappels étaient effectués au moins une semaine après le premier contact, à des heures et jours différents. Au final, le taux de refus du Baromètre santé 2010 s'est élevé à 39%, aussi bien parmi les lignes fixes que parmi les personnes jointes sur leur téléphone mobile.

## ÉCHANTILLON FINAL

Au final, 27 653 personnes ont été interrogées comprenant 23 605 individus joints par un numéro géographique et 4 048 individus contactés via un téléphone mobile.

Étant donné que le Baromètre santé est une enquête téléphonique à deux degrés, impliquant la sélection du ménage puis de l'individu, le calcul de la probabilité d'inclusion d'un individu d'un échantillon résulte de deux informations : nombre de lignes téléphoniques dont dispose le ménage et nombre de personnes éligibles au sein du foyer parmi lesquelles la sélection a été effectuée. À partir de ces informations, la probabilité d'inclusion d'un individu est calculée en divisant le nombre de lignes téléphoniques du foyer par le nombre de personnes éligibles, une pondération inversement proportionnelle à cette probabilité lui étant ensuite affectée.

Afin de corriger le biais de non-réponse, on fait en général l'hypothèse que les individus manquant dans une catégorie ont un profil plus proche de ceux des répondants de cette catégorie que de ceux de l'ensemble de l'échantillon, ce qui conduit à procéder à un redressement. Les données ont ainsi été calées, par la méthode du calage sur marge, sur les données de l'enquête emploi de 2008. Depuis 1992, les Baromètres santé sont redressés sur le sexe croisé par l'âge,

la taille d'agglomération de résidence et la région UDA de résidence. Dans la mesure où ces enquêtes apparaissent de plus en plus déstructurées sur le niveau de diplôme (les moins diplômés sont sous-représentés dans la base), il a été décidé de prendre également en compte cette dimension dans le redressement.

## LES ÉVOLUTIONS NOTABLES DEPUIS 1992

Depuis sa première édition en 1992, le Baromètre santé a vu sa méthodologie évoluer à différents niveaux. Comme décrit précédemment, la méthode d'enquête, tout en conservant un mode de collecte par téléphone, a intégré les évolutions majeures de l'équipement téléphonique de la population française. Ainsi la base d'échantillonnage était constituée d'un fichier aléatoire provenant du service national des annuaires téléphoniques de France Télécom en 1992 (Baudier *et al.* 1994), en 1995 (Baudier et Arènes 1997). Une meilleure couverture de la population a été recherchée en 2000 en incluant les individus dont le numéro de téléphone était sur liste rouge, dont la part était estimée à 23%. La méthode employée dans cette enquête reposait sur une incrémentation (dernier chiffre incrémenté +1) d'un premier fichier tiré de façon aléatoire à partir de la liste exhaustive des abonnés de France Télécom (Guilbert *et al.* 2001). En 2005, la base d'échantillonnage ajoutait à celle de 2000 un échantillon de ménages qualifiés de « téléphones mobiles exclusifs », estimés à 14% et qui n'auraient pu être joints sans cette adaptation (Beck *et al.* 2007). Enfin, en 2010, une procédure similaire a été utilisée pour joindre les ménages équipés d'une ligne fixe en dégroupage total sans numéro géographique, estimés à 4% de la population et contactés via leur téléphone mobile.

Par ailleurs, dans le but d'améliorer la qualité et la précision des estimations, la taille de l'échantillon a été considérablement augmentée au fil des vagues, d'environ 2 000 individus interrogés en 1992 et 1995 à 13 000 en 2000 et près de 30 000 depuis 2005. Comme indiqué dans l'exemple du tableau 2, l'intervalle de confiance à 95% pour la prévalence tabagique est ainsi passé de +/-2,3% à +/-0,6%. Ce gain de précision est rendu d'autant plus indispensable que, le plus souvent, les évolutions pour ce type d'indicateurs sont de faible ampleur sur le court terme (hausse de 27,0% à 29,1% entre 2005 et 2010 par exemple pour la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 15-75 ans).

**TABLEAU 2 : Évolution de la taille de l'échantillon et de la précision des pourcentages concernant le tabagisme quotidien parmi les 15-75 ans**

	1992	1995	2000	2005	2010
Effectifs	2 099	1 993	13 685	29 431	27 653
% Tabagisme quotidien	33,7	32,9	30,0	27,0	29,1
IC 95 %	31,4-36,0	30,7-35,1	29,0-30,9	26,4-27,7	28,5-29,8
Précision à 95 % : +/-	2,3	2,2	1,0	0,6	0,6

Outre l'amélioration de la précision des estimateurs, l'augmentation de la taille de l'échantillon offre la possibilité d'analyser des sous-groupes de populations ainsi que des comportements rares. En effet, des analyses régionales ont pu être menées en 2005 (Beck *et al.* 2008) et en 2010 (Beck *et al.* 2013), un ouvrage a été consacré aux 15-30 ans d'après les données du Baromètre santé 2010 (Beck et Richard 2013), ainsi qu'une analyse spécifique des comportements de santé des personnes de plus de 55 ans (en cours), et de nombreux croisements selon différentes catégories socioprofessionnelles sont rendus possibles : situation vis-à-vis de l'emploi (étudiants, actifs occupés, chômeurs...), niveau de diplôme, situation financière du ménage... Ces possibilités d'analyses apparaissent aujourd'hui primordiales pour comprendre et mesurer les inégalités sociales et leurs liens avec les inégalités de santé.

Enfin, si une part importante du questionnaire est demeurée inchangée depuis 1992, comme le suivi de la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis, le Baromètre santé s'est également enrichi de nouveaux indicateurs (tableau 3). Ils permettent d'affiner les connaissances de certains comportements (ajout des fréquences de consommations d'alcool, de cannabis), d'intégrer des questionnaires correspondants à des standards internationaux (Audit et Audit-C pour l'évaluation de la consommation à risque d'alcool, CAST et MCIDI pour l'usage problématique de cannabis), ou encore d'évaluer des pratiques vis-à-vis de produits émergents (GHB/GBL).

**TABEAU 3 : Suivi des consommations de substances psychoactives depuis 1992**

	1992	1995	2000	2005	2010	Commentaires
Effectifs	2 099	1 993	13 685	29 431	27 653	
Tranche d'âge	18-75	18-75	12-75	15-75	15-85	
<b>Tabac</b>						
Expérimentation	x	x	x	x	x	
Usage actuel	x	x	x	x	x	
Usage quotidien	x	x	x	x	x	
<b>Alcool</b>						
Expérimentation	x	x	x	x	x	
Consommation dans l'année	x	x	x	x	x	
Fréquence de consommation sept derniers jours		x	x			
Fréquence de consommation douze derniers mois				x	x	Quotidienne/hebdomadaire/mensuelle/moins souvent
Expérimentation de l'ivresse	x			x	x	
Nombre d'ivresses au cours de l'année	x	x	x	x	x	
Fréquences des API douze derniers mois				x	x	hebdomadaire/mensuelle/moins souvent
Test DETA		x	x	x		
Test Audit-C				x	x	
Test Audit complet					x	
<b>Cannabis</b>						
Expérimentation	x	x	x	x	x	
Consommation dans l'année	x	x	x	x	x	
Fréquence de consommation dans l'année			x	x	x	quotidienne/régulière/mensuelle
Test CAST (usage problématique de cannabis)					x	
Test MCIDI (usage problématique de cannabis/DSM IV)					x	
<b>Autres drogues illicites*</b>						
Champignons hallucinogènes	x	x		x	x	1992 et 1995 : hallucinogènes et LSD dans la même question
Poppers				x	x	
Inhalants	x	x	x	x	x	
Ecstasy		x	x	x	x	1995 : ecstasy et amphétamines sont regroupées; 2010 : ecstasy regroupe les consommations d'ecstasy et de MDMA
Amphétamines		x	x	x	x	
LSD			x	x	x	
Crack				x	x	
Cocaïne	x	x	x	x	x	
Héroïne	x	x	x	x	x	
GHB/GBL					x	

\* Expérimentation et usage au cours de l'année uniquement.

## BIBLIOGRAPHIE

- Baudier F., Arènes J., *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- Baudier F., Dressen C., Alias F., *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1994, 165 p.
- Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J. B., « Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 », dans *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, INPES, 2013, p. 27-55.
- Beck F., Gautier A., Léon C., Guignard R., Richard J. B., « Méthode d'enquête », dans *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, 2012, p. 25-43.
- Beck F., Guignard R., Legleye S., « L'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives : une comparaison entre EVS et le Baromètre santé 2005 », dans *Violences et santé en France. État des lieux*, Paris, La Documentation française, 2010, p. 259-272.
- Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B., *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'INPES*, Saint-Denis, INPES, 2013, 104 p.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, 2007, 608 p.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., Arwidson P., « L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? », dans *Méthodes de sondages – Cours et cas pratiques – Master, écoles d'ingénieurs*, Paris, Dunod, coll. « Sciences sup », 2008, p. 254-259.
- Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., *Atlas régional des consommations d'alcool 2005 : données INPES/OFDT*, Saint-Denis, INPES, 2008, 261 p.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., « Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues », *Bulletin de méthodologie sociologique*, n° 86, 2005, p. 5-29.
- Beck F., Richard J. B., *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, INPES, 2013, 337 p.
- Beltzer N., Bigot R., Beck F., Toulemon L., David C., Grémy I., Warszawski J., « Vers une nouvelle méthodologie des enquêtes en santé réalisées à partir d'abonnés au téléphone », *Pratiques et méthodes de sondage*, 2011, p. 288-292.
- Bigot R., Crouette P., *La Diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*, Paris, ARCEP, CREDOC, 2012, 290 p.
- Bohet A., Moreau C., « Projet Fécond et Fécond Médecin », Séminaire IRESP enquêtes en population générale sur Internet, 2011.
- Gautier A., Beck F., Marder S., Legleye S., Riandey B., Gayet B., « Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros », dans *Méthodes d'enquêtes et sondages. Pratiques européenne et nord-américaine*, Paris, Dunod, coll. « Sciences sup », 2006, p. 60-63.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., *Baromètre santé 2000*, vol. II : résultats, Vanves, CFES, 2001, 204 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A., Arwidson P., Janvrin M. P., *Baromètre santé 2000*, vol. I : méthode, Vanves, CFES, 2001, 204 p.
- Hu S. S., Balluz L., Battaglia M. P., Frankel M. R., « Improving public health surveillance using a dual-frame survey of landline and cell phone numbers », *American Journal of Epidemiology*, n° 173, 2011, p. 703-711.
- Kish L., « A procedure for objective respondent selection within the household », *Journal of the American Statistical Association*, n° 44, 1949, p. 380-387.



# Tabac



---

## Résumé

Alors qu'elle était en baisse depuis plus de 20 ans, la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation entre 2005 et 2010 (de 27% à 29%), en particulier chez les femmes de 45 à 65 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique largement par un glissement générationnel. En effet, les femmes nées après guerre, entre 1945 et 1965, et qui étaient donc âgées de 45 à 65 ans en 2010, appartiennent à une génération marquée par l'essor du tabagisme féminin : elles fument davantage et sont moins enclines à s'arrêter que les femmes des générations précédentes. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme entre 2005 et 2010 est apparu plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée par de fortes hausses des prix. L'envie d'arrêter parmi les fumeurs a également diminué depuis 2005 (58% en 2010 contre 65% en 2005), alors qu'elle était restée stable entre 2000 et 2005, tout comme la crainte des maladies liées au tabac, en particulier parmi les plus jeunes.

L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté. Ainsi, la proportion des fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est en baisse. L'interdiction de fumer dans les lieux fermés à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (en 2007), a ainsi pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. Par ailleurs, la prise de conscience des risques du tabagisme passif consécutive à cette loi pourrait être responsable de la diminution de la part de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants (en 2010, 48% des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais ou rarement à leur domicile, contre 41% en 2005).

D'autre part, l'initiation au tabagisme semble de plus en plus tardive depuis les années 2000, ce qui est observé également dans les enquêtes menées récemment auprès des adolescents. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : hausses de prix successives depuis 2007, interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans en 2004, puis à l'ensemble des mineurs depuis 2009, campagnes médiatiques, actions locales...

Comme lors des enquêtes précédentes, le tabagisme apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé, que ce soit en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage). Cette différenciation sociale tend à s'accroître par rapport à 2000 et 2005. En outre, alors que la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène selon le niveau socio-économique, la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée (elle augmente lorsque celui-ci croît). Il ressort de cette étude que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, contrairement à l'influence du prix du tabac qui agit plutôt comme un « déclencheur » de l'envie d'arrêter, sans que celle-ci soit forcément couronnée de succès, selon les déclarations des répondants.

Enfin, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé. En effet, plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37%). La deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC) réalisée en 2008 montrait que dans ce domaine, la France se situait dans le bas du classement des 23 pays avec seulement 28% des fumeurs qui avaient reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine.

## INTRODUCTION

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 et de façon plus intense depuis la loi Évin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Les mesures ont été, selon les périodes, d'intensité variable : les dernières très fortes hausses des prix étant intervenues entre 2002 et 2004, avec un passage de 3,60 euros à 5 euros sur une durée de deux ans du prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu à cette époque. Actuellement, le prix de ce même paquet est de 7 euros, suite à plusieurs augmentations successives de l'ordre de 5 à 6 %, mais les consommateurs semblent privilégier désormais les paquets les moins chers (le premier prix est actuellement à 6,50 euros). Par ailleurs, de nombreuses campagnes d'information réalisées par le CFES puis l'INPES ou des associations de lutte contre le tabac (Comité national contre le tabagisme, Droit des non-fumeurs...), accompagnent ces mesures réglementaires depuis une trentaine d'années, mettant l'accent tour à tour sur les risques du tabagisme actif, la protection des non-fumeurs, l'influence délétère de l'industrie du tabac ou l'aide à l'arrêt du tabac, à destination de la population générale ou de publics plus ciblés (jeunes, femmes enceintes...), avec la volonté de « dénormaliser » le tabagisme, promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'INPES gère par ailleurs depuis 2003 la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt Tabac info service (TIS), créée en 1998. Ce dispositif a été étendu à un site Internet de coaching en ligne en 2005.

Le Baromètre santé 2010 de l'INPES permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme en France métropolitaine depuis 2005, date du précédent Baromètre santé, et au-delà sur plusieurs décennies. Cette enquête permet également de suivre d'autres comportements, attitudes et croyances, tels que la motivation à l'arrêt ou les tentatives d'arrêt, mais aussi les représentations que se fait la population de la cigarette et du tabac. Par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions non seulement sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou pour des segments de population particuliers. L'objet de ce chapitre est de présenter une analyse approfondie et comparative des données sur le tabagisme issues du Baromètre santé 2010, dont les premiers résultats ont déjà été exposés par ailleurs (Beck et al. 2011).

# RÉSULTATS

## Indicateurs liés au statut tabagique

**Fumeur actuel** : personne déclarant fumer du tabac, ne serait-ce que de temps en temps.

**Fumeur régulier ou quotidien** : personne déclarant fumer au moins une cigarette, un cigare, un cigarillo ou une pipe, par jour.

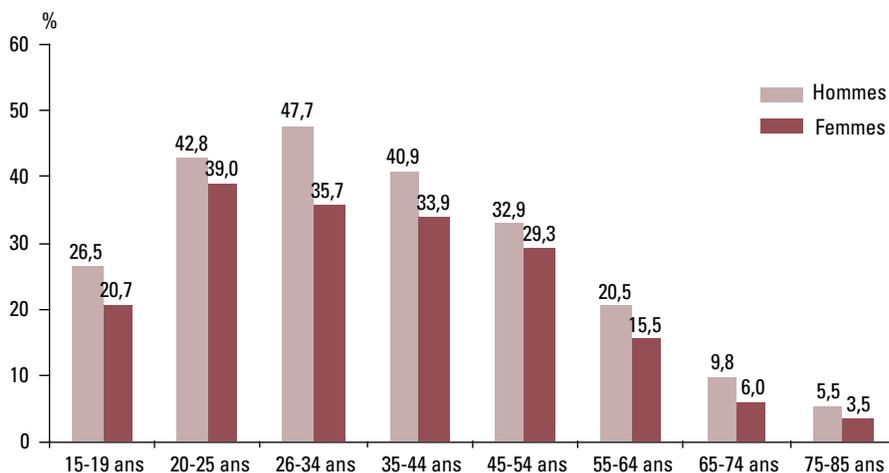
**Fumeur occasionnel** : fumeur actuel déclarant ne pas fumer tous les jours.

**Ex-fumeur** : personne qui déclare ne pas fumer actuellement, mais avoir déjà fumé au moins occasionnellement au cours de sa vie.

## LES NIVEAUX DE CONSOMMATION OBSERVÉS EN 2010 PARMI LES 15-85 ANS

En population générale adulte, l'expérimentation du tabac (en avoir fumé au moins une fois au cours de sa vie) concerne 74,1% des individus de 15 à 85 ans (81,4% des hommes et 67,4% des femmes). Parmi les 15-85 ans, environ un tiers des individus se déclarent actuellement fumeurs de tabac (31,6%), soit 27,3% de fumeurs quotidiens et 4,3% de fumeurs occasionnels. Les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (35,6% contre 27,9%). La prévalence de la consommation quotidienne – qui s'amenuise nettement avec l'âge à partir de 30 ans – concerne pour sa part 30,8% des hommes et 24,1% des femmes (figure 1). Comme c'était déjà le cas en 2005, la proportion de fumeurs occasionnels diminue également avec l'âge.

**FIGURE 1 : Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe**

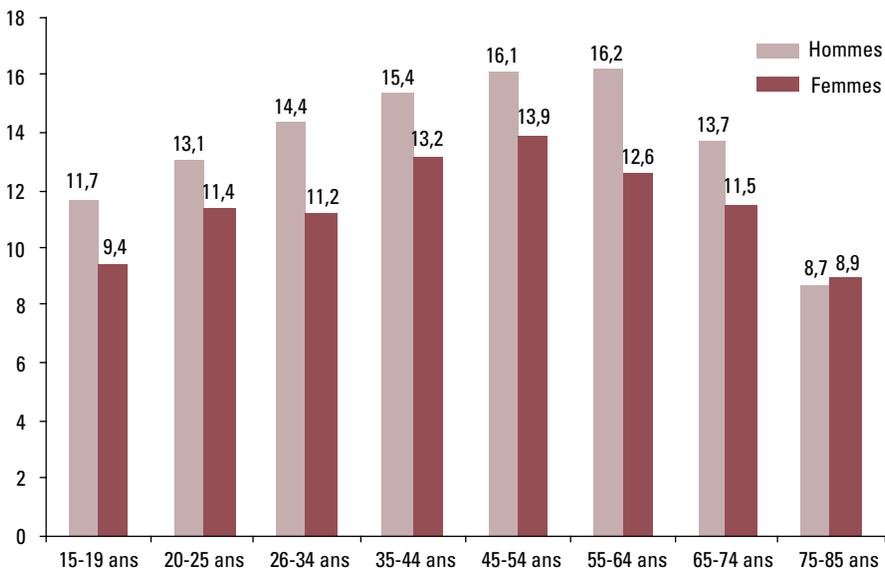


Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La proportion de fumeurs diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier au-delà de 50 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente, traduisant sans doute, en plus de l'effet âge, un effet génération déjà observé dans les exercices précédents des Baromètres santé. On retrouve, comme en 2005, un écart absolu relativement important entre hommes et femmes à 26-34 ans, probablement lié en partie aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers qui constituent des opportunités d'abandonner le tabagisme plus volontiers saisies par les femmes.

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 13,6 par jour (14,7 pour les hommes et 12,3 pour les femmes), en incluant cigarettes roulées, cigarettes manufacturées, cigarillos, cigare et pipe<sup>5</sup>. Cette consommation est dans toutes les classes d'âge plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf parmi les plus âgés (75-85 ans<sup>6</sup>). Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour augmente jusqu'à environ 50 ans chez les femmes, 60 ans chez les hommes, pour diminuer ensuite (figure 2). Parmi les fumeurs quotidiens, 67,8% fument dix cigarettes ou plus par jour (71,6% des hommes contre 63,4% des femmes).

**FIGURE 2 : Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers en 2010, suivant l'âge et le sexe**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

<sup>5</sup> On considère les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes et 1 pipe = 5 cigarettes.

<sup>6</sup> Pour cette classe d'âge, notons que le nombre de fumeurs réguliers est très faible dans notre échantillon (n=82).

## FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉVÉNEMENTIELS ASSOCIÉS AU TABAGISME RÉGULIER PARMIS LES 15-85 ANS

Le tabagisme régulier est associé au sexe et à l'âge, à des niveaux de diplôme et de revenu par unité de consommation (UC)<sup>7</sup> inférieurs, ainsi qu'à la situation de chômage, cela restant vérifié après ajustement sur l'ensemble des autres caractéristiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Par ailleurs, parmi les actifs, le niveau de tabagisme est de loin le plus élevé parmi les ouvriers (47,0%), suivis par les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (40,1%), les employés (36,3%), les professions intermédiaires (30,1%), les cadres et professions intellectuelles supérieures (24,6%) et enfin les agriculteurs exploitants (19,6%).

**TABLEAU 1 : Facteurs sociodémographiques associés au tabagisme régulier chez les 15-85 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=27 568)			Hommes (n=12 178)			Femmes (n=15 390)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=12 187)	30,8	- 1 -							
Femme (n=15 403)	24,1	0,8***	[0,7-0,8]						
<b>Âge</b>	***			***			***		
15-19 ans (réf.) (n=1 564/780/784)	23,6	- 1 -		26,4	- 1 -		20,7	- 1 -	
20-25 ans (n=2 263/1 082/1 181)	40,9	2,3***	[2,0-2,7]	42,8	2,3***	[1,8-2,8]	39,0	2,4***	[1,9-3,0]
26-34 ans (n=3 867/1 761/2 106)	41,6	2,4***	[2,1-2,8]	47,7	2,8***	[2,2-3,5]	35,7	2,1***	[1,7-2,7]
35-44 ans (n=5 357/2 509/2 848)	37,3	1,8***	[1,6-2,1]	40,9	1,8***	[1,5-2,3]	33,9	1,8***	[1,4-2,2]
45-54 ans (n=4 626/2 056/2 570)	31,1	1,5***	[1,2-1,7]	32,9	1,4**	[1,1-1,7]	29,3	1,5***	[1,2-1,9]
55-64 ans (n=5 036/2 117/2 919)	17,9	0,8**	[0,7-0,9]	20,5	0,9	[0,7-1,1]	15,5	0,7**	[0,6-0,9]
65-74 ans (n=2 956/1 233/1 723)	7,8	0,4***	[0,3-0,4]	9,8	0,4***	[0,3-0,5]	6,0	0,3***	[0,2-0,4]
75-85 ans (n=1 921/649/1 272)	4,3	0,2***	[0,1-0,2]	5,5	0,2***	[0,1-0,3]	3,5	0,2***	[0,1-0,2]
<b>Diplôme le plus élevé</b>	***			***			***		
Aucun diplôme (réf.) (n=2 658/1 086/1 572)	30,5	- 1 -		34,6	- 1 -		27,1	- 1 -	
<Bac (n=11 593/5 244/6 349)	28,0	0,9*	[0,8-1,0]	32,7	1,0	[0,8-1,1]	23,2	0,8*	[0,7-1,0]
Bac (n=4 915/2 081/3 925)	28,4	0,7***	[0,6-0,8]	30,5	0,7***	[0,6-0,8]	26,6	0,7***	[0,6-0,9]
>Bac (n=8 424/3 776/4 648)	22,4	0,5***	[0,4-0,5]	24,2	0,5***	[0,4-0,6]	20,8	0,5***	[0,4-0,5]

7 Obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci.

Variables explicatives	Ensemble (n=27 568)			Hommes (n=12 178)			Femmes (n=15 390)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Revenu par UC</b>	***			***			***		
Moins de 1 100 euros (réf.) (n=7 571/2 953/4 618)	33,1	- 1 -		38,0	- 1 -		29,2	- 1 -	
1 100 à moins de 1 800 euros (n=9 836/4 345/5 491)	27,6	0,9**	[0,8-1,0]	31,6	0,9*	[0,8-1,0]	23,7	0,9	[0,8-1,0]
1 800 euros et plus (n=7 969/4 044/3 925)	22,6	0,8***	[0,8-0,9]	24,3	0,8***	[0,7-0,9]	20,5	0,9*	[0,8-1,0]
Manquant (n=2 214/845/1 369)	19,1	0,8***	[0,7-0,9]	23,8	0,8*	[0,7-1,0]	15,9	0,7***	[0,6-0,9]
<b>Situation professionnelle</b>	***			***			***		
Travail (réf.) (n=14 777/6 996/7 781)	33,4	- 1 -		36,3	- 1 -		30,2	- 1 -	
Chômage (n=1 824/848/976)	51,1	1,6***	[1,5-1,8]	56,4	1,8***	[1,6-2,1]	45,4	1,5***	[1,3-1,7]
Inactif (n=10 967/4 334/6 633)	15,9	0,8***	[0,7-0,9]	17,4	0,8*	[0,7-1,0]	14,8	0,8***	[0,7-0,9]

\*\*\* : p<0,001 ; \*\* : p<0,01 ; \* p<0,05

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

S'agissant des facteurs événementiels, c'est-à-dire relatifs à des événements de vie marquants, ajoutons que, parmi les 15-75 ans<sup>8</sup>, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie, et dans une moindre mesure le fait d'avoir subi d'autres types de violences dans les douze derniers mois, sont associés au tabagisme régulier, après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques<sup>9</sup> (tableau 2). Un état de détresse psychologique au sens du MH-5 (Leplège et al. 1998)<sup>10</sup> est également lié à une plus grande propension à fumer (OR=1,3, p<0,001). Ces résultats sont observés aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

8 Les questions sur les événements de vie et les violences ont uniquement été posées aux 15-75 ans.

9 Les associations obtenues précédemment sont également maintenues après ajustement sur les violences subies et la détresse psychologique.

10 Mental Health Index, score de santé mentale du MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey), échelle de qualité de vie validée en français.

**TABLEAU 2 : Facteurs d'événements de vie ou de détresse psychologique associés au tabagisme régulier chez les 15-75 ans, dans l'ensemble et par sexe<sup>11</sup>**

Variables explicatives	Ensemble (n=25 872)			Hommes (n=11 607)			Femmes (n=14 265)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Violences subies au cours des douze derniers mois hors violences sexuelles</b>	***			***			***		
Non (réf.) (n=19 857/8 857/11 000)	26,9	- 1 -		30,7	- 1 -		23,4	- 1 -	
Oui (n=6 058/2 770/3 288)	36,6	1,2***	[1,2-1,3]	38,1	1,2**	[1,1-1,3]	35,2	1,3***	[1,2-1,4]
<b>Violences sexuelles au cours de la vie</b>	***			***			***		
Non (réf.) (n=23 513/11 138/12 375)	28,2	- 1 -		31,9	- 1 -		24,3	- 1 -	
Oui (n=2 386/481/1 905)	40,3	1,6***	[1,5-1,8]	45,4	1,7***	[1,4-2,1]	38,8	1,6***	[1,4-1,8]
<b>Score MH5 &lt; 56</b>	***			***			***		
Pas de détresse psychologique (réf.) (n=21 622/10 377/11 245)	27,8	- 1 -		31,1	- 1 -		24,1	- 1 -	
Détresse psychologique (n=4 305/1 257/3 048)	36,1	1,3***	[1,2-1,4]	42,8	1,4***	[1,2-1,5]	32,9	1,3***	[1,2-1,5]

\*\*\* : p<0,001; \*\* : p<0,01; \* p<0,05

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## Prévalence du tabagisme régulier chez les chômeurs de 16 à 64 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, leur détresse psychologique et les violences subies

Plus de la moitié des chômeurs fument régulièrement (tous les jours) : 56,4 % des hommes et 45,4 % des femmes (p<0,001). Parmi eux, la prévalence tabagique est supérieure à 50 % dans toutes les tranches d'âge inférieures à 55 ans. Au-delà, seul un chômeur sur cinq (20,5 %) fume tous les jours (20,8 % chez les actifs occupés du même âge), mais la moitié sont ex-fumeurs (50,4 %, contre 42,9 % des actifs occupés du même âge).

Globalement, le gradient socio-économique observé en population générale (selon le niveau de diplôme, le revenu par UC et la catégorie socioprofessionnelle (PCS)) se retrouve parmi les chômeurs. Les prévalences tabagiques observées chez les chômeurs s'avèrent cependant supérieures à celles de la population générale dans toutes les catégories. Ainsi, 61,5 % des chômeurs sans diplôme sont des fumeurs réguliers, contre 53,2 % des chômeurs dont le diplôme est inférieur au bac, 45,1 % des chômeurs qui ont le bac et 33,6 % de ceux dont le diplôme le plus élevé est supérieur au bac. Concernant la PCS, ce sont les ouvriers au chômage qui présentent la plus grande prévalence tabagique (60,0 %). Viennent ensuite les employés (48,8 %) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (48,7 %), les professions intermédiaires (43,3 %) et enfin les cadres et professions intellectuelles supérieures (30,9 %). Ces résultats illustrent le processus cumulatif couramment en jeu dans les inégalités sociales de santé.

11 Modèles logistiques ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu par UC et la situation professionnelle.

De plus, les chômeurs en état de détresse psychologique (d'après le MH-5) sont plus nombreux à fumer régulièrement (58,8% contre 48,5%,  $p < 0,01$ ). Ceux qui ont subi des violences au cours des douze derniers mois (hors violences sexuelles) ou des violences sexuelles au cours de la vie sont également plus souvent fumeurs réguliers (respectivement 56,2% vs 49,0%,  $p < 0,05$ , et 63,1% contre 49,7%,  $p < 0,01$ ).

Après ajustement sur l'ensemble des variables, les associations avec le niveau de revenu, la PCS et les violences subies au cours des douze derniers mois (hors violences sexuelles) disparaissent. En revanche, le gradient observé sur le niveau de diplôme est maintenu : au-delà du sexe et de l'âge, le niveau de diplôme semble donc être la variable socio-économique la plus discriminante pour le statut tabagique. La détresse psychologique et les violences sexuelles au cours de la vie sont également des facteurs fortement associés au tabagisme, et ce toutes choses égales par ailleurs.

---

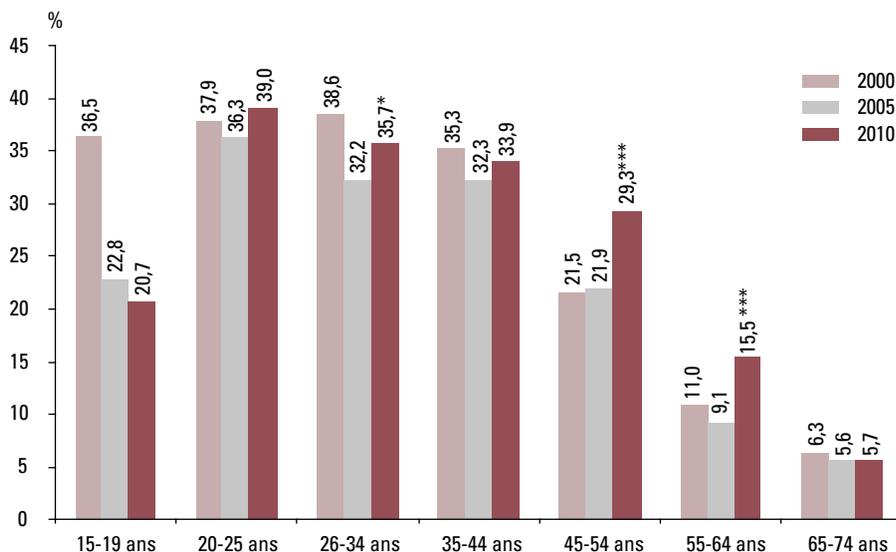
## LES ÉVOLUTIONS DE LA PRÉVALENCE TABAGIQUE DEPUIS 2000 PARMI LES 15-75 ANS<sup>12</sup>

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, après une baisse significative entre 2000 (30,0%) et 2005 (27,0%), la proportion de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant à 29,1% ( $p < 0,001$ ). L'évolution de la part de fumeurs actuels est du même ordre (34,7% en 2000, 31,4% en 2005 et 33,7% en 2010;  $p < 0,001$ ), dans la mesure où la prévalence du tabagisme occasionnel est restée stable (entre 4 et 5%), chez les hommes comme chez les femmes. Au final, en 2010, on observe 37,4% de fumeurs chez les hommes et 30,2% chez les femmes de 15-75 ans. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes entre 2005 et 2010 (de 22,9% à 26,0%;  $p < 0,001$ ), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,3% à 32,4%; écart non significatif). La prévalence du tabagisme quotidien n'a cependant pas totalement retrouvé son niveau de 2000 où elle atteignait 33,3% chez les hommes et 26,8% chez les femmes.

---

12 Toutes les évolutions présentées concernent les 15-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés dans les enquêtes précédentes.

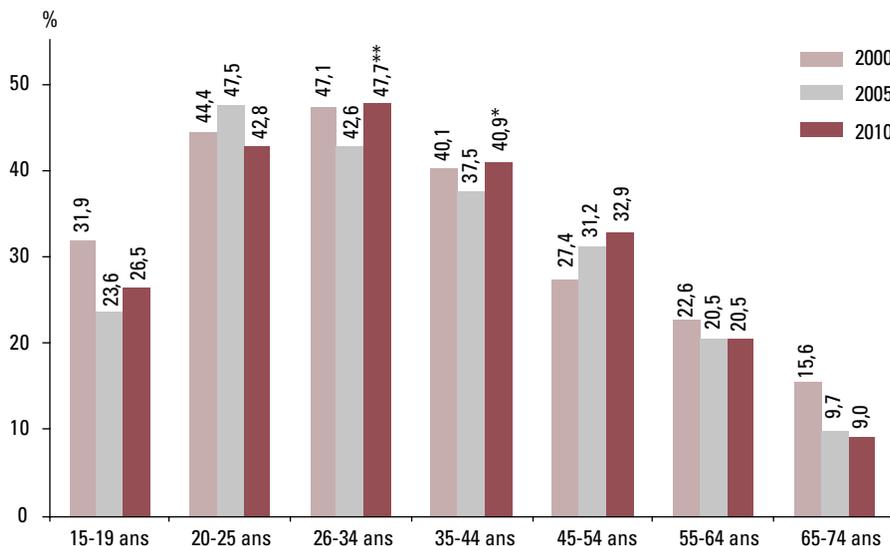
**FIGURE 3 : Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes par âge (15-75 ans)**



Note : Les \* indiquent la significativité des évolutions de prévalence entre 2005 et 2010 par tranche d'âge (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ )

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

**FIGURE 4 : Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes par âge (15-75 ans)**



Note : Les \* indiquent la significativité des évolutions de prévalence entre 2005 et 2010 par tranche d'âge (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ )

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge (figures 3 et 4). Ainsi, les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien tendant à la baisse entre 2005 et 2010 ( $p=0,06$ ), tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Pour les plus jeunes (15-19 ans), la tendance est également à la stabilité après une baisse remarquable entre 2000 et 2005.

### **Une nette hausse parmi les femmes de 45-64 ans**

Parmi les femmes, en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âge. Cette hausse résulte probablement avant tout d'un effet génération : elle correspond au fait qu'un nombre important de femmes de ces générations, qui se distinguent particulièrement de la génération précédente en termes de tabagisme (plus de 60% des femmes nées entre 1936 et 1945 n'ont jamais fumé contre 50% de celles nées entre 1946 et 1955), ne sont pas sorties du tabagisme. Par ailleurs, la période 45-65 ans pourrait être une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes, cette hypothèse impliquant des freins à l'arrêt du tabac plus importants que pour les hommes, même si les données du Baromètre santé ne permettent pas d'explorer cette piste. En outre, les femmes semblent arrêter de fumer plus tard qu'auparavant (Tilloy et al. 2010). Enfin, cette génération de femmes qui ont une plus forte propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005, période à laquelle des hausses de taxe importantes avaient eu lieu.

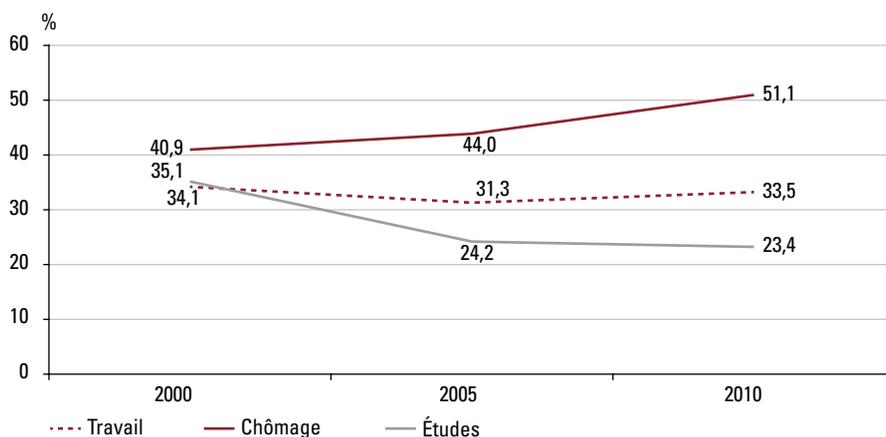
Cette hypothèse est corroborée par la comparaison des tranches d'âge quinquennales entre les deux enquêtes (qui sont espacées de cinq ans). Pour les femmes nées entre 1956 et 1960, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère même plus élevée en 2010 qu'en 2005, ce qui s'explique en partie par le fait que le tabagisme occasionnel ne concerne que 2,7% d'entre elles en 2010 alors qu'il était de 4,6% en 2005. Un certain nombre de femmes de cette génération sont ainsi passées d'un tabagisme occasionnel à un tabagisme quotidien entre 2005 et 2010.

### **Un creusement des inégalités sociales**

Concernant le statut d'activité, la prévalence du tabagisme régulier parmi les actifs occupés de 15-64 ans apparaît en légère hausse entre 2005 (31,3%) et 2010 (33,5%,  $p<0,01$ ), après avoir diminué entre 2000 et 2005 ( $p<0,001$ ). Les chômeurs présentent quant à eux la hausse la plus forte entre 2005 et 2010 (de 44,0% à 51,1% de fumeurs quotidiens,  $p<0,001$ ), alors que la prévalence n'avait pas évolué de manière significative entre 2000 et 2005. Les étudiants ou jeunes

scolarisés présentent une prévalence stable entre 23 et 24 % pour le tabagisme quotidien en 2005 et 2010, alors qu'elle atteignait 35 % en 2000 (figure 5). Chez les étudiants ou jeunes scolarisés, cependant, le tabagisme occasionnel atteint entre 8 et 9 % en 2005 comme en 2010, prévalence supérieure à celle observée parmi les actifs.

**FIGURE 5 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-64 ans selon le statut d'activité (en %)**



Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

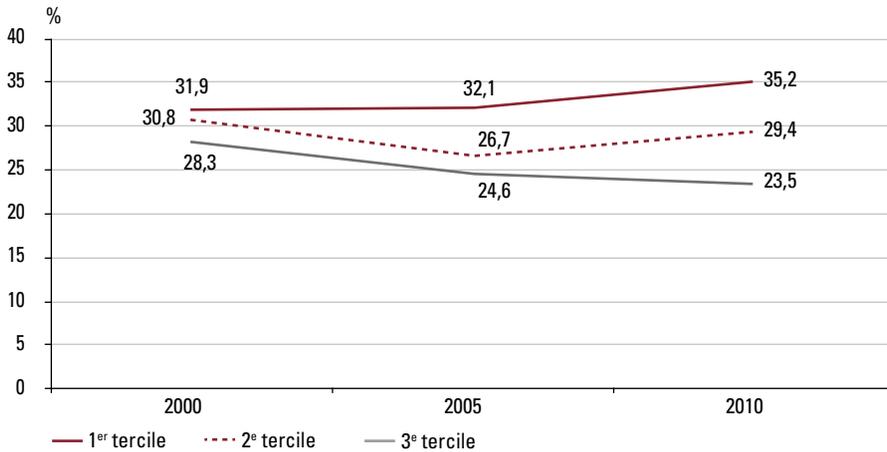
Parmi les actifs, si le tabagisme quotidien a fortement augmenté entre 2005 et 2010 chez les employés (de 31,4 % à 36,3 %), population très féminine, et chez les agriculteurs (de 14,6 % à 19,6 %), il a augmenté de manière moins nette chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (de 36,9 % à 40,1 %), les ouvriers (de 44,3 % à 47,0 %) et les professions intermédiaires (de 28,8 % à 30,1 %), et il a plutôt eu tendance à diminuer chez les cadres (de 26,1 % à 24,6 %).

S'agissant du niveau de diplôme, alors que la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme (de 30,0 % à 34,0 %,  $p < 0,01$ ) et parmi les diplômés de niveau inférieur au bac (de 26,7 % à 30,1 %,  $p < 0,001$ ), elle est plutôt restée stable parmi les diplômés de niveau bac (de 27,9 % à 29,6 %, écart non significatif) et parmi les individus de niveau supérieur au bac (de 23,8 % à 23,0 %, écart non significatif). Les personnes sans diplôme étaient par ailleurs les seules pour lesquelles la prévalence du tabagisme n'avait pas diminué entre 2000 et 2005. Les écarts de prévalence en fonction du diplôme ont par conséquent augmenté depuis 2000.

Les évolutions constatées selon le niveau de diplôme ou le statut d'activité se retrouvent pour le niveau de revenu. Ainsi, alors que la prévalence tabagique parmi les individus dont le niveau de revenu se situe dans le troisième tercile (les plus hauts revenus) a diminué de manière continue depuis 2000, elle a augmenté

entre 2005 et 2010 parmi ceux qui se situent dans le premier tercile (les plus bas revenus), après une période de stagnation. Pour les individus qui se situent à un niveau intermédiaire, la prévalence tabagique a diminué entre 2000 et 2005 pour réaugmenter ensuite (figure 6).

**FIGURE 6 : Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le niveau de revenu (en %)**



Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

Des régressions logistiques ajustées sur le sexe et l'âge, et prenant en compte le fait d'être sans diplôme ou d'avoir un diplôme inférieur au bac, d'être situé dans le premier quintile de revenu par UC, d'être au chômage et d'être ouvrier, ont été menées en 2000, 2005 et 2010 pour permettre de mesurer l'évolution des inégalités relatives à chacune de ces variables. Il ressort de ces modèles que ces inégalités n'ont pas diminué au cours de ces dix dernières années, et ont même fortement augmenté concernant la PCS ou le niveau d'éducation (tableau 3).

**TABLEAU 3 : Odds-ratios associés au tabagisme régulier issus de régressions logistiques ajustées sur chacune des covariables et sur le sexe et l'âge, parmi les actifs**

	2000		2005		2010	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Diplôme inférieur au bac	1,3***	[1,2-1,4]	1,5***	[1,4-1,6]	1,7***	[1,6-1,8]
Premier quintile de revenu par UC	1,2**	[1,1-1,4]	1,2**	[1,1-1,3]	1,3***	[1,1-1,4]
Chômage	1,4***	[1,2-1,6]	1,5***	[1,4-1,7]	1,5***	[1,3-1,7]
Ouvrier	1,1	[1,0-1,3]	1,3***	[1,2-1,4]	1,3***	[1,2-1,4]

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES. Note : OR significatifs aux seuils de 0,01 (\*\*), 0 001 (\*\*\*)

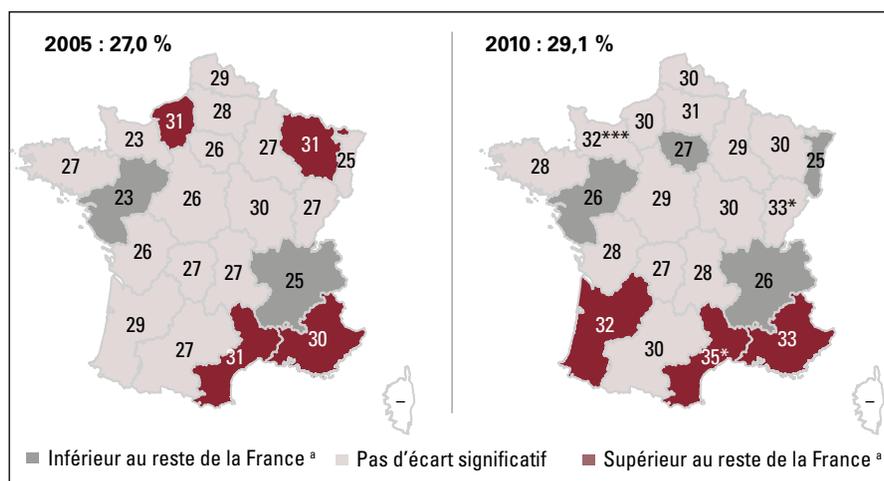
## Quantité de cigarettes fumées

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement parmi les fumeurs réguliers a diminué entre 2005 et 2010, passant de 15,1 par jour à 13,6 (il était de 14,0 en 2000). Chez les hommes, le nombre moyen de cigarettes fumées est passé de 16,3 à 14,8, et chez les femmes de 13,5 à 12,3. La proportion de fumeurs de dix cigarettes ou plus par jour est ainsi passée de 72,1 % en 2005 à 68,1 % en 2010 (de 75,5 % à 71,9 % chez les hommes, et de 67,7 % à 63,7 % chez les femmes).

La consommation quotidienne de cigarettes fumées parmi les fumeurs réguliers est plus importante en 2010 parmi les chômeurs que parmi ceux qui travaillent. Même si elle a diminué depuis 2005 (de 16,6 à 15,4), c'est cependant de manière moins nette que pour les actifs occupés (de 15,4 à 13,4).

## Différences régionales

**FIGURE 7 : Cartographie régionale du tabagisme quotidien en 2005 et 2010 en France métropolitaine (en %)**



<sup>a</sup> Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

\*, \*\*, \*\*\* : évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010, aux seuils de 5%, 1%, 0,1%.

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

Tout comme en 2005, cette cartographie montre une relative homogénéité régionale, avec des prévalences tabagiques variant de 25 % à 35 % (figure 7). Les régions Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur se détachent significativement par une proportion plus élevée d'usagers quotidiens de tabac, tandis que quatre autres affichent des proportions inférieures à la moyenne nationale (Île-de-France, Pays de la Loire, Alsace et Rhône-Alpes).

On observe relativement peu d'évolutions entre 2005 et 2010 : les régions Île-de-France et Alsace se retrouvent en 2010 dans le groupe de celles où l'on consomme le moins de tabac en France.

Dans un contexte de légère reprise du tabagisme au niveau national, on peut noter qu'à un niveau plus fin la hausse de consommation n'est significative que dans trois régions : Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie et Franche-Comté.

La sous-consommation observée en Île-de-France se retrouve dans l'analyse régionale de l'enquête ESCAPAD de l'OFDT<sup>13</sup> interrogeant des jeunes âgés de 17 ans. On y retrouvait également la région Provence-Alpes-Côte d'Azur plus consommatrice que les autres, les autres tendances n'étant pas particulièrement concordantes.

### **Tabagisme chez les femmes enceintes**

Parmi les indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004 figure la prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse qui, en 2010, concerne 24% des femmes enceintes. Ce chiffre reste stable par rapport à 2005 (21%, écart non significatif), mais s'avère nettement inférieur à celui observé parmi les femmes du même âge qui ne sont pas enceintes, ce qui est un signe plutôt positif dans le contexte actuel de hausse du tabagisme<sup>14</sup>. Le tabagisme des femmes enceintes est associé à un faible niveau d'éducation (baccalauréat ou moins) et à un état de détresse psychologique.

En comparant les prévalences observées parmi les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas, il est possible d'estimer la part des femmes enceintes ayant arrêté leur consommation de tabac durant leur grossesse, qui est d'environ 35% (Beck *et al.* 2013). Le comportement tabagique des femmes enceintes diffère par ailleurs selon le mois de grossesse. Ainsi, celles qui ont eu connaissance de leur grossesse depuis plus de trois mois ne sont plus que 20% à fumer quotidiennement.

Néanmoins, au niveau européen, la France est le pays présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays présentant des prévalences entre 10 et 15% (Zeitlin et Mohangoo 2008).

---

13 [www.ofdt.fr/odicer.htm](http://www.ofdt.fr/odicer.htm)

14 Il faut néanmoins garder une certaine prudence dans sa lecture, dans la mesure où les effectifs interrogés sont relativement faibles (225 femmes enceintes en 2005 et 284 en 2010).

## SIGNES DE DÉPENDANCE PHYSIOLOGIQUE FORTE

D'après le mini-Fagerström<sup>15</sup> (Heatherton et al. 1991), 17,7 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans présentent des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine (34,2% des signes de dépendance moyenne). Parmi les 15-75 ans, cette proportion est légèrement à la baisse depuis 2005 (17,9% en 2010 contre 19,7% en 2005,  $p < 0,05$ ). Les hommes présentent plus souvent de tels signes (19,1%) que les femmes (16,1%,  $p < 0,01$ ). La proportion de dépendance forte augmente jusqu'à la classe des 45-54 ans où elle concerne 22,1% des fumeurs réguliers, puis diminue ensuite. Par ailleurs, au sein même des fumeurs réguliers, qui sont déjà surreprésentés parmi les classes les moins favorisées, ceux présentant une dépendance forte à la nicotine sont également plus nombreux parmi ces populations. Ainsi, les fumeurs réguliers non diplômés (23,2%) ou ayant un diplôme inférieur au bac (21,1%), ceux dont le revenu est situé dans le premier tercile de revenu par UC (22,3%), les ouvriers (23,2%) et les chômeurs (23,1%) présentent plus souvent des signes de dépendance forte que les fumeurs des catégories plus favorisées, cela restant vrai après ajustement sur le sexe, l'âge et chacune de ces variables.

## TYPE DE TABAC FUMÉ ET ÉVOLUTIONS

Parmi les fumeurs âgés de 15 à 85 ans, 88,5% fument des cigarettes manufacturées, 24,3% fument du tabac à rouler, 9,0% fument la chicha, 7,5% fument des cigarillos, 6,1% fument des cigares et 1,6% fument la pipe. Au total, 16,8% des 15-85 ans fument à la fois des cigarettes manufacturées et du tabac à rouler. La proportion de fumeurs exclusifs de cigares ou de cigarillos est de 3,3%, et seuls 0,5% des 15-85 ans fument exclusivement la pipe.

Parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans, la part de fumeurs de cigarettes manufacturées ou de tabac à rouler est stable par rapport à 2005. En revanche, la part de fumeurs de cigarillos (7,4% en 2010 contre 9,8% en 2005), de cigares (6,1% contre 9,1%) ou de pipe (1,5% contre 2,4%) est en baisse.

Alors que la moitié des fumeurs exclusifs de cigarettes manufacturées<sup>16</sup> sont des femmes, les fumeurs de tabac à rouler sont pour plus de 60% des hommes. Les fumeurs qui consomment à la fois des cigarettes manufacturées et du tabac à rouler sont plus jeunes que l'ensemble des fumeurs, en outre ils sont plus souvent étudiants ou chômeurs. Les ouvriers et les individus dont le revenu par UC est le plus faible sont particulièrement plus nombreux parmi les fumeurs de tabac à rouler.

15 Ce test permet de mesurer la dépendance au tabac à partir du nombre de cigarettes fumées quotidiennement et du délai entre le réveil et la première cigarette.

16 Qu'ils fument ou non des cigares, cigarillos ou la pipe.

## Les fumeurs de chicha

Les fumeurs de chicha représentent 2,9 % de la population interrogée, soit 9,0 % des fumeurs actuels. Parmi les fumeurs de chicha, 47,5 % en fument moins d'une fois par mois, 42,1 % en fument au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine et 10,4 % en fument de manière hebdomadaire. Les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer la chicha (3,9 %) que les femmes (2,0 %,  $p < 0,001$ ). La prévalence de consommation de chicha est maximale chez les jeunes de 15 à 19 ans (13,4 %), puis diminue de manière continue avec l'âge (12,0 % chez les 20-25 ans, 3,9 % chez les 26-34 ans) pour atteindre des niveaux inférieurs à 1 % au-delà de 35 ans. Cette pratique apparaît plus fréquente en Île-de-France (3,9 %) et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,6 %).

## ÂGE D'INITIATION AU TABAGISME ET DÉBUT DE L'USAGE RÉGULIER

Parmi l'ensemble des 15-75 ans ayant déjà expérimenté le tabac, l'âge moyen d'expérimentation déclaré est de 16,4 ans (16,0 pour les hommes et 16,9 pour les femmes). Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2005 où l'âge moyen d'initiation au tabac était de 16,3 ans (15,8 pour les hommes et 16,9 pour les femmes), et à ceux observés en 2000 où il était de 16,4 ans (15,8 pour les hommes et 17,1 pour les femmes)<sup>17</sup>.

Cependant, l'analyse de l'âge d'initiation selon la période d'entrée dans le tabagisme montre que les individus ayant initié le tabagisme sur la période 2005-2010 l'ont expérimenté à un âge moins précoce que les générations précédentes. En moyenne, l'âge d'initiation au tabagisme est de 16,4 ans sur la période 2005-2010, alors qu'il est de 16,0 ans sur la période 2000-2005 et de 15,6 ans sur la période 1995-2000. Ainsi, la part d'expérimentations précoces (avant 14 ans) est en baisse, passant de 21,4 % entre 1995 et 2000 à 20,0 % entre 2000 et 2005 et à seulement 12,5 % entre 2005 et 2010. Les expérimentations sur la période 2005-2010 ont plus souvent eu lieu entre 15 et 16 ans que celles ayant eu lieu sur les périodes précédentes (tableau 4).

**TABLEAU 4 : Âge d'initiation au tabagisme selon l'année d'initiation**

	1995-2000 (n=669)	2000-2005 (n=1 260)	2005-2010 (n=932)*
Avant 14 ans	21,4 %	20,0 %	12,5 %
14 ans	17,5 %	18,3 %	16,4 %
15 ans	17,4 %	17,4 %	20,1 %
16 ans	16,2 %	13,6 %	17,5 %
17 ans	10,2 %	10,1 %	11,6 %
18 ans ou plus	17,3 %	20,7 %	21,8 %

\* Les individus n'ayant fumé qu'une ou deux fois pour essayer sont exclus de l'analyse pour être comparable aux enquêtes précédentes.

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

<sup>17</sup> En 2000 et 2005, la question n'était pas posée aux personnes ayant fumé « juste une ou deux fois pour essayer ». Cependant, les chiffres sont similaires en 2010 si on exclut ces individus de l'analyse (16,4 ans au total, 16,0 pour les hommes, 16,8 pour les femmes).

Parmi les individus de 15 à 75 ans fumant quotidiennement ou ayant fumé quotidiennement, l'âge auquel ils ont commencé à fumer régulièrement est de 18,9 ans (18,6 pour les hommes et 19,3 pour les femmes). Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2005 (18,9 dans l'ensemble, 18,5 pour les hommes et 19,5 pour les femmes) et en 2000 (19,1 dans l'ensemble, 18,8 pour les hommes, 19,6 pour les femmes).

Cependant, en se restreignant aux fumeurs ayant commencé un usage régulier de tabac dans les cinq années précédant chacune des enquêtes, l'âge de début de tabagisme régulier semble avoir légèrement augmenté sur la période considérée. Il était de 17,7 ans entre 1995 et 2000, pour atteindre 18,0 ans entre 2000 et 2005, et 18,2 entre 2005 et 2010. Ainsi, la part de fumeurs réguliers ayant fumé régulièrement avant 16 ans est passée de 29,9% entre 1995 et 2000 à 27,2% entre 2000 et 2005 et 23,7% entre 2005 et 2010 (tableau 5).

**TABLEAU 5 : Âge de début de tabagisme régulier selon l'année**

	1995-2000 (n=722)	2000-2005 (n=1 112)	2005-2010 (n=787)
Avant 16 ans	29,9%	27,2%	23,7%
16 ans	18,2%	18,3%	23,1%
17 ans	16,1%	14,3%	19,1%
18 ans	11,5%	13,9%	11,6%
19-20 ans	10,6%	11,9%	8,1%
21 ans ou plus	13,7%	14,4%	14,4%

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

## L'ARRÊT TABAGIQUE

### Les ex-fumeurs

Dans le cadre du Baromètre santé, on considère comme « ex-fumeur » une personne qui déclare ne pas fumer, mais avoir déjà fumé au moins occasionnellement au cours de sa vie.

Au total, 30,0% des 15-85 ans sont des ex-fumeurs. Parmi eux, 68,7% déclarent avoir fumé quotidiennement pendant au moins six mois (ex-fumeurs réguliers), et 31,3% de manière occasionnelle ou régulière mais pendant moins de six mois.

Parmi les individus de 15 à 85 ans qui fumaient de manière régulière en 2005, 14,5% ont arrêté de fumer depuis au moins six mois en 2010 (15,0% des hommes et 13,9% des femmes, écart non significatif)<sup>18</sup> (Etter et Sutton 2002, Hyland et al. 2003). L'âge moyen de ces individus lors de leur arrêt est de 41,5 ans (44,2 ans

<sup>18</sup> Les fumeurs ayant arrêté de fumer depuis moins de six mois ont été exclus de l'analyse, car on peut considérer qu'ils sont en phase de sevrage, avec un risque fort de reprise du tabagisme.

pour les hommes et 38,0 pour les femmes). Les arrêts « réussis »<sup>19</sup> du tabac ont été plus fréquents parmi les personnes plus âgées (24,9% des 65-85 ans contre 13,3% des 15-44 ans), celles qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat (21,7% contre 10,2% des personnes sans diplôme), celles dont le niveau de revenu par UC est le plus élevé (21,1% parmi les individus dont le revenu par UC est supérieur à 1 800 euros contre 10,6% parmi ceux qui disposent de moins de 1 100 euros), et parmi les actifs occupés (15,1% contre 7,9% des chômeurs). En outre, les catégories sociales les plus favorisées sont celles parmi lesquelles le taux d'arrêt est le plus haut (23,9% parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures et 18,1% parmi les professions intermédiaires) avec les agriculteurs (22,4%), alors que seuls 10,0% des ouvriers ont arrêté de fumer entre 2005 et 2010. Ces liens sont maintenus après ajustement par modélisation logistique. Il en ressort aussi que la durée du tabagisme est négativement liée à la réussite du sevrage tabagique : toutes choses égales par ailleurs (et notamment à âge égal), les individus qui ont fumé le plus longtemps ont moins de chances de réussir à arrêter de fumer.

### **Les fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer**

Parmi les fumeurs réguliers, 69,3% déclarent avoir déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine au cours de leur vie : 25,1% déclarent l'avoir fait la dernière fois dans l'année, 9,8% il y a plus de 1 an mais moins de 2 ans, 16,0% il y a plus de 2 ans mais moins de 5 ans, 17,6% il y a plus de 5 ans<sup>20</sup>.

Les hommes sont plus nombreux à déclarer avoir essayé d'arrêter de fumer dans l'année (26,6% contre 23,4% des femmes,  $p < 0,01$ ), mais ce n'est pas le cas dans les cinq dernières années. Par ailleurs, les tentatives d'arrêt effectuées par les fumeurs diminuent fortement avec l'avancée en âge. En revanche, après ajustement sur le sexe et l'âge, les tentatives d'arrêt dans l'année ou dans les cinq dernières années n'apparaissent pas associées au niveau de diplôme, au statut d'activité ou au niveau de revenu. Seule une légère association entre la PCS et les tentatives d'arrêt dans les cinq dernières années est relevée, dans le sens d'un plus grand nombre de tentatives d'arrêt parmi les classes les plus favorisées par rapport aux ouvriers. Ainsi, alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique, la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène.

19 Cela ne présage pas d'une reprise ultérieure du tabagisme.

20 0,8% des fumeurs réguliers ne se souviennent plus de la date de leur dernière tentative d'arrêt. La comparaison avec les enquêtes précédentes n'est pas possible dans la mesure où le terme « volontairement » a été introduit en 2010.

## Motifs d'arrêt

Parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans qui ont arrêté de fumer depuis moins de cinq ans<sup>21</sup>, 75,2% déclarent que la préservation de leur santé est l'une des deux principales raisons qui les ont poussés à arrêter de fumer. Les autres raisons invoquées pour justifier l'arrêt du tabac sont ensuite l'entourage (la prise de conscience des risques du tabagisme passif ou la demande de l'entourage) pour 45,4% d'entre eux, le prix du tabac (25,1%), la grossesse ou une naissance (11,8% dans l'ensemble, 22,4% des femmes et 3,4% des hommes), puis la lassitude du tabac (10,8%)<sup>22</sup>.

Ce classement est à peu près identique parmi les fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les cinq dernières années sans y parvenir, mais les chiffres sont assez différents. Ainsi, si 55,3% des fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les cinq dernières années déclarent que leur santé fait partie des deux principales raisons pour lesquelles ils ont essayé d'arrêter, seuls 36,2% d'entre eux considèrent qu'il s'agit de la principale raison (contre 59,3% de ceux qui ont réussi à arrêter de fumer dans les cinq dernières années). En revanche, le prix du tabac constitue une des deux principales raisons d'arrêt pour 26,6% d'entre eux, et surtout la principale raison pour 10,1% d'entre eux (contre 5,1% pour les ex-fumeurs). Alors que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, il n'en est donc pas de même de l'influence du prix du tabac, selon les déclarations des répondants (figure 8).

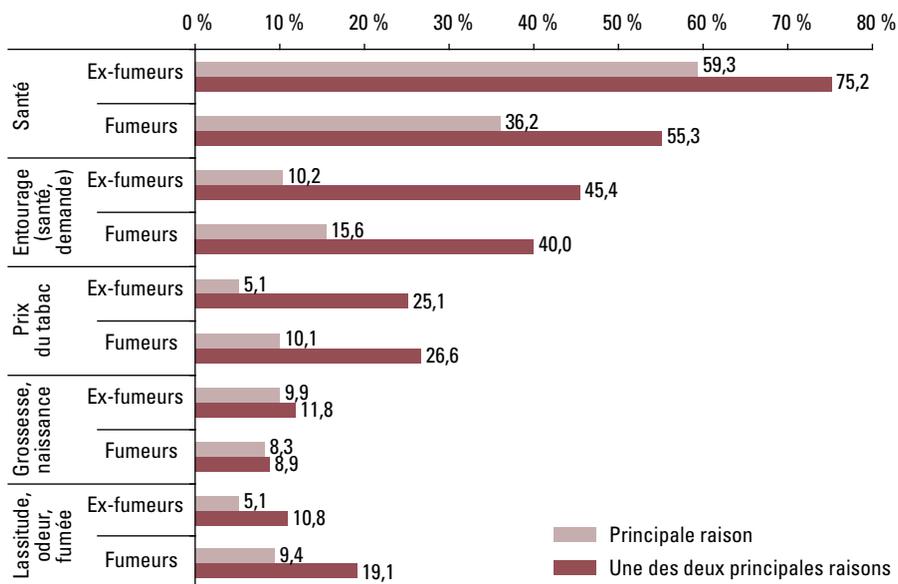
Qu'ils aient réussi ou non à arrêter de fumer, 19,3% des fumeurs ayant essayé d'arrêter dans les cinq dernières années considèrent que les publicités contre le tabac ont eu une influence sur leur décision (7,2% «tout à fait» et 12,1% «plutôt») <sup>23</sup>. La proportion d'individus déclarant avoir été influencés par la publicité ne diffère pas significativement selon le sexe et l'âge.

21 Les individus qui ont arrêté de fumer depuis moins de six mois sont exclus de l'analyse.

22 Ces chiffres ne sont pas comparables à ceux de 2005, car, lors de la précédente édition du Baromètre santé, les répondants avaient la possibilité de déclarer autant de raisons qu'ils le souhaitent.

23 Il n'y a pas de différence selon que le répondant ait réussi à arrêter ou non.

**FIGURE 8 : Motifs d'arrêt du tabac parmi les fumeurs ayant arrêté ou essayé d'arrêter dans les cinq dernières années**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

### Envie d'arrêter de fumer

Parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 57,6% déclarent avoir envie d'arrêter de fumer : 9,7% déclarent avoir le projet d'arrêter de fumer dans le mois à venir, 15,4% dans les 6 prochains mois, 4,4% dans les 12 prochains mois et 27,6% dans un avenir non déterminé. L'envie d'arrêter de fumer n'est pas associée de manière significative au nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Les hommes sont plus nombreux à déclarer vouloir arrêter de fumer que les femmes (60,8% contre 53,6%,  $p < 0,05$ ). L'envie d'arrêter de fumer est également la plus forte parmi les 26-54 ans. Par ailleurs, les personnes sans diplôme déclarent plus souvent avoir envie d'arrêter de fumer (67,5% contre 54,5% des personnes diplômées,  $p < 0,01$ ). Ces liens sont également observés concernant le projet d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, à un degré moindre cependant. En revanche, les autres caractéristiques sociodémographiques étudiées ne sont pas associées à l'envie d'arrêter de fumer ou au projet d'arrêter d'ici à six mois, toutes choses égales par ailleurs.

L'envie d'arrêter de fumer a fortement diminué depuis 2005 où elle concernait 64,8% des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, alors qu'elle était restée stable

entre 2000 (64,5 %) et 2005<sup>24</sup>. Cette tendance se retrouve aussi bien chez les hommes (65,4 % en 2000, 66,1 % en 2005, 60,9 % en 2010) que chez les femmes (63,4 % en 2000, 63,0 % en 2005, 53,6 % en 2010), et quelle que soit la situation professionnelle (travail, chômage, inactivité).

Par rapport au niveau de diplôme, seuls les individus non diplômés présentent une tendance différente, avec une stabilité à un niveau très élevé de l'envie déclarée d'arrêter de fumer par rapport aux autres catégories entre 2005 (66,1 %) et 2010 (67,5 %).

Les évolutions paraissent plus contrastées relativement au niveau de revenu. Ainsi, l'envie d'arrêter de fumer a diminué de manière continue entre 2000 et 2010 pour les fumeurs dont le revenu par UC se situe dans le premier tercile de revenu (les revenus les plus faibles) (69,9 % en 2000, 65,7 % en 2005, 61,2 % en 2010). Pour ceux dont le revenu se situe dans le second tercile, après une période de stabilité entre 2000 (63,6 %) et 2005 (65,0 %), la proportion de fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer a chuté en 2010 (53,7 %). Enfin, pour les fumeurs du dernier tercile, elle a d'abord augmenté entre 2000 (60,9 %) et 2005 (65,4 %), pour diminuer depuis (57,0 % en 2010).

### **Moyens pour arrêter de fumer**

Parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans qui ont le projet d'arrêter de fumer dans les douze prochains mois, 37,4 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter avec l'aide d'un médecin (62,6 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter seuls). Les femmes sont plus nombreuses à dire vouloir arrêter avec l'aide d'un médecin (47,0 % contre 30,4 % des hommes,  $p < 0,01$ ). En revanche, il n'y a pas d'association avec le niveau de diplôme, le revenu par UC ou la situation professionnelle.

Parmi ces mêmes fumeurs, 55,3 % déclarent avoir le projet d'arrêter de façon radicale (du jour au lendemain) et 44,7 % en réduisant progressivement leur consommation, sans différence selon le sexe. Le mode d'arrêt est fortement associé aux caractéristiques socio-économiques, dans le sens d'une plus grande propension à souhaiter s'arrêter progressivement parmi les classes les moins favorisées. Ce résultat est observé quelle que soit la variable envisagée (niveau de diplôme, revenu par UC ou situation professionnelle). Ainsi, les fumeurs sans diplôme qui souhaitent s'arrêter de fumer dans les douze mois sont 60,2 % à souhaiter s'arrêter de manière progressive, contre 48,9 % des titulaires d'un diplôme inférieur au bac, 30,3 % des diplômés de niveau bac et 22,0 % des diplômés du supérieur. Par rapport au revenu par UC, les fumeurs qui appartiennent au premier tercile sont 58,1 % à déclarer qu'ils souhaitent s'arrêter progressivement, contre

<sup>24</sup> Il n'est pas possible de suivre l'évolution du projet d'arrêt dans les six mois dans la mesure où cette question n'était posée qu'à ceux qui déclaraient avoir un « projet précis d'arrêter » en 2005.

35,5% de ceux appartenant au second tercile et 26,4% de ceux appartenant au troisième tercile. Enfin, les chômeurs sont 75,7% à déclarer vouloir s'arrêter en diminuant leur consommation de tabac, contre 36,7% des fumeurs qui travaillent et 45,4% des inactifs.

Parmi les fumeurs réguliers ayant le projet d'arrêter de fumer dans les douze mois, 48,3% pensent s'aider d'un traitement médicamenteux : 29,6% d'entre eux envisagent d'arrêter de fumer avec un patch antitabac, 14,5% avec un médicament sur ordonnance (Zyban®, Champix®) et 9,6% avec des gommes à mâcher<sup>25</sup>. Par ailleurs, 9,2% envisagent de suivre une psychothérapie ou un soutien psychologique. Enfin, 45,7% envisagent d'arrêter sans aucune aide extérieure, plus souvent les hommes (50,8%) que les femmes (38,5%,  $p < 0,05$ ). En revanche, le fait de souhaiter s'arrêter sans aucune aide extérieure n'est pas associé aux autres caractéristiques sociodémographiques, avec toutefois une puissance statistique qui pourrait s'avérer insuffisante pour détecter des différences.

## EXPOSITION AU TABAGISME PASSIF AU DOMICILE

Parmi les fumeurs actuels de 15 à 75 ans, 35,8% déclarent que « quelqu'un fume régulièrement à l'intérieur de [leur] domicile », 16,1% « de temps en temps », 7,9% « rarement » et 40,3% déclarent que cela n'arrive jamais. Parmi les non-fumeurs, 12,1% déclarent qu'ils sont « régulièrement » exposés au tabagisme passif à leur domicile, 7,3% « de temps en temps », 6,8% « rarement » et 73,9% « jamais ». Au total, 62,5% de la population vit dans un foyer épargné par le tabac.

Que ce soit parmi les fumeurs ou parmi les non-fumeurs, les jeunes de 15 à 25 ans sont les plus nombreux à être exposés de manière régulière au tabagisme à leur domicile (43,4% des fumeurs et 27,5% des non-fumeurs). Les individus âgés de 26 à 44 ans sont au contraire ceux qui semblent le plus restreindre le tabagisme à leur domicile.

Le tabagisme au domicile est par ailleurs fortement associé à la structure du foyer. Ainsi, parmi les fumeurs, ceux qui vivent seuls sont les plus nombreux à déclarer que « quelqu'un » fume à leur domicile au moins de temps en temps (58,8%). À l'inverse, ceux qui vivent avec un enfant de moins de 4 ans ne sont que 31,5% à le déclarer. Parmi les non-fumeurs, ceux qui ne vivent pas seuls, mais sans enfant de moins de 4 ans, sont plus nombreux à déclarer être exposés au tabagisme à leur domicile (20,9% contre 12,9% de ceux qui vivent seuls)<sup>26</sup>.

25 Plusieurs réponses possibles.

26 La présence de fumeurs dans le foyer n'était pas demandée au répondant, mais il est probable qu'une partie des non-fumeurs exposés au tabagisme à leur domicile le soient du fait du tabagisme d'autres membres du foyer (du conjoint par exemple).

Parmi les fumeurs de 15 à 75 ans, la consommation de tabac à leur domicile a fortement diminué entre 2005 (59,3%) et 2010 (51,8%,  $p < 0,001$ ). En revanche, les non-fumeurs sont toujours aussi exposés au tabagisme à leur domicile (19,4% en 2010 contre 20,7% en 2005<sup>27</sup>, écart non significatif), même si la proportion de ceux qui déclarent n'être « jamais » exposés au tabagisme est en hausse (74,0% en 2010 contre 69,4% en 2005,  $p < 0,001$ ).

## SENTIMENT D'ÊTRE BIEN INFORMÉ SUR LE TABAC

La moitié de la population des 15-85 ans (50,0%) se déclare « très bien » informée sur le tabac, 41,2% se sentent « plutôt » bien informés, 5,1% « plutôt mal » informés et 3,6% « très mal » informés (soit 8,8% de mal informés). La proportion d'individus se sentant bien informés sur le tabac est ainsi stable depuis 2005 parmi les 15-75 ans (91,7% en 2010 contre 90,9% en 2005<sup>28</sup>), après avoir augmenté entre 2000 (85,2%) et 2005 ( $p < 0,001$ ). La tendance est similaire parmi les jeunes de 15 à 25 ans (88,3% en 2000, 93,0% en 2005, 94,5% en 2010).

Parmi les plus jeunes (15-19 ans), ce sentiment apparaît particulièrement fort puisque seulement 3,6% se déclarent mal informés sur le tabac. Entre 20 et 75 ans, le sentiment d'être bien informé s'avère plutôt stable avec plus de 9 individus sur 10 se sentant bien informés, tandis que parmi les plus âgés, les 75-85 ans accusent un déficit d'information plus net (15,4% se déclarent mal informés). Ces caractéristiques sont partagées par les hommes et les femmes.

On constate un écart assez important entre les ouvriers et les autres PCS (13% se sentent mal informés sur le tabac contre 7% pour l'ensemble des autres PCS). Un faible niveau d'études ainsi qu'un faible niveau de revenu apparaissent particulièrement associés à un moindre niveau d'information ressenti : 16,1% des personnes sans diplôme et 12,2% de celles dont le revenu par UC est inférieur à 1 100 euros par mois s'estiment mal informées sur le tabac. En revanche, la situation de chômage n'apparaît pas associée à un sentiment de mauvaise information après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques.

Par ailleurs, les fumeurs réguliers se sentent un peu plus souvent informés que le reste de la population. Ce constat apparemment paradoxal tient probablement à la forte proportion de « fumeurs dissonants » (les fumeurs qui souhaitent arrêter mais qui n'y sont pas encore arrivés) déjà décrits par ailleurs (Peretti-Watel 2003). Il peut aussi résulter d'un arbitrage rationnel entre aspects positifs et négatifs du produit ou encore de la difficulté à gérer la dépendance au tabac malgré la clarté des messages de santé publique. Les données du Baromètre cancer 2010 ont

27 « Régulièrement » ou « de temps en temps ».

28 Test effectué à partir des individus interrogés sur ligne fixe en 2010, les détenteurs exclusifs de téléphone mobile n'ayant pas été interrogés sur leur sentiment d'information en 2005.

montré que si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni (Guignard *et al.* 2012). Cette enquête montrait par ailleurs que de nombreuses idées reçues telles que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé » ou que « faire du sport permet de nettoyer les poumons » persistaient en 2010, tendant à minimiser le risque du tabagisme ou à y trouver des facteurs protecteurs.

## **CRAINTE DES MALADIES DUES AU TABAC**

Plus de la moitié des 15-85 ans (58,1 %) déclarent ne pas craindre du tout personnellement les maladies liées au tabac ; 16,2% déclarent les craindre « un peu », 12,5% « pas mal » et 13,3% « beaucoup ». Cependant, la crainte de maladies liées au tabac est particulièrement liée au statut tabagique. Ainsi, plus des trois quarts (78,7%) des personnes n'ayant jamais fumé ou juste pour essayer ne craignent pas du tout les maladies dues au tabagisme. Cette proportion est un peu plus faible parmi les ex-fumeurs (71,0%); cependant, ceux qui ont arrêté dans les cinq dernières années sont encore nombreux à craindre, ne serait-ce qu'un peu, les maladies dues au tabagisme (46,9%, dont 11,4% « beaucoup »). Parmi les fumeurs occasionnels, 56,2% craignent les maladies dues au tabagisme, dont 6,7% « beaucoup ». Enfin, seulement 16,6% des fumeurs réguliers ne craignent pas du tout les maladies liées au tabagisme, sans différence selon le nombre de cigarettes fumées par jour. Toutefois, alors que 31,7% des fumeurs intensifs (fumant au moins dix cigarettes par jour) déclarent craindre « beaucoup » les maladies liées au tabagisme, seulement 14,3% des fumeurs réguliers fumant moins de dix cigarettes par jour sont dans ce cas. Il semble donc bien que ces « petits » fumeurs sous-estiment leur propre risque, alors qu'il a été montré que la durée du tabagisme avait un impact très supérieur à la quantité de tabac fumée quotidiennement sur le risque de cancer du poumon notamment (Doll et Peto 1978).

Parmi les personnes n'ayant jamais fumé (ou juste pour essayer), le niveau de crainte des maladies liées au tabac, à mettre en relation avec l'exposition au tabagisme passif, est plus faible parmi les plus âgés. Cette crainte est plus fréquente parmi les personnes sans diplôme ou en situation d'inactivité. Les individus dont le revenu du foyer par UC est supérieur à 1 800 euros par mois sont par ailleurs moins nombreux à craindre les maladies liées au tabac. En revanche, il n'y a pas d'association avec la PCS après ajustement sur les autres caractéristiques. Enfin, la crainte se révèle plus fréquente parmi les individus se déclarant mal informés sur le tabac (22,3% contre 11,2% de ceux se sentant bien informés).

Parmi les ex-fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac est maximale chez les 26-44 ans. Elle est également plus élevée parmi les inactifs, parmi ceux ayant

arrêté dans les cinq dernières années et parmi ceux qui se sentent mal informés sur le tabac. En revanche, il n'y a pas d'association avec le niveau de diplôme, le revenu par UC et la PCS, après ajustement sur les autres caractéristiques.

Enfin, parmi les fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac est ici encore la plus faible chez les plus âgés. Les individus dont le revenu par UC se situe à un niveau intermédiaire (entre 1 100 et 1 800 euros par mois) sont ceux pour lesquels la crainte est la plus importante. Cette crainte est également beaucoup plus forte parmi les fumeurs qui fument au moins dix cigarettes par jour (62,6 % contre 40,0 %). Contrairement à ce qui est observé chez les non-fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac n'est pas associée au sentiment d'information sur le sujet. Elle n'est pas non plus associée au niveau de diplôme, à la situation professionnelle ou à la PCS de l'individu ou du chef de famille.

Parmi les 15-75 ans, la crainte des maladies liées au tabac a diminué entre 2005 (29,3 %) et 2010 (26,8 %,  $p < 0,001$ <sup>29</sup>), après avoir été relativement stable entre 2000 (28,1 %) et 2005 ( $p < 0,05$ ). Cette tendance est encore plus marquée parmi les jeunes de 15 à 25 ans : en 2005, 41,4 % d'entre eux déclaraient craindre les maladies liées au tabac, ils ne sont plus que 29,5 % dans ce cas en 2010 ( $p < 0,001$ ), à un niveau encore plus bas qu'en 2000 (34,4 %). Cependant, la baisse du niveau de crainte n'est significative que chez les non-fumeurs (de 17,9 % en 2005 à 13,7 % en 2010,  $p < 0,001$ ); chez les fumeurs réguliers, le niveau de crainte est stable depuis 2000 (59,0 % en 2000 ; 61,2 % en 2005 ; 57,8 % en 2010).

## OPINIONS SUR LE TABAGISME

### Opinions des fumeurs et des non-fumeurs sur le tabagisme

Un cinquième des individus de 15 à 75 ans (20,6 %) pensent que « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe », cette opinion étant plus répandue parmi les fumeurs (26,9 %, contre 17,2 % parmi les non-fumeurs,  $p < 0,001$ ), alors que ce n'était pas le cas en 2005. La fréquence de cette opinion est en très forte baisse depuis 2005, aussi bien chez les fumeurs (36,6 % en 2005) que chez les non-fumeurs (36,2 %). Cette opinion est surtout partagée par les personnes de 45 à 64 ans, confirmant une évolution générationnelle de la représentation sociale de la cigarette. On peut aussi y voir un effet de la dénormalisation du tabac et en particulier des décrets sur le tabagisme passif, qui ont pour conséquence une exclusion du fumeur des lieux publics fermés, en particulier les restaurants, les bars et les discothèques. En revanche, elle n'est pas liée aux autres caractéristiques

<sup>29</sup> Test effectué sur les individus interrogés sur une ligne fixe en 2010, car la question de la crainte des maladies liées au tabac n'était pas posée aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile en 2005.

sociodémographiques, toutes choses égales par ailleurs, alors qu'elle était associée à un niveau de diplôme élevé en 2005.

Pour près d'un individu sur deux (48,3%), « on est moins bien accepté quand on est fumeur », opinion partagée aussi bien par les fumeurs (47,9%) que par les non-fumeurs (48,6%). Ces chiffres n'ont pas évolué depuis 2005. Cette opinion est de plus en plus fréquente à mesure que l'âge augmente, pour se stabiliser entre 65 et 85 ans. Par ailleurs, elle est plus fréquente dans les milieux les plus favorisés (niveau de diplôme supérieur ou égal au bac, revenu par UC supérieur à 1 800 euros par mois, cadres et professions intellectuelles supérieures ou professions intermédiaires), au sein desquels le processus de « dénormalisation » du tabagisme est sans doute plus avancé. En outre, après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, le fait de fumer est associé à une plus grande propension à être en accord avec cette opinion.

L'opinion qui distingue le plus les fumeurs des non-fumeurs est relative à la justification des taxes : alors que 61,9% des non-fumeurs considèrent qu'« il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac », ils ne sont que 21,5% à le penser parmi les fumeurs ( $p < 0,001$ , 48,1% au total). La proportion de fumeurs en accord avec cette idée a nettement baissé depuis 2005, date à laquelle elle était de 27,0%, alors qu'elle est restée à un niveau équivalent parmi les non-fumeurs. Parmi les fumeurs, les personnes dont le niveau de diplôme est supérieur au bac partagent plus souvent cette opinion, alors que c'était l'inverse en 2005. Inversement, les ouvriers sont les moins favorables à une augmentation des taxes. Toutefois, il faut souligner que le niveau de revenu ne s'avère étonnamment pas associé à une telle opinion, cela restant vrai après stratification sur le statut tabagique.

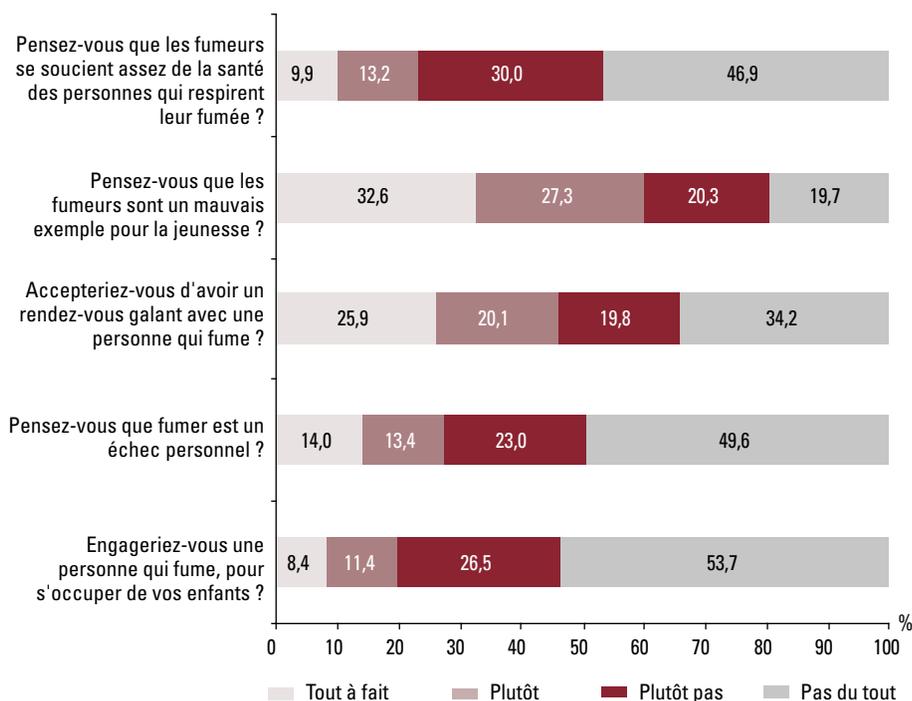
Enfin, 81,2% des personnes interrogées sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle « l'État devrait consacrer à la prévention au moins une partie des taxes prélevées sur les ventes d'alcool et de tabac<sup>30</sup> ». Les non-fumeurs partagent plus souvent cette opinion (85,7% contre 74,9% des fumeurs,  $p < 0,001$ ), ainsi que les personnes les plus diplômées et celles dont le niveau de revenu est le plus élevé. Les plus jeunes (15-25 ans) sont moins souvent en accord avec cette affirmation.

### **Attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs**

Dans la mesure où les politiques de prévention du tabagisme se donnent pour objectif explicite de « dénormaliser » le tabagisme, il importe d'étudier l'évolution des attitudes de la population à l'égard des fumeurs. En effet, ce qui n'est plus « normal » peut vite devenir « déviant », et on peut s'attendre à ce que la population entretienne à l'égard des fumeurs des opinions dépréciatives, voire hostiles.

30 À l'heure actuelle, les taxes sur les produits du tabac rapportent chaque année près de 14 milliards d'euros à l'État.

FIGURE 9 : Attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Cela peut constituer un levier redoutable pour la prévention (comme le disait en substance une campagne antitabac australienne dans les années 1990, en conseillant aux fumeurs d'arrêter pour ne plus se sentir des parias sociaux), mais cela peut aussi redoubler les difficultés éprouvées au quotidien par les fumeurs, surtout s'ils se trouvent dans une situation précaire.

Seulement 19,8% des non-fumeurs accepteraient d'engager une personne qui fume pour s'occuper de leurs enfants ; 53,7% n'y seraient même « pas du tout » favorables. Et 46,0% seulement accepteraient d'avoir un rendez-vous galant avec une personne qui fume (figure 9). Les attitudes négatives vis-à-vis des fumeurs concernant ces deux situations sont plus répandues parmi les femmes, et de plus en plus à mesure que l'âge augmente.

De manière plus générale, 76,9% des non-fumeurs considèrent que les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée (dont 46,9% de « pas du tout »), et 59,9% qu'ils sont « un mauvais exemple pour la jeunesse ». Parmi les non-fumeurs, les moins diplômés sont les moins nombreux à penser que les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée. Les plus âgés (65-85 ans) sont en revanche plus nombreux à penser que « les fumeurs sont un mauvais exemple pour la jeunesse », de même

que les inactifs et ceux qui se situent dans le premier tercile de revenu. Les ouvriers se révèlent moins souvent en accord avec cette proposition.

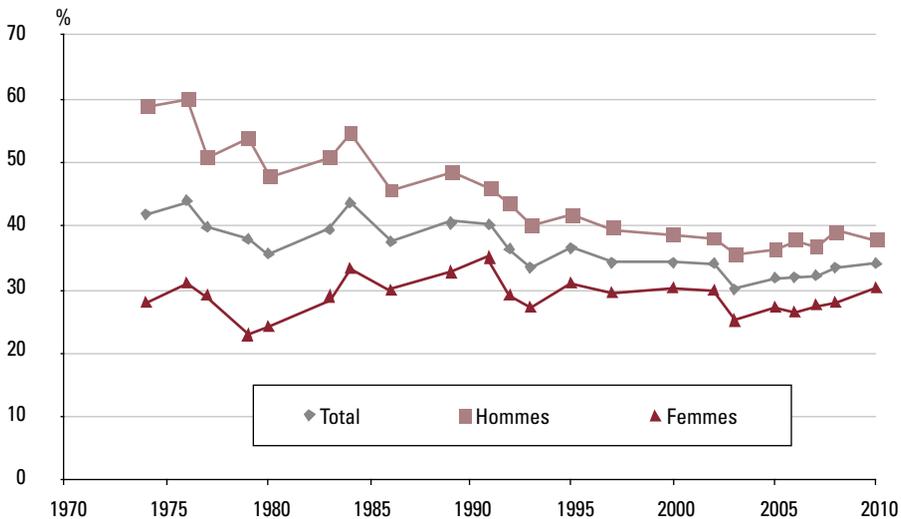
Enfin, plus d'un quart des non-fumeurs (27,4 %) considèrent que « fumer est un échec personnel ». Cette opinion est plus répandue chez les hommes et chez les plus de 55 ans. En revanche, sa fréquence diminue avec le niveau de diplôme ou de revenu.

## DISCUSSION

### ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS ET DES ATTITUDES

Si l'on resitue l'évolution récente de la prévalence tabagique dans une perspective de plus long terme, on constate que c'est la première hausse véritablement significative du tabagisme depuis la Loi Évin<sup>31</sup> (figure 10). Il faut toutefois souligner qu'elle s'accompagne d'une baisse du nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers, conséquence d'une diminution de la proportion de gros fumeurs chez les hommes comme chez les femmes, probablement en lien avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

**FIGURE 10 : Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) depuis les années 1970**



Sources : Enquêtes CFES de 1974 à 2006 ; Baromètre santé 2005, INPES ; Baromètre santé environnement 2007, INPES ; Baromètre santé nutrition 2008, INPES ; Baromètre santé 2010, INPES.

31 En effet, les aspects erratiques de la courbe sont principalement dus à des effets de tailles d'échantillon assez faibles jusqu'à la fin des années 1990.

La hausse du tabagisme, particulièrement manifeste chez les femmes, s'accompagne d'un recul des craintes exprimées à l'égard des maladies liées au tabac, au moins parmi les non-fumeurs. Le Baromètre cancer 2010 montrait un niveau de crainte d'avoir un cancer lié au tabac relativement stable par rapport à 2005 (Guignard *et al.* 2012). La moindre proportion de fumeurs ayant envie d'arrêter de fumer constitue également un signal négatif par rapport aux années précédentes (tableau 6). Enfin, l'autre point saillant de l'analyse concerne les inégalités sociales de santé qui semblent s'accroître dans le domaine de la consommation de tabac.

**TABLEAU 6 : Évolution des principaux indicateurs depuis 2000**

Parmi les 15-75 ans	2000	2005	Évol./2000	2010	Évol./2005
Tabagisme actuel	34,7 %	31,4 %	***	33,7 %	***
Tabagisme quotidien	30,0 %	27,0 %	***	29,1 %	***
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour pour les fumeurs quotidiens	14,0	15,1	***	13,6	***
Envie d'arrêter de fumer	64,5 %	64,8 %	ns	57,6 %	***
Sentiment d'être bien informé	85,2 %	90,9 %	***	91,7 %	ns
Crainte des maladies liées au tabac	28,1 %	29,3 %	*	26,8 %	***

Note : \*\*\* :  $p < 0,001$  ; \* :  $p < 0,05$  ; ns : non significatif

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

Les indicateurs de vente de tabac ne corroborent que partiellement la reprise du tabagisme illustrée par les données du Baromètre santé 2010 : entre 2005 et 2010, les ventes de cigarettes manufacturées sont restées relativement stables, le niveau le plus bas ayant été atteint en 2008. En revanche, les ventes de tabac à rouler (12% de part de marché en 2010) ont augmenté de 8% alors que les autres produits du tabac (cigares, cigarillos, pipes...) ont chuté de 20% (3,7% de part de marché)<sup>32</sup>. Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac ont quant à eux enregistré une forte hausse entre 2006 et 2007 (+30,6%), due à la mise sur le marché du Champix® (varénicline) et au remboursement de ce médicament<sup>33</sup> et des substituts nicotiques à hauteur de 50 euros par an et par personne (OFDT 2011). Les ventes de médicaments ont ensuite nettement diminué en 2008 (-22,6%) avant d'augmenter de 7,8% entre 2009 et 2010<sup>34</sup>. En 2010, ce sont environ 2 millions de patients qui ont été traités par ces médicaments.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé. En effet, un peu plus d'un tiers des fumeurs souhaitant

32 En 2011, les ventes de cigarettes manufacturées ont diminué de 1,3% et les ventes de tabac à rouler ont progressé de 5% par rapport à 2010, ces tendances s'étant accentuées depuis 2011.

33 Le Champix® n'est plus remboursé depuis juin 2011.

34 Les ventes de médicaments ont continué à augmenter entre 2010 et 2012 pour diminuer depuis (-10,3% entre 2012 et 2013).

arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37,4%). Dans le Baromètre cancer 2010, seule une minorité de fumeurs disent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année, et les cas où l'initiative revient au médecin sont minoritaires (cela concerne un fumeur sur huit) (Guignard *et al.* 2012). Ces résultats sont à mettre en regard de ceux observés en 2009 dans le Baromètre santé mené auprès des médecins généralistes, qui montraient que les deux tiers des médecins déclarent aborder la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient (Beck *et al.* 2011, Guignard *et al.* 2011). Manifestement, selon les déclarations des patients, ce premier questionnement au sujet du tabagisme n'est pas toujours suivi par la mise en œuvre d'un véritable processus de sevrage. Pourtant, il semble qu'un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmente de façon significative<sup>35</sup> les chances d'arrêter de fumer pour une durée d'au moins six mois. Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, dans la mesure où une grande majorité des fumeurs consulte son médecin chaque année (Stead *et al.* 2008). Les conseils individuels prodigués par les infirmières se révèlent également efficaces (Haute Autorité de santé 2007).

La deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC) montre que dans ce domaine, la France se situe dans le bas du classement des pays participants avec seulement 28% des fumeurs qui ont reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer à la deuxième vague de l'enquête disent n'avoir reçu ni soutien ni encouragement de leur médecin et/ou d'un professionnel de santé au cours des six derniers mois (Kennedy *et al.* 2012, Projet ITC 2011).

Certains éléments positifs méritent par ailleurs d'être soulignés. Ainsi, la prise de conscience des risques du tabagisme passif pourrait être responsable de la diminution de la proportion de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants. Ainsi, 40% des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais à leur domicile, chiffre comparable à celui obtenu dans le Baromètre santé-environnement réalisé en 2007 (Beck et Legleye 2008). Ce constat fait écho à une étude montrant que l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité mise en place en 2008 en France, en Allemagne et aux Pays-Bas n'aurait pas provoqué d'augmentation du tabagisme au domicile, contrairement aux objections soulevées par les opposants à l'interdiction (« *displacement hypothesis* » ou « *last refuge model* ») (Mons *et al.* 2013). De même, la moindre adhésion à l'opinion selon laquelle « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe »

---

35 Le risque relatif est de 1,7. Cela signifie que le conseil minimal pratiqué par un professionnel de santé augmente de 70% le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour au moins six mois.

pourrait être le signe d'une dénormalisation du tabac consécutive notamment aux décrets sur le tabagisme passif.

## LES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉVOLUTION DU TABAGISME FÉMININ

Alors que les dernières enquêtes menées en France auprès des adolescents montraient un rapprochement entre garçons et filles en termes de tabagisme, les données du Baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent indiquer une tendance à la baisse parmi les filles et inversement une hausse parmi les garçons, même si les évolutions ne sont pas significatives, de sorte que ces derniers apparaissent nettement plus fumeurs (26,5%) que les jeunes filles (20,7%). Les données de l'enquête ESCAPAD menée auprès de jeunes de 17 ans confirment une hausse de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2008 et 2011, aussi bien chez les garçons que chez les filles, sans toutefois retrouver son niveau de 2005 (Spilka *et al.* 2012). Elle présage peut-être une reprise du tabagisme masculin dont le déclin était observé à tous les âges depuis plusieurs décennies.

D'un autre côté, la hausse observée chez les femmes âgées de 45 à 65 ans pourrait correspondre à la génération ayant commencé à fumer au cours des deux décennies précédant la loi Évin, soit dans les années 1970-1980 et pour qui l'effet de l'âge ne suffirait pas à compenser un effet générationnel fort. En France comme en Europe, l'installation du tabagisme en tant qu'« innovation sociale » s'est faite historiquement à des périodes différentes selon les catégories de la population. Les premiers adeptes de la cigarette ont été les milieux les plus éduqués, suivis ensuite par une partie de plus en plus grande des milieux populaires, accompagnée et incitée par la publicité (Gallopel-Morvan 2003), la diversification de l'offre et le développement du commerce international de tabac (Dubois 2001, Graham 1996). Les femmes ont toujours été en retard sur les hommes dans ce processus de diffusion.

La dernière phase de ce processus est le recul du tabagisme dans tous les groupes sociaux, et ce recul a d'abord débuté dans les groupes qui ont été les premiers à s'initier au tabagisme, en l'occurrence les plus favorisés sur le plan économique et culturel. La France est entrée dans cette phase de recul à la suite des pays anglo-saxons (Lopez *et al.* 1994).

Parmi les femmes, la tendance se révèle cependant moins nette. Si le fait de fumer a pu à un moment donné être perçu comme un signe de modernité, d'émancipation et même comme une conquête du féminisme, ce n'est désormais plus le cas : le reflux du tabagisme féminin a commencé avec environ vingt ans de retard sur celui observé en population masculine. La relative reprise du tabagisme observée en 2010, pour l'instant visible chez les femmes, semble être davantage liée au

maintien dans le tabagisme de fumeuses anciennes qu'à l'arrivée de nouvelles générations où les fumeuses seraient plus nombreuses.

Au final, les éléments permettant d'expliquer au moins en partie la hausse entre 2005 et 2010 sont :

- une histoire du tabagisme féminin décalée de vingt ans par rapport au tabagisme masculin : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes, entrée accompagnée par les stratégies marketing de l'industrie du tabac développant des produits genrés.
- le fait que 45-65 ans soit une tranche d'âge plus « fragilisante » pour les femmes que pour les hommes et une période de la vie plus propice à une reprise du tabagisme, mais les données de l'enquête ne permettent pas d'explorer cette piste. Cette fragilité n'est pas nouvelle, mais il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre).
- le fait que cette génération de femmes ayant une propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme actif moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005.

## **TABAGISME ET PRÉCARITÉ : LA HAUSSE DES PRIX EN QUESTION**

De nombreuses études ont montré que des hausses de prix significatives entraînent une baisse de la prévalence tabagique, en amenant de nombreux fumeurs à arbitrer en faveur du gain financier occasionné par l'arrêt du tabagisme face au plaisir procuré par le tabac (Chaloupka *et al.* 2011). Les faibles hausses de prix (de l'ordre de 30 centimes en moyenne) intervenues entre 2005 et 2010 ne semblent pas avoir eu d'influence sur les décisions d'arrêt des fumeurs, car elles n'étaient probablement pas assez fortes pour être réellement efficaces.

La politique de lutte contre le tabagisme a connu des succès remarquables, depuis les années 1970 pour les hommes et les années 1990 pour les femmes. Cette amélioration globale n'a cependant pas touché toutes les populations de la même façon, en particulier les populations confrontées à la précarité financière et sociale. Le fait que ce soit parmi les chômeurs que l'on trouve la hausse de prévalence la plus forte entre 2005 et 2010 montre que les efforts à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales en matière de tabagisme restent conséquents.

Dans les études précédentes, la situation de chômage constituait déjà, parmi les variables étudiées, le principal frein à l'arrêt du tabac. Le niveau de diplôme ainsi que la PCS sont également associés au tabagisme, dans le sens d'une prévalence plus élevée parmi les catégories les moins favorisées.

Sauf à mettre en œuvre des dispositions particulières envers les populations précarisées, l'intensification de la lutte antitabac est susceptible d'entraîner un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme (Pampel 2003), en particulier parce que les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer (Jefferis et al. 2004, Remler 2004). Cela a été le cas en France au début des années 2000 (Peretti-Watel et al. 2007). Cette différenciation sociale pourrait s'expliquer par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans les milieux les plus précaires : les personnes peu diplômées, davantage présentes dans les classes défavorisées, seraient moins aptes à interpréter l'information préventive et à faire des choix optimaux, d'autant qu'une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé (ce qui peut apparaître tout à fait rationnel : un cadre s'inquiétera davantage de la nocivité du tabagisme qu'un ouvrier, car il s'attend à vivre plus longtemps, en meilleure santé et avec une meilleure retraite). Une autre explication serait que l'incapacité à se projeter dans l'avenir, qui résulte souvent d'une situation de précarité matérielle (Hoggart 1970), est un puissant déterminant du tabagisme et d'autres conduites addictives (Becker et Murphy 1988).

Cette différenciation résulterait également de l'adhésion à des croyances qui permettent de mettre le risque sanitaire et le discours préventif à distance (Oakes et al. 2004), croyances qui semblent plus prégnantes parmi les moins diplômés et les travailleurs manuels (Peretti-Watel et al. 2007). Plutôt que de simplement refléter une méconnaissance, ces croyances peuvent trouver un terreau favorable dans une méfiance à l'égard de l'autorité en général, et des autorités sanitaires en particulier. Cette méfiance fait partie intégrante de la culture populaire, de même qu'une forte valorisation du présent (Douglas 1994, Hoggart 1970), alors que la prévention suppose au contraire que les individus ciblés soient aptes à se projeter dans l'avenir.

Les personnes ayant une préférence pour le présent alliée à un pessimisme concernant leur avenir se caractérisent par un faible niveau de diplôme, une forte proportion d'ouvriers, d'employés, de bas revenus, ainsi qu'une forte prévalence tabagique (Peretti-Watel et al. 2007). En outre, le déni du risque (penser que les antécédents familiaux ou la vie au grand air protègent des maladies dues au tabac) et les attitudes critiques à l'égard de la lutte antitabac (jugée contraire à la liberté individuelle, moralisatrice et cantonnée à la défense des non-fumeurs) sont plus fréquents parmi les ouvriers, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et surtout celles qui sont peu diplômées. Dans le Baromètre cancer 2010, les personnes les moins diplômées étaient ainsi plus nombreuses à penser que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons » ou que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que fumer des cigarettes » (Guignard et al. 2012). Ce déni

et ces attitudes critiques sont aussi associés à une plus forte consommation de cigarettes (Peretti-Watel et al. 2009).

Enfin, l'usage de la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété associés à leur situation. Cet usage anxiolytique serait en partie une construction des milieux populaires au sein desquels la cigarette est considérée comme un produit de première nécessité, une ressource qui leur permet de « tenir le coup » et de tromper l'ennui. C'est parfois le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir, et certains considèrent même cette habitude comme un « loisir bon marché » (Constance et Peretti-Watel 2010, Peretti-Watel et Constance 2009).

Cependant, certaines études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les tentatives d'arrêt sont aussi fréquentes chez les fumeurs pauvres que chez les autres fumeurs, mais que les succès sont beaucoup plus rares chez les plus précaires (Jefferis et al. 2004, Remler 2004). Dans le Baromètre santé 2010 également, les chômeurs sont aussi nombreux que les travailleurs à avoir envie d'arrêter de fumer ou à avoir essayé d'arrêter dans l'année, alors que concrètement, comme le montrent les résultats de l'enquête, ils ont plus de mal à y parvenir, ce qui souligne l'importance de renforcer leur motivation à l'arrêt et de les soutenir dans leurs démarches d'arrêt.

Ces inégalités face à l'exposition à un risque majeur pour la santé nécessitent donc un investissement des pouvoirs publics d'autant plus important que cette situation s'ajoute à des situations sociales déjà difficiles. La hausse des prix du tabac pourrait en effet contribuer à paupériser une minorité de fumeurs. Schématiquement, les pauvres fument plus souvent, et les fumeurs pauvres fument davantage, alors même qu'ils peuvent moins se le permettre. C'est donc pour ces fumeurs que la lutte contre le tabagisme en général, et la hausse des prix des cigarettes en particulier, peut être le plus bénéfique. À condition, bien sûr, qu'ils arrêtent de fumer : dans le cas contraire, ce sont eux qui sont les plus pénalisés par la hausse des prix.

Ce constat ne doit pas freiner la lutte antitabac, mais il conduit à souligner la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre d'autres actions d'incitation à l'arrêt et/ou des actions spécifiques complémentaires, en direction des fumeurs des milieux défavorisés.

Depuis les années 1970 (loi Veil en 1976) et surtout depuis 1991 (loi Évin), d'importantes actions de prévention ont été menées (nombreuses campagnes d'information et de prévention, loi Évin, augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics). D'un point de vue opérationnel, il apparaît nécessaire d'étudier les résistances à l'arrêt du tabagisme dans les catégories sociales les moins éduquées afin de proposer des actions de prévention adaptées. Enfin, les populations les plus défavorisées socialement, et notamment les personnes

en situation de chômage, paraissent moins réceptives aux alertes informant de la nocivité du tabac. Les préoccupations concernant leur santé et les comportements à risque leur apparaissent probablement comme secondaires au regard des difficultés auxquelles elles sont confrontées au quotidien, de sorte que parmi elles le tabagisme est souvent considéré comme une ressource nécessaire pour faire face. La précarité professionnelle contribue sans doute également à amoindrir la capacité de projection dans l'avenir et donc la prise de conscience des conséquences futures de leurs conduites présentes.

## **MISE EN REGARD DES DONNÉES DE VENTE DE 2005 À 2010 ET DES ESTIMATIONS DE LA CONTREBANDE**

Après avoir connu une très forte baisse au cours des années 2001 à 2004, période de fortes hausses des prix des produits du tabac, le volume des ventes étant passé de 82,5 milliards de cigarettes manufacturées à 54,9 milliards, le niveau des ventes s'est relativement stabilisé entre 2005 et 2010, autour de 55 milliards de cigarettes vendues (OFDT 2011). On a pu toutefois noter une légère reprise des ventes : entre 2008 et 2010, les ventes sont passées de 53,6 milliards de cigarettes manufacturées vendues à 54,8 milliards, soit une augmentation de 2,2%.

Les ventes de tabac à rouler ont en revanche régressé sur la période 2008-2009 (-2%) avant de réaugmenter assez fortement (+5%) entre 2009 et 2010. Cette hausse a eu un impact limité au niveau global, car ce produit ne représentait que 12% environ du total des ventes de produits du tabac en 2010, soit un peu plus de 7 500 tonnes. Les augmentations de prix de janvier et de novembre 2009, qui ont renchéri le prix moyen du tabac à rouler de près de 60 centimes, sont probablement à l'origine de la baisse des ventes enregistrée entre 2008 et 2009, qui par ailleurs explique peut-être en partie la hausse des ventes de cigarettes manufacturées sur cette période. Les données du Baromètre santé 2010 indiquent toutefois que la part de consommateurs de tabac à rouler est stable par rapport à 2005. Ces mêmes données montrent en revanche une baisse de la part de fumeurs de cigares, cigarillos ou de pipe, baisse observée de manière quasi continue depuis 2004 d'après les données de vente.

Les hausses des prix ont également pour effet de générer une augmentation des volumes d'achats transfrontaliers (légaux) et de contrebande (délictueux). Plusieurs estimations de ces approvisionnements ont été proposées, à partir de la comparaison de l'évolution des ventes de cigarettes des zones frontalières et non frontalières françaises (Ben Lakhdar 2005), ou par l'industrie du tabac. Les dernières estimations font état d'environ une cigarette sur cinq achetée à l'étranger (Ben Lakhdar 2011). Pour les industriels du tabac, l'augmentation des ventes en 2009 ne serait pas synonyme de hausse de la consommation, mais serait due à une baisse parallèle des achats transfrontaliers (légaux ou non) de

l'ordre de 7 %, du fait de divers facteurs tels que la hausse des prix en Espagne et en Belgique ou les opérations ciblées des douanes françaises.

## **MISE EN REGARD DES DONNÉES DE VENTE DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC DE 2005 À 2010**

Le marché des traitements pour l'arrêt du tabac avait connu une hausse importante en 2007 par rapport à 2005 et 2006 (essentiellement du fait de l'arrivée du Champix® (varénicline), et aussi de la progression des formes orales et des timbres transdermiques ou patchs, remboursés à hauteur de 50 euros par an et par personne à partir de février 2007). Il est redescendu en 2008 (à un niveau toujours supérieur à 2006 et 2007), les patchs et le Champix® déclinant de façon équivalente, mais avec une légère hausse des formes orales.

En 2009, le Champix® a accusé une diminution de 30 % de ses ventes, mais la progression des formes orales (+9 %) et des patchs (+8 %) a permis au marché global de se maintenir et même de très légèrement progresser par rapport à 2008. La hausse des ventes de substituts nicotiques observée entre 2009 et 2010 est en revanche plus importante (+8 %) (OFDT 2011). La prise de Champix®, relativement cher, et disponible uniquement sur ordonnance au contraire des substituts nicotiques, pourrait par ailleurs être associée à un risque d'idées suicidaires (Gunnell *et al.* 2009, Moore et Furberg 2009). Il n'est d'ailleurs plus remboursé depuis juin 2011. Enfin, le Zyban® (bupropion), en baisse depuis 2007, continue son déclin, avec une diminution de 9,4 %. Sa part de marché, désormais très faible, évolue peu (1,6 % en 2009 contre 1,4 % en 2008).

## **MISE EN REGARD DES APPELS TRAITÉS PAR LA LIGNE TABAC INFO SERVICE (TIS) DE 2005 À 2010**

Tabac info service (TIS) est un dispositif téléphonique et Internet d'information, de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac piloté par l'INPES. La ligne téléphonique, 39 89, est accessible du lundi au samedi, de 8 h 00 à 20 h 00. Elle a été créée en 1998. Depuis 2003, la ligne est organisée en deux niveaux : en premier niveau, des téléconseillers répondent aux questions simples sur le tabac, et mettent en relation les fumeurs souhaitant être accompagnés pour arrêter de fumer avec des tabacologues, qui constituent le second niveau de la ligne. Ils assurent un accompagnement sur plusieurs entretiens, qui vise à renforcer la motivation, définir les modalités d'arrêt, prévenir les rechutes. En mai 2009, un numéro court a été substitué au numéro à dix chiffres, afin d'en faciliter la mémorisation. Depuis avril 2011, ce numéro apparaît sur l'ensemble des paquets de cigarettes contre 1 sur 14 avant cette date.

En 2005, le nombre d'appels à cette ligne a fortement diminué par rapport à 2004, passant de 45 454 à 34 029. Jusqu'en 2008, où 21 565 appels ont été traités en niveau 1, la baisse de l'affluence a été quasi continue. En 2009, une hausse importante du nombre d'appels a été enregistrée (35 115 appels), vraisemblablement due à la création du numéro court et à la campagne le mentionnant. Le nombre d'appels traités en 2010 est encore plus important (50 127 appels)<sup>36</sup>. Parmi ces appelants accueillis en niveau 1, plus de la moitié sont redirigés vers un tabacologue, une proportion en hausse régulière depuis 2008. Cette augmentation de la proportion de fumeurs suivis de façon proactive par un tabacologue correspond au souhait de l'INPES de rapprocher les pratiques sur la ligne de celles considérées comme efficaces selon la littérature (Nguyen-Thanh et Arwidson 2012).

Par ailleurs, en 2005, l'INPES a lancé un site Internet [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) proposant notamment un coaching d'aide personnalisée à l'arrêt du tabac. En 2011, près de 668 000 visites ont été dénombrées sur le site et 17 585 fumeurs souhaitant arrêter de fumer ou diminuer leur consommation se sont inscrits au coaching.

## CONCLUSION

Les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008, si elles présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme tout court. Ainsi, la baisse du tabagisme observée en population masculine depuis les années 1970 semble désormais enrayée entre 2005 et 2010, et on assiste même à une reprise du tabagisme féminin concernant en particulier les femmes nées entre 1945 et 1965.

À l'inverse, parmi les plus jeunes, l'écart entre les sexes qui diminuait depuis plusieurs décennies pourrait à nouveau se creuser sous le coup d'une reprise du tabagisme des garçons. Les enquêtes récentes menées auprès des adolescents confirment ce qui semble être une hausse du tabagisme des jeunes observée dans le Baromètre santé, et qui fait suite à une forte baisse observée depuis la fin des années 1990 (Beck *et al.* 2007, Legleye *et al.* 2008).

La mise en place en avril 2011 en France des avertissements sanitaires s'appuyant sur des images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes), ayant plus d'impact que les avertissements textuels sur l'attractivité du paquet (Borland *et al.* 2009, Hammond *et al.* 2007), ou encore l'instauration de paquets neutres (sans marque ni logo)<sup>37</sup> constituent des outils de dénormalisation

36 En 2011, le nombre d'appels traités a légèrement régressé (49 733).

37 L'Australie est le premier pays au monde à avoir imposé les paquets neutres en 2012.

du tabagisme, car elles affaiblissent les stratégies marketing développées par l'industrie du tabac. Mais elles doivent s'accompagner d'une politique intégrée de lutte antitabac pour parvenir à enrayer la hausse du tabagisme en France (Hitchman et al. 2012).

Au regard des évolutions par niveau d'éducation et catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, ou à tout le moins se maintenir, les personnes en situation de chômage, celles ayant un niveau baccalauréat ou inférieur et les employés et ouvriers constituant des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S., « Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques », *Médecine/science*, n° 23, 2007, p. 1162-1168.
- Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L., « Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 59, 2011, p. 285-294.
- Beck F., Guignard R., Richard J. B., Wilquin J., Peretti-Watel P., « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », *BEH*, 2011, p. 230-233.
- Beck F., Legleye S., « Tabagisme passif au domicile », dans *Baromètre santé environnement 2007*, Saint-Denis, INPES, 2008, p. 171-186.
- Beck F., Richard J. B., Dumas A., Simmat-Durand L., Vandentorren S., « Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes », *La Santé en action*, n° 423, 2013, p. 5-7.
- Becker G. S., Murphy K. M., « A theory of rational addiction », *The Journal of Political Economy*, n° 96, 1988, p. 675-700.
- Ben Lakhdar C., « Contrebande et ventes de tabac 1999-2004. Comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non frontalières », *Tendances*, n° 44, 2005, p. 1-6.
- Ben Lakhdar C., « Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007 », *Tendances*, n° 75, 2011, p. 1-6.
- Borland R., Wilson N., Fong G. T., Hammond D., Cummings K. M., Yong H. H., Hosking W., Hastings G., Thrasher J., McNeill A., « Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years », *Tobacco Control*, n° 18, 2009, p. 358-364.
- Chaloupka F. J., Straif K., Leon M. E., « Effectiveness of tax and price policies in tobacco control », *Tobacco Control*, n° 20, 2011, p. 235-238.
- Constance J., Peretti-Watel P., « La cigarette du pauvre », *Ethnologie française*, n° 40, 2010, p. 535-542.
- Doll R., Peto R., « Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationship among regular smokers and lifelong non-smokers », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 32, 1978, p. 303-313.
- Douglas M., *Risk and Blame, Essays in Cultural Theory*, Londres, Routledge, 1994, 233 p.
- Dubois G., « Consommation de tabac en France et en Europe, bilan et perspectives », dans *Le Tabagisme. De la prévention au sevrage*, Paris, Masson, 2001, p. 10-16.
- Etter J. F., Sutton S., « Assessing "stage of change" in current and former smokers », *Addiction*, n° 97, 2002, p. 1171-1182.

- Gallopel-Morvan K., « Le packaging des cigarettes : fonctions et utilisations dans les stratégies de l'industrie », *Santé sans tabac*, n° 151, 2003.
- Graham H., « Smoking prevalence among women in the European community 1950-1990 », *Social Science & Medicine*, n° 43, 1996, p. 243-254.
- Guignard R., Beck F., Deutsch A., « Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques face au cancer », dans *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, 2012, p. 100-124.
- Guignard R., Beck F., Obradovic I., « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes », dans *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, 2011, p. 176-201.
- Gunnell D., Irvine D., Wise L., Davies C., Martin R., « Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database », *BMJ*, n° 339, 2009.
- Hammond D., Fong G. T., Borland R., Cummings K. M., McNeill A., Driezen P., « Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the international tobacco control four country study », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 32, 2007, p. 202-209.
- Haute Autorité de santé, « Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière », *HAS*, Saint-Denis, 2007, 60 p.
- Heatherton T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., Fagerström K., « The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire », *British Journal of Addiction*, n° 86, 1991, p. 1119-1127.
- Hitchman S. C., Mons U., Nagelhout G. E., Guignard R., McNeill A., Willemsen M. C., Driezen P., Wilquin J.-L., Beck F., Du-Roscôt E., « Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings: findings from four countries », *European Journal of Public Health*, n° 22, 2012, p. 693-699.
- Hoggart R., *La Culture du pauvre*, Les Éditions de Minuit, 1970, 424 p.
- Hyland A., Hughes J. R., Farrelly M., Cummings K. M., « Switching to lower tar cigarettes does not increase or decrease the likelihood of future quit attempts or cessation », *Nicotine & Tobacco Research*, n° 5, 2003, p. 665-671.
- Jefferis B. J., Power C., Graham H., Manor O., « Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort », *Journal of Public Health*, n° 26, 2004, p. 13-18.
- Kennedy R. D., Behm I., Craig L., Thompson M. E., Fong G. T., Guignard R., Beck F., « Smoking cessation counseling from health care providers before and after the national smoke-free law: Findings from the ITC France Study », *European Journal of Public Health*, n° 22, 2012, p. 23-28.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O., « Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005 », *BEH*, 2008, p. 94-96.
- Lepège A., Écosse E., Verdier A., Perneger T., « The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation », *Journal of Clinical Epidemiology*, n° 51, 1998, p. 1013-1023.
- Lopez A. D., Collishaw N. E., Piha T., « A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries », *Tobacco Control*, n° 3, 1994, p. 242-247.
- Mons U., Nagelhout G. E., Allwright S., Guignard R., Van Den Putte B., Willemsen M. C., Fong G. T., Brenner H., Pötschke-Langer M., Breitling L. P., « Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys », *Tobacco Control*, n° 22, 2013, p. 2-9.
- Moore T. J., Furberg C. D., « Varenicline and suicide. Risk of psychiatric side effects with varenicline », *BMJ*, n° 339, 2009, p. b4964.
- Nguyen-Thanh V., Arwidson P., « Aide à l'arrêt du tabac par téléphone : efficacité et organisation », *Alcoologie et addictologie*, n° 34, 2012, p. 223-230.
- Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L., « "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? », *Preventive Medicine*, n° 39, 2004, p. 776-782.
- OFDT, *Tabagisme et arrêt du tabac en 2010. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 5 p.
- Pampel F. C., « Age and education patterns of smoking among women in high-income nations », *Social Science & Medicine*, n° 57, 2003, p. 1505-1514.

- Peretti-Watel P., « Demain, j'arrête... Portraits statistiques des fumeurs "dissonants" », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51, 2003, p. 215-226.
- Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L., « Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé », dans *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES, 2007, p. 77-110.
- Peretti-Watel P., Constance J., « "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases », *Int J Environ Res Public Health*, n° 6, 2009, p. 608-621.
- Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.-P., « Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey », *Tobacco Control*, n° 16, 2007, p. 351-356.
- Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F., « Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? », *Addiction*, n° 104, 2009, p. 1718-1728.
- Projet ITC, *Rapport national ITC France. Résultats de la deuxième vague*, université de Waterloo, Canada, INPES, Saint-Denis, France, INCa, Boulogne-Billancourt, France, 2011, 32 p.
- Remler D. K., « Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity », *American Journal of Public Health*, n° 94, 2004, p. 225.
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, 2012, p. 1-4.
- Stead L. F., Bergson G., Lancaster T., « Physician advice for smoking cessation », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 2, 2008.
- Tilloy E., Cottel D., Ruidavets J.-B., Arveiler D., Ducimetière P., Bongard V., Haas B., Ferrières J., Wagner A., Bingham A., « Characteristics of current smokers, former smokers, and second-hand exposure and evolution between 1985 and 2007 », *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, n° 17, 2010, p. 730-736.
- Zeitlin J., Mohangoo A., *European Perinatal Health Report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies*, 2008, 282 p.

# Alcool



## Résumé

Parmi les 15-85 ans, 6% des personnes interrogées déclarent ne jamais avoir bu d'alcool au cours de leur vie, et 14% ne pas en avoir bu au cours de l'année. Les hommes sont plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement (19% contre 7% des femmes), ou de manière hebdomadaire (43% vs 28% des femmes). Le vin est le produit le plus consommé à une fréquence hebdomadaire (38%), suivi de la bière (18%), des alcools forts (15%) et des autres alcools (9%).

Parmi les 15-75 ans, 19% des personnes interrogées déclarent avoir été ivres au cours des douze derniers mois, 8% au moins trois fois. La survenue d'ivresses s'observe essentiellement chez les jeunes adultes : 45% des 20-25 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours de l'année concerne pour sa part 34% des 15-85 ans (50% des hommes, 20% des femmes), 5% à un rythme hebdomadaire. L'API apparaît également plus fréquente parmi les 20-25 ans : plus d'un jeune sur deux (52%) a connu un tel épisode au cours de l'année, près d'un tiers (29%) tous les mois. Les sex-ratios (SR) concernant les ivresses ou les API sont les plus faibles entre 15 et 25 ans, confirmant un rapprochement de genre observé à l'adolescence.

Selon l'Audit-C, 9% des personnes (15% des hommes vs 3% des femmes) peuvent être considérées comme à risque chronique ou de dépendance.

Parmi les hommes, une telle pratique s'avère plus élevée parmi les artisans et commerçants et les agriculteurs, relativement aux cadres, tandis que chez les femmes, les cadres et les artisans sont les plus concernés, à l'inverse des professions intermédiaires, employées et ouvrières. Un niveau de diplôme supérieur au bac influe inversement entre hommes et femmes, puisqu'il est protecteur pour les hommes et facteur de consommation à risque pour les femmes. Plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de l'alcool convergent. Les autres facteurs associés interviennent de manière identique selon le genre : difficulté financière, chômage, personnes vivant seules, âge précoce de première ivresse.

En termes d'évolutions, nos résultats confirment la baisse de l'usage quotidien d'alcool : en vingt ans, la part de buveurs quotidiens est passée de 24% en 1992 à 11% en 2010.

Les ivresses (+5 points) et les API (+2 points) au cours de l'année apparaissent plus fréquentes qu'en 2005. Les évolutions les plus prononcées s'observent parmi les jeunes hommes de 26-30 ans, 40% rapportant des API mensuelles (27% en 2005), et parmi les jeunes femmes de 20-25 ans, passant de 11% en 2005 à 17% en 2010. Les ivresses déclarées ont augmenté quel que soit le statut d'activité, mais de manière plus prononcée parmi les chômeurs et les étudiants : 51% de ces derniers ont connu au moins une ivresse en 2010 (32% en 2005). Mesurées depuis 1992, les ivresses se révèlent pour la première fois en augmentation en 2010.

Si les ivresses demeurent un comportement majoritairement masculin, une tendance au rapprochement de ces comportements, essentiellement au sein des 20-34 ans, est observée : quel que soit l'âge, les SR sont les plus bas enregistrés depuis 2000.

L'âge moyen de la première ivresse (19,0 ans) apparaît stable depuis 2005. En cohérence avec les enquêtes menées en population adolescente, nos résultats n'indiquent pas de rajeunissement de l'expérimentation de l'ivresse.

## INTRODUCTION

La consommation d'alcool est un comportement particulièrement important à observer, au regard croisé de son ancrage dans la culture culinaire et festive française et des risques qu'elle peut représenter pour la santé, aussi bien à court terme qu'à moyen et long terme, pour le buveur et son environnement, qu'elle relève d'un usage ponctuel ou régulier.

Dans plusieurs études récentes, l'alcool a été positionné parmi les drogues les plus nocives en termes de dommages physiques, sociaux, et de dépendance (Nutt *et al.* 2007, Roques 1998, Van Amsterdam *et al.* 2010). La boisson alcoolique est cancérigène pour l'homme et est associée à des tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures (VADS : pharynx, larynx, œsophage et cavité buccale), elle augmente le risque de cirrhose, de cancer du foie, du colon-rectum, et du sein chez les femmes (Baan *et al.* 2007, Hill 2000, INCa et NACRe 2007). Pour tous ces cancers, le risque augmente avec la quantité d'alcool consommée, même si la force de la relation varie selon la localisation des cancers (Rehm *et al.* 2010). La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabac (Académie nationale de médecine *et al.* 2007), les principales causes de décès étant les cancers, les cirrhoses, les psychoses et dépendances alcooliques, les accidents de la route. Dans le monde, elle serait responsable de plus de 2,5 millions de morts par an (World Health Organization 2011). En France, 49 000 décès en 2009 seraient attribuables à l'alcool, soit 9 % des 535 000 décès (Guérin *et al.* 2013).

Outre les impacts en termes de morbidité et de mortalité, les mésusages de l'alcool ont des conséquences sociales dans les sphères privée et professionnelle. L'alcool est, avec la vitesse, un des premiers facteurs d'accidents de la circulation. En 2009, la proportion des accidents corporels dont au moins un conducteur présente un taux d'alcool supérieur au taux légal s'élève à 10,6 %, et à 29,6 % dans le cas d'accidents mortels (ONISR 2009).

Les dommages sociaux associés à la consommation d'alcool ont fait l'objet de nombreuses études, dont il ressort qu'une consommation abusive d'alcool augmente la gravité de certains délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, les risques d'incivilités et d'agressions, les risques d'actes violents et de violences conjugales et domestiques (Bègue 2008, INSERM 2003, Klingemann 2001, Pérez-Díaz et Huré 2006, Pérez-Díaz et Huré 2011). En milieu professionnel, les répercussions de la consommation d'alcool sont multiples : survenue d'accidents du travail (l'alcool en serait responsable de 10 à 20 % (INSERM 2003)); absentéisme par arrêts répétitifs (à la suite d'alcoolisations aiguës) ou de plus longue durée; baisse de concentration, erreurs répétées, perte globale de

productivité (Klingemann 2001). Enfin, les conséquences de la consommation d'alcool peuvent nuire au développement de l'enfant : syndrome d'alcoolisation fœtale, mauvais traitements, délaissement et isolement...

Les facteurs de risques associés à l'usage problématique de l'alcool sont multiples et varient selon l'âge et le genre, parfois simultanément, confirmant le caractère complexe et multifactoriel de ce comportement. Durant l'enfance et l'adolescence, milieu social favorisé mais aussi environnement familial et socioculturel conflictuel, famille recomposée ou monoparentale, la précocité de la première expérience et de l'entrée dans la consommation excessive étant un facteur aggravant, semblent favoriser l'entrée dans une consommation problématique (DeWit *et al.* 2000, Hawkins *et al.* 1997, Legleye *et al.* 2008, Legleye *et al.* 2009). Parmi les adultes, les facteurs psychosociaux associés à la consommation d'alcool sont en partie différents chez les hommes et les femmes. La vulnérabilité sociale, le chômage semblent augmenter la probabilité de consommation d'alcool à risque. Toutefois, l'élévation dans l'échelle sociale se traduit globalement par une diminution de la consommation régulière d'alcool pour les hommes, mais par une augmentation pour les femmes. Plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de l'alcool convergent. Le rapprochement des pratiques entre hommes et femmes semble aller de pair avec une dynamique d'uniformisation des rôles sociaux, plus importante dans les classes favorisées que dans les classes populaires (Beck *et al.* 2009, Com-Ruelle *et al.* 2008, Legleye et Beck 2007).

Les données du Baromètre santé 2010 permettent d'analyser l'évolution des comportements des Français vis-à-vis de l'alcool, de la représentation qu'ils s'en font. La répétition dans le temps d'une telle enquête, ainsi que la taille importante de l'échantillon, offrent la possibilité de suivre des comportements précis tels que l'évolution de la précocité de l'usage et son lien avec la consommation future, l'alcoolisation ponctuelle parmi les jeunes adultes, les usages à risque dans certains sous-groupes : personnes en grande précarité, situation de chômage, d'isolement, étudiants... En qualifiant les comportements actuels, leurs évolutions et leurs déterminants, ces résultats pourront ainsi aider à orienter les actions des pouvoirs publics, notamment dans la perspective de réduire les inégalités sociales de santé.

## Indicateurs de consommation d'alcool

---

Les indicateurs utilisés pour le suivi de la consommation d'alcool sont les suivants :

- consommation au cours des douze derniers mois : au moins une fois / hebdomadaire / quotidienne.
- épisodes d'ivresse au cours des douze derniers mois : au moins une fois (ivresse année) / au moins trois fois (ivresses répétées) / au moins dix fois (ivresses régulières).
- alcoolisation ponctuelle importante (API), correspondant au fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion, au cours des douze derniers mois : aucune, occasionnelle (moins d'une fois par mois), mensuelle (au moins une fois par mois), hebdomadaire (au moins une fois par semaine).
- Audit complet : indicateur synthétique d'alcoolisation à risque.
- Audit-C : indicateur synthétique d'alcoolisation à risque en trois items.

## Audit complet et Audit-C

Les niveaux d'usage problématique au sein de la population peuvent être déterminés grâce à l'utilisation de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit), élaboré sous l'égide de l'OMS (Saunders *et al.* 1993), et à sa version simplifiée (Audit-C) qui utilise uniquement les trois premières questions sur les dix de la version intégrale (Bush *et al.* 1998). La version complète de l'Audit est conçue pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur, en termes de santé physique ou mentale. L'Audit-C permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, défini par au moins une API dans l'année et qui expose à des risques spécifiques en particulier chez les jeunes, ainsi que l'usage à risque chronique et la dépendance. L'usage à risque chronique ou de dépendance est défini par le fait de boire plus de 21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par semaine pour les femmes, ou de déclarer boire 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine.

---

# RÉSULTATS

## LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN 2010

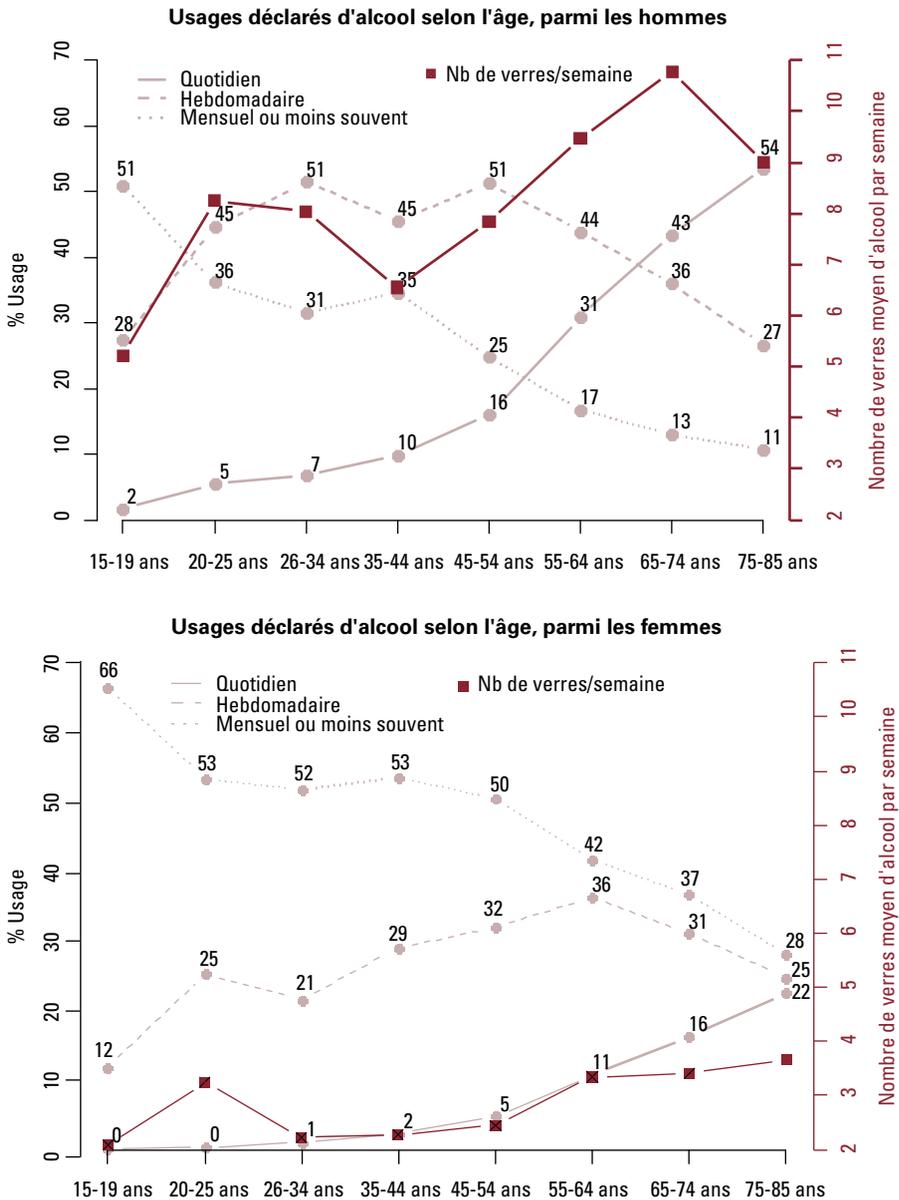
### Fréquences de consommation par sexe et âge

Parmi les 15-85 ans, 5,7% des personnes interrogées déclarent ne jamais avoir bu d'alcool au cours de leur vie, et 14,2% ne pas en avoir bu au cours de l'année. Les fréquences de consommation diffèrent fortement avec l'âge. Les 15-19 ans ont majoritairement une consommation mensuelle d'alcool (58%), et c'est toujours celle-ci qui prédomine jusqu'à 45 ans. Entre 45 et 74 ans, la consommation hebdomadaire est la plus fréquente, tandis que la consommation devient majoritairement quotidienne parmi les 75-85 ans.

Alors que les fréquences de consommation paraissent relativement stables entre 20 et 44 ans, l'usage quotidien d'alcool augmente fortement à partir de cet âge, passant de 10% des 45-54 ans à 35% des 75-85 ans.

Les fréquences de consommation d'alcool diffèrent également fortement selon le sexe. Les hommes sont plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement (18,9% vs 6,9% des femmes), ou de manière hebdomadaire (43,4% vs 27,8% des femmes). Au global, près des deux tiers des hommes boivent au moins une fois par semaine (62,3%), pour seulement un peu plus d'un tiers des femmes (34,7%).

**FIGURES 1 et 2 : Fréquences de consommations d'alcool selon l'âge, et nombre de verres moyen d'alcool par semaine, pour les hommes et pour les femmes**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Les différences de comportements entre hommes et femmes s'observent quel que soit l'âge. Les femmes ont à tout âge une consommation majoritairement mensuelle, la consommation hebdomadaire augmentant légèrement entre 20 et 64 ans et la consommation quotidienne n'augmentant progressivement qu'à partir de 45 ans pour concerner 22% des 75-85 ans. Parmi les hommes, la consommation hebdomadaire est la plus fréquente dès l'âge de 20 ans, et la consommation quotidienne augmente très fortement au-delà de 40 ans pour devenir la plus courante entre 65 et 85 ans et concerner plus de la moitié des plus âgés (54% des 75-85 ans).

### **Quantités bues par sexe et par âge**

À partir de la fréquence de consommation et du nombre de verres bus à chaque occasion, il est possible d'estimer un nombre moyen de verres bus par semaine. Les personnes ayant bu de l'alcool au cours de l'année ont déclaré consommer en moyenne 5,5 verres par semaine (8,1 verres pour les hommes contre 2,8 verres pour les femmes).

L'évolution de la quantité bue par semaine en fonction de l'âge permet de mettre en évidence des comportements assez différents (figures 1 et 2). Entre 15 et 44 ans, chez les hommes comme chez les femmes, un pic de quantités bues est atteint entre 20 et 25 ans (8,2 verres par semaine pour les hommes, 3,2 verres pour les femmes), alors même que la consommation est encore principalement hebdomadaire ou mensuelle. Parallèlement, parmi les 75-85 ans, âge auquel plus de la moitié de la population masculine boit quotidiennement, le nombre de verres hebdomadaires n'est qu'à peine supérieur, avec 9 verres par semaine, reflétant ainsi une consommation plus courante mais plus modérée en volume d'alcool bu à chaque occasion. De la même façon, parmi les femmes de 55-85 ans, alors que la consommation quotidienne est de plus en plus courante, la quantité moyenne d'alcool bue par semaine est presque identique à celle des jeunes adultes (3,5 verres contre 3,2 pour les 20-25 ans). Le pic de consommation est atteint parmi les hommes de 65-74 ans, avec 10,8 verres par semaine.

Se dégagent de ces premiers résultats un profil de jeunes adultes ayant une consommation forte et ponctuelle et un profil plus âgé de consommation courante et plutôt modérée.

## Boissons consommées par sexe et âge

**TABLEAU 1 : Fréquences de consommation des principaux types d'alcool, parmi les 15-85 ans, par sexe (en %)**

	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Vin</b>			
Année	79,1	66,5	72,6
Au moins hebdomadaire	48,5	28,8	38,3
<b>Bière</b>			
Année	70,5	34,0	51,5
Au moins hebdomadaire	30,1	6,6	17,9
<b>Alcools forts</b>			
Année	68,5	41,5	54,4
Au moins hebdomadaire	24,5	7,1	15,4
<b>Autres alcools</b>			
Année	68,6	69,8	69,2
Au moins hebdomadaire	10,3	7,7	8,9

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Parmi les 15-85 ans, la boisson la plus consommée au cours de l'année est le vin (72,6%), suivi des autres alcools<sup>38</sup> (69,2%), des alcools forts (54,4%) et de la bière (51,5%). Le vin est également le produit le plus consommé à une fréquence hebdomadaire (38,3%), mais suivi cette fois-ci de la bière (17,9%), des alcools forts (15,4%) et des autres alcools (8,9%).

Parmi les femmes, le vin est de très loin le produit consommé le plus fréquemment, 28,8% en boivent au moins une fois par semaine, les autres types d'alcools étant consommés à une telle fréquence par moins d'une femme sur dix (tableau 1).

Ces résultats sur l'ensemble de la population masquent de fortes différences d'usage suivant les âges. La consommation hebdomadaire de vin suit une progression constante avec l'avancée en âge, passant de 7,9% des 15-19 ans à 57,6% des 65-74 ans. Parmi les 15-25 ans, les différences de consommation entre types d'alcool sont bien moins marquées que chez les plus âgés. Le vin est déjà un produit présent, demeurant le produit le plus consommé de façon au moins hebdomadaire parmi les jeunes filles, mais se révèle chez les jeunes garçons nettement moins consommé que la bière ou les alcools forts (tableau 2).

<sup>38</sup> Les autres alcools incluent par exemple le cidre, le champagne, le porto...

**TABEAU 2 : Fréquences de consommation des principaux types d'alcool, parmi les 15-25 ans, par sexe**

	15-25 ans		
	Homme	Femme	Ensemble
<b>Vin</b>			
Année	55,0	47,8	51,4
Au moins hebdomadaire	17,5	10,6	14,1
<b>Bière</b>			
Année	69,6	43,2	56,4
Au moins hebdomadaire	32,1	7,9	20,0
<b>Alcools forts</b>			
Année	65,9	53,3	59,6
Au moins hebdomadaire	22,8	8,4	15,6
<b>Autres alcools</b>			
Année	60,9	61,7	61,3
Au moins hebdomadaire	8,5	5,5	7,0

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

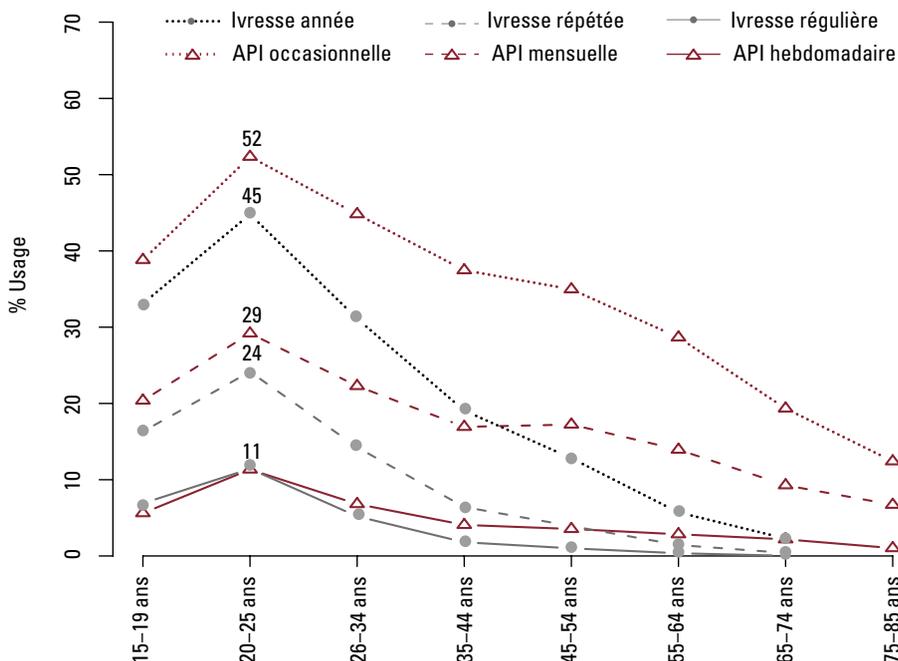
## IVRESSE ET API PAR SEXE ET ÂGE

Ivresse et API renvoient à des modes de consommation similaires, mais les API se distinguent ainsi de la notion subjective d'ivresse par une quantification factuelle, même si celle-ci n'échappe pas à une certaine subjectivité, notamment sur la notion d'« occasion ».

Parmi les 15-75 ans<sup>39</sup>, 19,1 % des personnes interrogées déclarent avoir été ivres au cours des douze derniers mois, 8,1 % de manière répétée (au moins trois fois), 3,1 % de manière régulière (au moins dix fois), avec de fortes différences selon le sexe et l'âge : 27,6 % des hommes rapportent avoir connu au moins un épisode d'ivresse contre 11,1 % des femmes, 13,0 % de façon répétée et 5,3 % de façon régulière, contre respectivement 3,6 % et 0,9 % des femmes.

La survenue d'ivresses s'observe essentiellement chez les jeunes adultes : 45,0 % des 20-25 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année, et un sur dix (11,0 %) au moins dix fois. À partir de cet âge, progressivement, les épisodes d'ivresse deviennent de moins en moins fréquents. Parmi les 35-44 ans, les ivresses, tout en demeurant présentes (19,1 % ont été ivres au cours de l'année), apparaissent plus épisodiques (6,4 % d'ivresses répétées, 1,8 % d'ivresses régulières) (figure 3).

<sup>39</sup> Les questions relatives à l'ivresse n'ont pas été posées au-delà de 75 ans.

**FIGURE 3 : Fréquences de survenue des ivresses et API, selon l'âge**

Note de lecture : les fréquences des API et des ivresses sont emboîtées. Par exemple, toutes les personnes ayant une fréquence hebdomadaire sont comptabilisées dans les fréquences mensuelles.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La survenue d'API concerne pour sa part 34,3% des 15-85 ans (49,7% des hommes et 20,1% des femmes), dont 4,5% à un rythme hebdomadaire (7,6% des hommes, 1,7% des femmes). Elle suit une tendance similaire à celle de l'ivresse selon l'avancée en âge. Cependant, la diminution apparaît plus lente, signe probable que ce type de consommation s'inscrit petit à petit avec l'âge dans une habitude de consommation, qui ne mène pas forcément à l'ivresse, davantage que dans une recherche d'ivresse.

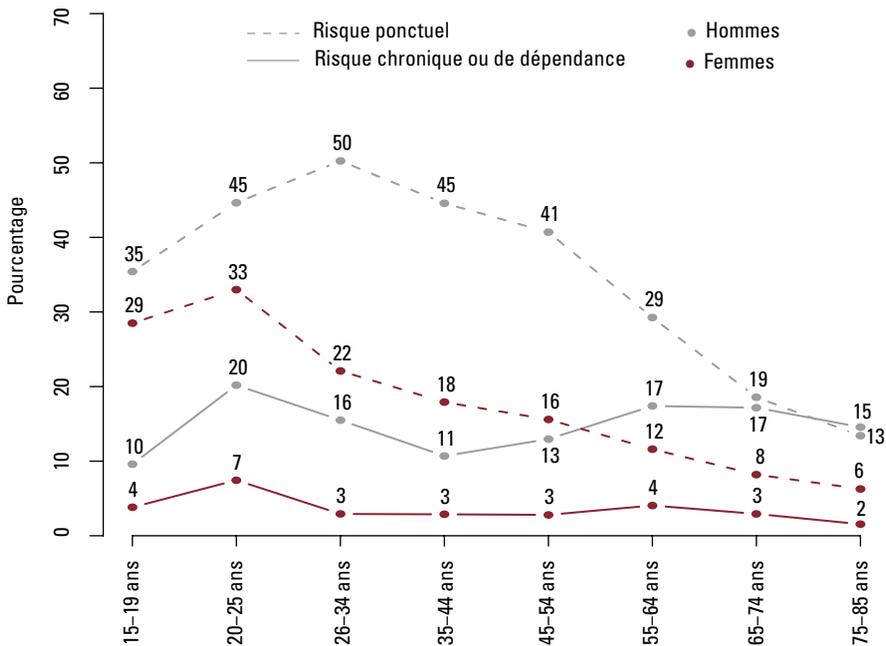
De même que pour l'ivresse, l'API apparaît plus fréquente parmi les 20-25 ans, puisque plus d'un jeune sur deux (52,4%) a connu un tel épisode au cours de l'année, près d'un tiers (29,1%) tous les mois, et un sur dix toutes les semaines (11,3%).

Si la consommation d'alcool dans son ensemble concerne bien plus fréquemment la population masculine, les différences de genre, estimées par des sex-ratios (SR), évoluent avec l'âge. Ainsi, les SR concernant les ivresses ou les API sont les plus faibles entre 15 et 25 ans. Il apparaît ici que les jeunes générations adoptent un comportement nettement moins différencié selon le sexe.

## LES CONSOMMATIONS À RISQUE

Parmi les 15-85 ans, selon l’Audit-C, 26,6% des personnes peuvent être considérées comme à risque ponctuel et 8,8% à risque chronique ou de dépendance. Ces consommations à risque sont à nouveau nettement plus fréquentes chez les hommes, pour le risque ponctuel (36,9% vs 17,1% des femmes) et surtout pour le risque chronique ou de dépendance (14,6% vs 3,4% des femmes).

**FIGURE 4 : Distribution des consommations à risque selon l’Audit-C, selon le sexe et l’âge**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La consommation à risque ponctuel suit une tendance différente selon le sexe. Parmi les femmes, elle s’avère maximale entre 15 et 25 ans pour diminuer progressivement et ne plus concerner qu’une femme sur dix entre 55 et 74 ans. Parmi les hommes, ce type de consommation est le plus rencontré entre 26 et 34 ans et demeure fréquent jusqu’à 45-54 ans, tranche d’âge à laquelle il concerne encore plus de quatre hommes sur dix (41 %), pour ensuite diminuer rapidement parmi les plus âgés (figure 4).

Le risque chronique ou de dépendance, presque exclusivement masculin, se révèle particulièrement élevé parmi les 20-25 ans, mais, à la différence du risque ponctuel, concerne également les plus âgés. En effet, si 11% des hommes de 35-44 ans sont concernés par ce risque, ils sont encore 17% parmi les 65-74 ans et 15% parmi les 75-85 ans.

**TABLEAU 3 : Facteurs associés à la consommation à risque parmi les 15-75 ans, pour les hommes et pour les femmes**

Variables	Consommation à risque chronique ou dépendant (vs les autres)							
	Hommes				Femmes			
	N	%	ORa	IC	N	%	ORa	IC
<b>Âge</b>		***				***		
15-19 ans	773	10,6	0,7*	[0,5-0,9]	774	4,5	1,7*	[1,1-2,7]
20-25 ans	1 079	20,2	1,4***	[1,2-1,7]	1 168	6,1	1,9***	[1,3-2,6]
26-34 ans (réf.)	1 747	14,8	- 1 -		2 092	3,2	- 1 -	
35-44 ans	2 503	10,3	0,7***	[0,6-0,8]	2 830	2,8	0,9	[0,7-1,3]
45-54 ans	2 043	12,8	0,8*	[0,7-1,0]	2 560	3,3	1,2	[0,8-1,6]
55-64 ans	2 100	18,5	1,3**	[1,1-1,6]	2 884	4,5	1,6**	[1,2-2,2]
65-74 ans	1 201	16,7	1,1	[0,9-1,4]	1 682	3,2	1,2	[0,8-1,7]
<b>PCS</b>		***				***		
Agriculteurs exploitants	289	19,7	1,4*	[1,0-2,0]	198	2,0	0,4	[0,1-1,1]
Artisans...	844	19,7	1,5***	[1,2-1,9]	575	5,7	1,0	[0,7-1,5]
Cadres... (réf.)	2 653	12,4	- 1 -		2 141	5,7	- 1 -	
Professions intermédiaires	2 958	12,6	0,9	[0,8-1,1]	4 040	3,4	0,6***	[0,4-0,7]
Employés	1 427	13,0	0,8	[0,7-1,0]	5 329	3,1	0,6***	[0,4-0,7]
Ouvriers	3 275	17,1	1,1	[0,9-1,3]	1 707	3,5	0,6**	[0,4-0,9]
<b>Diplôme</b>		***				**		
<Bac (réf.)	5 843	16,3	- 1 -		6 816	3,2	- 1 -	
Bac	1 992	14,6	0,9	[0,7-1,0]	2 667	4,0	1,3	[1,0-1,6]
>Bac	3 611	11,7	0,7***	[0,6-0,9]	4 507	4,3	1,4*	[1,1-1,8]
<b>Situation financière perçue</b>		***				**		
Ça va (réf.)	7 200	13,4	- 1 -		8 057	3,7	- 1 -	
C'est juste	2 826	15,0	1,1	[0,9-1,2]	3 868	3,1	0,9	[0,7-1,1]
C'est difficile	1 420	19,5	1,3**	[1,1-1,5]	2 065	5,1	1,5**	[1,1-1,9]
<b>Chômage</b>		***				**		
Non (réf.)	10 608	14,1	- 1 -		13 024	3,5	- 1 -	
Oui	838	20,3	1,3**	[1,1-1,6]	966	6,1	1,7***	[1,3-2,3]
<b>Vit seul</b>		***				***		
Non (réf.)	8 569	13,0	- 1 -		10 455	3,3	- 1 -	
Oui	2 877	19,4	1,5***	[1,4-1,7]	3 535	5,0	1,4***	[1,2-1,7]
<b>Violences physique ou sexuelle</b>		***				***		
Oui	333	25,5	1,9***	[1,4-2,4]	340	11,2	3,1***	[2,2-4,5]
Non (réf.)	11 113	14,2	- 1 -		13 650	3,5	- 1 -	
<b>Âge première ivresse*</b>		***				***		
15 ans ou moins	1 225	30,0	2,0***	[1,6-2,5]	525	13,9	2,4***	[1,5-3,6]
16 ans	1 023	22,7	1,4**	[1,2-1,8]	563	9,6	1,6*	[1,0-2,5]
17 ans	1 077	16,8	- 1 -		644	5,9	- 1 -	
18 ans	1 878	14,4	0,8*	[0,6-0,9]	1 055	6,2	1,1	[0,7-1,6]
19-20 ans	2 008	14,1	0,7***	[0,5-0,8]	1 173	4,9	0,8	[0,5-1,2]
20 ou +	1 133	15,1	0,7**	[0,6-0,9]	1 327	8,2	1,2	[0,8-1,8]

\* Les résultats concernant l'âge de la première ivresse correspondent à une seconde régression ; ils sont ajustés sur l'ensemble des variables présentées, mais parmi les personnes ayant déclaré une ivresse au cours de leur vie.

Note de lecture : la colonne N donne les effectifs bruts, la colonne % les pourcentages pondérés, ORa et IC les odds-ratios ajustés issus de la régression logistique et leurs intervalles de confiance. L'ORa permet de mesurer le rapport de chances pour une modalité relativement à une catégorie de référence, ajusté sur les variables présentées. Ainsi les hommes qui vivent seuls ont 1,5 fois plus de chances d'avoir une consommation à risque que ceux ne vivant pas seuls.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Parmi les facteurs associés à une consommation à risque chronique ou de dépendance, l'influence de l'âge est conforme aux tendances présentées précédemment, la consommation à risque étant particulièrement présente entre 20 et 25 ans puis à partir de 55 ans, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). Chez les hommes, la consommation à risque chronique s'avère plus élevée parmi les artisans et commerçants (OR=1,5 ;  $p<0,001$ ) et les agriculteurs (OR=1,4 ;  $p<0,05$ ), relativement aux cadres, tandis que chez les femmes, les cadres et les artisans sont les plus concernés par ce comportement, à l'inverse des professions intermédiaires, employés et ouvriers (OR=0,6 ;  $p<0,001$ ). Un niveau de diplôme supérieur au bac influe inversement entre hommes et femmes, puisqu'il est protecteur pour les hommes (OR=0,7 ;  $p<0,001$ ) et facteur de consommation à risque pour les femmes (OR=1,4 ;  $p<0,05$ ).

Les autres facteurs étudiés semblent intervenir de manière identique selon le genre. Les personnes en difficulté financière (OR=1,3 pour les hommes ; OR=1,5 pour les femmes ;  $p<0,01$ ), au chômage (OR=1,3 pour les hommes ; OR=1,7 pour les femmes ;  $p<0,01$ ), ou vivant seules (OR=1,5 pour les hommes ; OR=1,4 pour les femmes ;  $p<0,001$ ) ont un risque accru d'entrer dans une consommation d'alcool à risque, de même que celles ayant subi des violences physiques ou sexuelles au cours des douze derniers mois (OR=1,9 pour les hommes ; OR=3,1 pour les femmes ;  $p<0,001$ ).

Enfin, résultat d'une seconde régression logistique portant sur les personnes ayant déclaré au moins une ivresse au cours de leur vie (soit 50,5% de l'échantillon), un âge précoce de première ivresse s'avère significativement associé à une consommation à risque, en particulier lorsque celle-ci a eu lieu avant 16 ans (OR=2,0 pour les hommes ; OR=2,4 pour les femmes ;  $p<0,001$ ) et dans une moindre mesure à 16 ans (OR=1,4 pour les hommes ; OR=1,6 pour les femmes). Par rapport à une première ivresse connue à 17 ans, une expérimentation plus tardive semble même protectrice pour les hommes mais pas pour les femmes.

La distribution des âges de première ivresse peut être étudiée au sein des différentes populations à risque. Ainsi, l'écart le plus important s'observe effectivement pour la part d'expérimentation de l'ivresse avant 16 ans, puisqu'elle concerne 15,7% des consommateurs à risque ponctuel contre 24,7% des consommateurs à risque chronique ou de dépendance. L'âge moyen de première ivresse est de 18,4 ans parmi les consommateurs à risque ponctuel, de 18,0 ans parmi ceux à risque chronique ou de dépendance.

## SENTIMENT D'INFORMATION, CRAINTE, PERCEPTION DU DANGER

**TABLEAU 4 : Crainte, sentiment d'information, niveau de dangerosité, selon le risque de consommation actuel (Audit-C) (en %)**

	Aucun	Ponctuel	Chronique/ dépendant	Ensemble
<b>Crainte</b>				
Pas du tout	81,5	58,2	40,7	71,4
Peu	9,3	29,7	32,4	17,0
Pas mal/beaucoup	9,2	12,2	26,9	11,6
<b>Sentiment d'information</b>				
Très bien	43,7	38,2	41,8	42,0
Plutôt bien	44,6	52,1	46,8	46,9
Mal/très mal	11,7	9,7	11,4	11,1
<b>Nombre moyen de verres quotidien présentant un danger</b>				
Pour les femmes	2,7	2,7	3,3	2,8
Pour les hommes	3,5	3,4	4,2	3,5
<b>Connaissance du seuil (2 verres/j pour une femme ; 3 verres/j pour un homme)</b>				
Pour les femmes	54,6	51,0	34,2	51,7
Pour les hommes	63,5	63,8	39,9	61,5

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Plusieurs questions permettent d'évaluer l'opinion des personnes envers la dangerosité de l'alcool, ainsi que leur sentiment d'information à ce sujet. Parmi l'ensemble des 15-85 ans, une très grande majorité des personnes ne craint pas ou peu les maladies liées à l'alcool (88,4%), tout en se déclarant dans les mêmes proportions (88,9%) bien informée. Cependant, ces opinions varient en fonction du risque de consommation. Parmi les personnes ayant une consommation ne présentant aucun risque, 18,5% craignent au moins un peu les maladies liées à l'alcool, contre 41,9% parmi les personnes ayant une consommation à risque ponctuel et 59,3% pour les buveurs à risque chronique ou dépendant. En revanche, aucune différence ne semble apparaître concernant le sentiment d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool (tableau 4).

Il était également demandé aux enquêtés d'estimer le nombre de verres quotidien à partir duquel la consommation devient dangereuse pour une femme et pour un homme, un des objectifs étant de pouvoir mesurer la connaissance d'un seuil ayant été évoqué dans plusieurs brochures et actions de l'INPES et des autres organismes produisant de l'information sur l'alcoolisation, situé à deux verres par jour au maximum pour une femme et à trois verres par jour pour un homme, même si ces seuils restent encore largement discutés (INCa et NACRe 2007, Latino-Martel et al. 2011).

Le seuil de consommation présentant un danger se situe, selon les déclarations des répondants, en moyenne à 2,8 verres par jour pour les femmes et à 3,5 verres par jour pour les hommes. Si aucune différence n'apparaît dans les réponses des buveurs à risque ponctuel, les buveurs à risque chronique déclarent des niveaux de dangerosité supérieurs (3,3 verres pour les femmes, 4,2 verres pour les hommes), confirmant ainsi une mise à distance du risque alcoolique pour cette population déjà observée par ailleurs (Peretti-Watel 2006).

La connaissance du seuil courant de dangerosité est de 51,7% en ce qui concerne le seuil féminin, de 61,5% pour le seuil masculin. À nouveau, les buveurs à risque chronique ou de dépendance se distinguent des autres consommateurs, puisqu'ils ne sont que 34,2% et 39,9% à estimer correctement les seuils féminins et masculins courants, respectivement.

Comme en 2005, la norme recommandée pour les femmes apparaît moins connue que celle recommandée pour les hommes. De même, on retrouve la moins bonne connaissance des risques parmi les buveurs à risque chronique ou de dépendance. En revanche, il semble que la proportion de personnes connaissant le risque ait légèrement diminué : parmi les 15-75 ans, les répondants étaient 64,9% à connaître le seuil pour les hommes en 2005 contre 62,4% en 2010, 56,7% à connaître le seuil pour les femmes en 2005 contre 52,1% en 2010. Selon les déclarations des répondants, le seuil à partir duquel la consommation devient dangereuse pour la santé est passé de 3,4 à 3,5 verres par jour en moyenne pour la consommation des hommes et de 2,6 à 2,8 pour la consommation des femmes, entre 2005 et 2010.

## ÉVOLUTIONS DES COMPORTEMENTS

### Niveaux de consommations

Les comparaisons par rapport à l'exercice 2005 portent sur les 15-75 ans, sans tenir compte des femmes enceintes (n=284 en 2010 ; n=225 en 2005), pour lesquelles les questions de consommations d'alcool ne sont pas comparables<sup>40</sup>.

En 2010, l'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée dans la population française, 86,8% déclarant en avoir bu au cours des douze derniers mois. Ce chiffre apparaît en légère hausse relativement à 2005, où la consommation annuelle concernait 85,2% de la population ( $p < 0,01$ ). La consommation hebdomadaire apparaît stable (47,6%), tandis que l'usage quotidien se révèle

---

40 En 2010, les questions portaient sur la consommation d'alcool depuis la connaissance de la grossesse, contrairement à 2005 où la question était inchangée (consommation au cours des douze derniers mois posée à toutes les femmes interrogées).

en baisse (11,1% en 2010 contre 14,9% en 2005 ;  $p < 0,001$ ), aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 5).

**TABLEAU 5 : Évolutions des indicateurs de consommations d'alcool entre 2005 et 2010, par sexe (en %)**

	Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010
<b>Consommation d'alcool</b>				
Alcool année	87,9	89,6**	82,6	84,1**
Alcool hebdomadaire	61,6	61,3	34,2	33,7
Alcool quotidien	22,2	16,7***	7,7	5,6***
<b>API</b>				
Année	49,9	51,5*	19,0	21,7***
Mensuelle	23,9	28,2***	6,3	8,1***
Plus souvent	7,1	7,9*	1,0	1,9***
<b>Ivresse</b>				
Année	22,2	27,6***	7,3	11,0***
Répétée	9,3	13,0***	1,9	3,6***
Régulière	3,3	5,3***	0,5	1,0***
<b>Audit-C</b>				
Risque ponctuel	36,7	38,5*	16,9	18,2*
Risque chronique/dépendant	15,6	14,5*	2,6	3,6***

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

Les indicateurs concernant les ivresses et les API indiquent une évolution à la hausse de ces comportements. En 2010, 36,4% des personnes déclarent avoir connu au moins une API au cours de l'année (34,3% en 2005 ;  $p < 0,001$ ), 18,2% de façon mensuelle (15,0% en 2005 ;  $p < 0,001$ ) et 4,8% de façon hebdomadaire (4,0% en 2005 ;  $p < 0,001$ ). Parallèlement, 19,2% des 15-75 ans ont déclaré au moins une ivresse au cours de l'année, 8,2% au moins trois et 3,1% au moins dix, des proportions qui étaient respectivement de 14,7%, 5,6% et 1,9% en 2005 ( $p < 0,001$  pour les trois indicateurs).

En conséquence des augmentations de la fréquence des épisodes d'API, la part de la population ayant une consommation dite « à risque ponctuel » selon l'Audit-C a également augmenté depuis 2005, passant de 26,8% à 28,3% ( $p < 0,001$ ). Les niveaux de consommation à risque chronique ou de dépendance semblent stables, à 9,0% en 2010, mais sont le résultat de tendances inversées selon le sexe. En effet, si la part de buveurs à risque chronique a légèrement baissé parmi les hommes, passant de 15,6% à 14,5% ( $p < 0,05$ ), celle-ci a augmenté parmi les femmes, de 2,6% en 2005 à 3,6% en 2010 ( $p < 0,001$ ), restant toutefois à un niveau bien inférieur à celui des hommes.

**TABLEAU 6 : Évolutions des indicateurs de consommations d'alcool depuis 1992 (en %)**

	1992	1995	2000	2005	2010 <sup>a</sup>
<b>Ensemble 15-75 ans</b>					
Alcool quotidien	23,9	22,6	20,3	14,9	11,1***
API mensuelle	-	-	-	15,0	18,2***
Ivresse année	19,6	15,1	14,7	14,7	19,2***
Ivresses répétées	5,9	6,0	6,0	5,6	8,2***
Risque chronique	-	-	-	9,1	9,0

a : Significativité de l'évolution entre 2005 et 2010 – Sources : Baromètres santé, INPES.

La répétition des enquêtes Baromètres santé depuis 1992 permet de suivre les tendances de consommation d'alcool sur un plus long terme pour certains indicateurs. Aussi, depuis 1992, la part de buveurs quotidiens a été divisée par deux, de 23,9% en 1992 à 11,1% en 2010. Les ivresses répétées, qui concernaient une part relativement stable de la population depuis 1992, autour de 6%, se révèlent pour la première fois en augmentation en 2010, de même que les ivresses au cours de l'année (tableau 6). Alors que la diminution de la consommation quotidienne d'alcool semble s'inscrire dans une continuité observée depuis vingt ans, l'augmentation des ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes reflète une évolution plus récente des comportements.

## Par sous-populations

**TABLEAU 7 : Évolutions des indicateurs de consommations d'alcool entre 2005 et 2010, selon le statut d'activité, le niveau de diplôme, le niveau de revenus par UC**

	18-64 ans				18-30 ans		15-75 ans			
	Actifs occupés		Chômeurs		Étudiants		Diplôme < bac		1 <sup>er</sup> quintile de revenus	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
<b>Consommation d'alcool</b>										
Alcool quotidien	11,8	7,9***	10,8	8,6	1,5	1,3	17,0	13,0***	11,5	8,7***
<b>API</b>										
Mensuelle	16,8	19,2***	18,5	26,6***	20,1	30,7***	15,4	18,9***	15,1	18,5***
Hebdomadaire	4,3	4,6	6,8	10,2***	5,4	11,3***	4,1	5,0**	4,5	5,6
<b>Ivresse</b>										
Année	16,9	20,5***	19,5	29,9***	32,5	50,5***	12,9	17,2***	14,6	19,8***
Répétée	5,9	8,2***	8,1	14,0***	15,1	27,6***	4,5	6,8***	6,0	8,7***
Régulière	1,9	2,8***	2,9	5,3***	6,1	13,7***	1,5	2,5***	1,7	3,1***
<b>Audit-C</b>										
Risque ponctuel	32,6	33,2	24,6	27,3*	35,8	42,3***	24,2	25,4	22,6	23,2
Risque chronique/dépendant	9,1	7,9	10,3	15,3***	7,3	13,1***	9,6	9,6	8,3	9,2

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

L'analyse des évolutions de consommations entre 2005 et 2010 selon le statut d'activité, le niveau de diplôme et le niveau de revenus permet de différencier des tendances globales des tendances correspondant à certaines populations ciblées. Ainsi, la diminution de la consommation quotidienne d'alcool est particulièrement visible parmi les actifs occupés, relativement aux chômeurs, à l'inverse de l'augmentation des API. Les API hebdomadaires, qui n'ont pas augmenté parmi les actifs occupés, sont passées de 6,8% à 10,2% des chômeurs, et ont plus que doublé parmi les étudiants (de 5,4% à 11,3%). Les ivresses déclarées ont augmenté quel que soit le statut d'activité, mais une nouvelle fois dans des proportions sensiblement plus importantes parmi les chômeurs et surtout parmi les étudiants. Pour ces derniers, la moitié d'entre eux a connu au moins une ivresse au cours de l'année en 2010, contre un tiers en 2005 (tableau 7).

L'évolution des consommations à risque, au sens de l'Audit-C correspond finalement à des tendances disparates au sein de la population française. Si la part concernée se révèle stable parmi les actifs occupés, ainsi que parmi les plus faiblement diplômés et les personnes disposant des plus faibles revenus, l'augmentation de la part de buveurs à risque ponctuel et de buveurs à risque chronique ou de dépendance est très nette parmi les chômeurs et de manière encore plus prononcée parmi les étudiants.

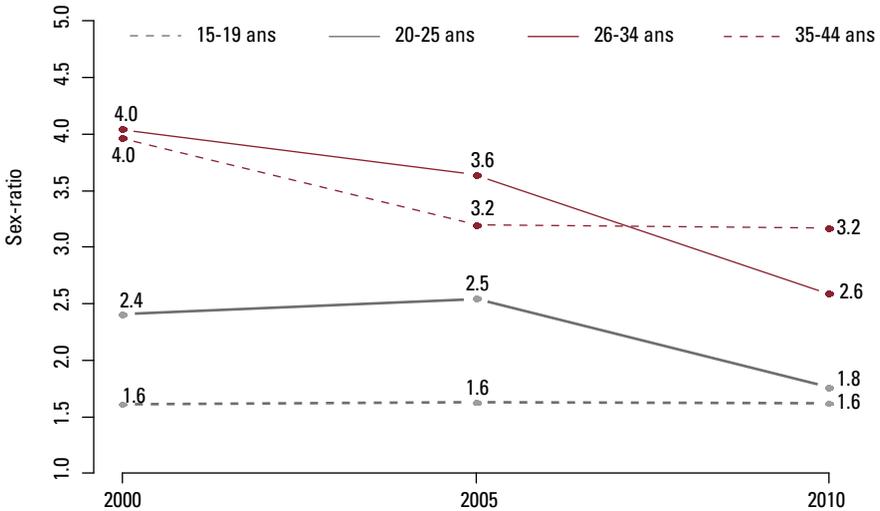
### **Sex-ratio des ivresses**

Parmi les 15-44 ans, l'évolution des sex-ratios depuis 2000 montre que, même si les hommes demeurent plus concernés par les épisodes d'ivresse que les femmes, on observe une tendance au rapprochement de ces comportements, essentiellement au sein des 20-34 ans. Quel que soit l'âge, les SR calculés pour les ivresses au cours de l'année sont les plus bas enregistrés depuis 2000, alors même que certains de ces SR s'étaient avérés stables entre 2000 et 2005 (figure 5).

### **Précocité de la première ivresse**

Parmi les 15-75 ans, l'âge moyen de la première ivresse est de 19,0 ans, 18,4 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes. Ces chiffres sont comparables aux âges observés en 2005 (18,5 ans pour les hommes, 20,2 ans pour les femmes). Afin d'étudier plus finement l'évolution de la précocité de l'ivresse, une comparaison de la distribution des âges des premières ivresses survenues entre 2000 et 2005 (obtenues d'après le Baromètre santé 2005) et entre 2005 et 2010 (Baromètre santé 2010) a été effectuée. La quasi-totalité des premières ivresses ayant lieu avant 25 ans (94%), les résultats sont présentés sur cette tranche d'âge.

**FIGURE 5 : Évolutions des sex-ratios des ivresses depuis 2000, par âge, parmi les 15-44 ans**



Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

Pour cette population, l'âge moyen de première ivresse est resté stable sur les deux périodes, à 16,8 ans. Les pourcentages cumulés indiquent une relative stabilité de la précocité de l'ivresse. En effet, à 16 ans, 47,2% des 15-25 ans en 2005, 47,3% en 2010, avaient connu leur première ivresse (tableau 8). Seule une légère diminution s'observe parmi les plus jeunes, la part des 15-25 ans qui avaient connu l'ivresse à 14 ans étant passée de 12,5% entre 2000 et 2005 à 8,5% entre 2005 et 2010 ( $p < 0,001$ ).

**TABLEAU 8 : Comparaison de la distribution des âges de survenue de la première ivresse entre les périodes 2000-2005 et 2005-2010, parmi les 15-25 ans, en pourcentages cumulés**

	Période de survenue de la première ivresse, pour les 15-25 ans	
	2000-2005	2005-2010
12 ans ou moins	1,0	0,3
13 ans	3,4	2,2
14 ans	12,5	8,5***
15 ans	27,3	24,6
16 ans	47,2	47,3
17 ans	64,5	66,0
18 ans	83,6	85,1
19 ans	89,7	90,1
20 ans ou plus	100,0	100,0
Âge moyen	16,8	16,8
Effectifs	1 456	1 299

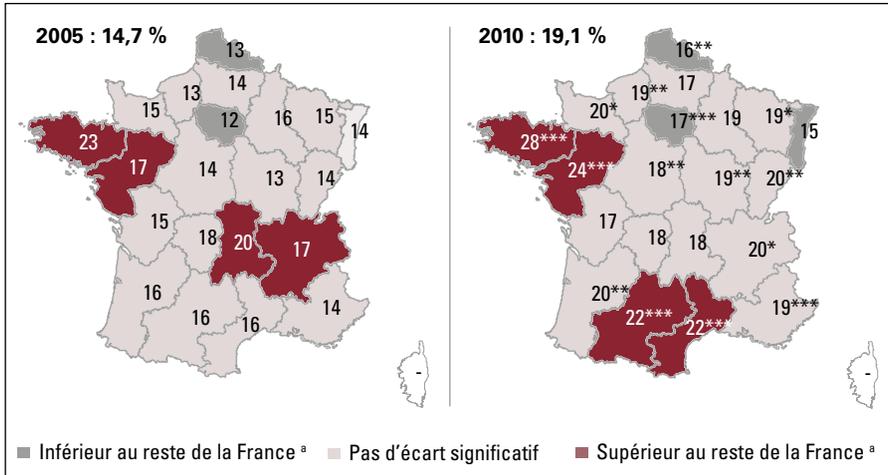
Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

Note : \*\*\* : différence entre les deux périodes significatives au seuil 0,001.



Bretagne, Pays de la Loire, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais, les spécificités en 2010 confirment celles observées en 2005 (figure 7).

**FIGURE 7 : Évolution entre 2005 et 2010 de la part d'individus ayant déclaré au moins une ivresse dans l'année par région, parmi les 15-75 ans**



<sup>a</sup> Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

\*, \*\*, \*\*\* : évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010, aux seuils de 5%, 1%, 0,1%.

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

## DOMMAGES LIÉS À L'ALCOOL

L'alcool augmente le risque de nombreux dommages sociaux, de dommages causés aux tiers, et il est responsable d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes (Anderson et al. 2008). Parmi les dommages induits par l'alcool chez le buveur figurent ceux concernant le bien-être social (bagarres, problèmes familiaux, atteintes à la vie sociale et professionnelle, telles que le chômage ou l'absentéisme), les traumatismes, intentionnels ou non (événements violents, conduite en état d'ivresse, accidents, suicide), les troubles neuropsychiatriques (troubles du sommeil, anxiété, dépression...), les troubles gastro-intestinaux, certains cancers ou pathologies cardio-vasculaires. Dans le cas de ces derniers, l'étude du lien à partir des données d'enquête transversale est impossible compte tenu du délai forcément long de survenue de ces pathologies.

### Bien-être social

La relation entre consommation d'alcool à risque et bien-être social peut être analysée au travers de trois indicateurs disponibles dans le Baromètre santé 2010 :

être au chômage, vivre seul, avoir un faible score social selon l'échelle de Duke<sup>41</sup>. Pour les hommes comme pour les femmes, les buveurs à risque ont d'autant plus de chances d'être en situation de chômage, de vivre seuls ou d'avoir un faible score social que leur consommation est à risque (tableau 9).

**TABLEAU 9 : Consommation d'alcool à risque comme facteur associé aux indicateurs de santé sociale.**

	Chômage	Vit seul	1 <sup>er</sup> décile du score social (échelle de Duke)
<b>Hommes</b>			
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	1,3**	1,3***	1,2**
Risque de dépendance à l'alcool	2,1***	2,4***	2,3***
<b>Femmes</b>			
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	1,4**	1,4***	1,2*
Risque de dépendance à l'alcool	2,1**	2,5***	2,8***

Résultats de trois régressions logistiques pour différentes variables dépendantes, ajustées sur l'âge, le diplôme, le revenu par unité de consommation et le risque de consommation mesuré par l'Audit.

Note : OR significatifs aux seuils de 0,05 (\*), 0,01 (\*\*), 0,001 (\*\*\*).

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## Traumatismes

Plusieurs questions permettent d'aborder la survenue de traumatismes, qu'ils soient intentionnels ou non : avoir été victime de violences, physiques ou sexuelles, au cours des douze derniers mois ; avoir connu au cours des douze derniers mois un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ; avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie ou au cours de l'année.

L'association entre consommation d'alcool à risque, violences subies au cours des douze derniers mois et tentative de suicide au cours de la vie ou de l'année apparaît extrêmement forte, et d'autant plus que la consommation est à risque (tableau 10). Les femmes ayant une consommation à risque de dépendance ont ainsi six fois plus de chances d'avoir été victimes de violences dans l'année ou d'avoir tenté de se suicider durant leur vie. Le lien avec un traumatisme non intentionnel, bien que significatif, se révèle moins prononcé.

41 Ce score est calculé à partir des cinq réponses aux questions suivantes : « Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre », « Je suis content de ma vie de famille », « Je suis à l'aise avec les autres », « J'ai rencontré des gens de ma famille ou des amis au cours de conversations ou de visites », « J'ai eu des activités de groupe ou de loisirs ».

**TABLEAU 10 : Consommation d'alcool à risque comme facteur associé aux traumatismes**

	<b>Violences subies dans l'année</b>	<b>Accident dans l'année</b>	<b>Tentative de suicide au cours de la vie</b>	<b>Tentative de suicide au cours de l'année</b>
<b>Hommes</b>				
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	1,7***	1,3*	1,6***	2,4*
Risque de dépendance à l'alcool	5,0***	1,7*	4,3***	7,4***
<b>Femmes</b>				
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	2,6***	1,6**	2,3***	2,6**
Risque de dépendance à l'alcool	6,3***	1,8	6,6***	13,5***

Résultats de quatre régressions logistiques pour différentes variables dépendantes, ajustées sur l'âge, le diplôme, le revenu par unité de consommation et le risque de consommation mesuré par l'Audit.

Note : OR significatifs aux seuils de 0,05 (\*), 0,01 (\*\*), 0,001 (\*\*\*).

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## Troubles psychiques et troubles du sommeil

Le lien avec ce type de troubles est ici appréhendé par la détresse psychologique, mesurée par le MH-5, et par la présence de pensées suicidaires. Un modèle ayant pour variable dépendante la présence d'épisode dépressif caractérisé (mesuré par le CIDI-SF) a été testé et fournit des résultats similaires. L'association avec la consommation d'alcool à risque se révèle très significative, le lien étant plus prononcé parmi les femmes. Les femmes ayant une consommation à risque de dépendance ont ainsi près de cinq fois plus de chances d'être en situation de détresse psychologique, et dix fois plus de chances de déclarer des pensées suicidaires. L'association avec des troubles du sommeil, tels que la dette de sommeil<sup>42</sup> ou l'insomnie chronique, est également significative, mais seulement pour la consommation à risque de dépendance parmi les femmes (tableau 11). Enfin, la présence d'autres conduites addictives, évaluée ici par la consommation quotidienne de tabac, se trouve également fortement corrélée au risque alcool, ce d'autant plus que le risque est élevé, et de manière encore plus prononcée parmi les femmes (OR=3,3 pour une consommation à risque, OR=7,3 pour une consommation à risque de dépendance ;  $p < 0,001$ ).

42 Correspondant au fait de dormir 90 minutes de moins que le temps jugé nécessaire pour être en forme le lendemain.

**TABLEAU 11 : Consommation d'alcool à risque comme facteur associé à la santé mentale, aux troubles du sommeil et aux troubles addictifs**

	Détresse psychologique	Pensées suicidaires	Dettes de sommeil	Insomnie chronique	Tabagisme quotidien
<b>Hommes</b>					
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	1,5***	1,7***	1,2*	1,4**	2,2***
Risque de dépendance à l'alcool	3,9***	4,3***	1,9***	2,8***	4,6***
<b>Femmes</b>					
Sans risque (réf.)	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -	- 1 -
Consommation à risque	1,7***	2,3***	1,2	1,1	3,3***
Risque de dépendance à l'alcool	4,9***	10,3***	1,7**	3,4***	7,3***

Résultats de cinq régressions logistiques ajustées sur l'âge, le diplôme, le revenu par unité de consommation et le risque de consommation mesuré par l'Audit.

Note : OR significatifs aux seuils de 0,05 (\*), 0,01 (\*\*), 0,001 (\*\*\*)

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## DISCUSSION

L'observation régulière de la consommation d'alcool avec plusieurs indicateurs et au sein de différentes sous-populations est rendue indispensable par la diversité des modes de consommation existant – en termes de fréquence, de quantité bue ou de type de boisson consommée –, par les sous-populations concernées (adolescents, jeunes adultes, chômeurs, retraités...), et par les évolutions très contrastées observées dans ces différentes catégories dans les enquêtes précédentes.

### UN CHANGEMENT DES MODES DE CONSOMMATION DE L'ALCOOL...

Les résultats du Baromètre santé 2010 mettent en évidence différents changements de comportements vis-à-vis de la consommation d'alcool, confirmés par les observations issues des autres enquêtes menées en population générale ou parmi les adolescents (tableau 12).

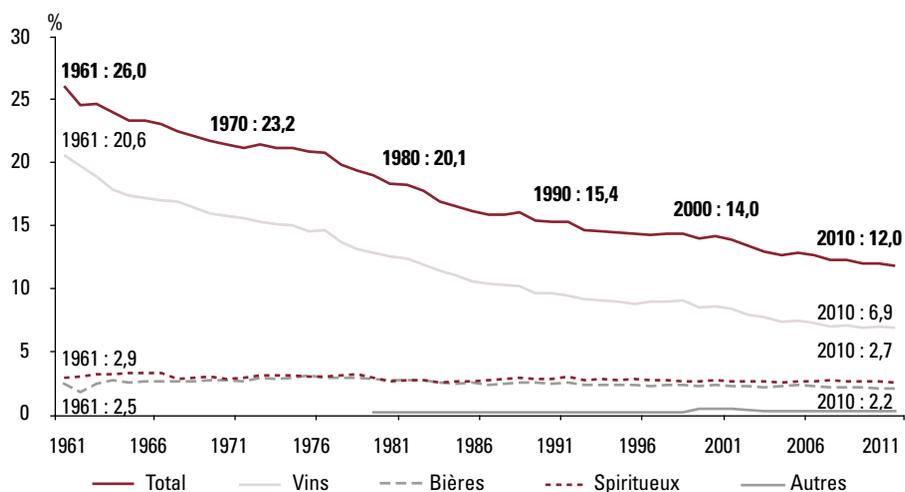
**TABEAU 12 : Évolutions depuis 2000 des indicateurs de consommation d'alcool**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>En population générale</b>												
Vente en l/habitant												
<b>Total</b>	<b>14,0</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,4</b>	<b>13,0</b>	<b>12,7</b>	<b>12,9</b>	<b>12,7</b>	<b>12,3</b>	<b>12,3</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>
Vin	8,5	8,6	8,4	8,0	7,7	7,4	7,5	7,3	7,0	7,1	6,9	7,0
Bière	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1
Spiritueux	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,6
Autres	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Part de consommateurs la veille												
18-75 ans			39 %						37 %			
Part de consommateurs quotidien												
18-25 ans	2,1 %					2,5 %					2,6 %	
18-75 ans	22 %					16 %					11 %	
Consommation à risque ponctuel												
Hommes			31 %			37 %			34 %		39 %	
Femmes			11 %			16 %			15 %		18 %	
Consommation à risque chronique												
Hommes			13 %			16 %			14 %		15 %	
Femmes			2 %			3 %			3 %		4 %	
<b>Parmi les adolescents</b>												
Alcool régulier												
15 ans							9 %				9 %	
16 ans				7 %				13 %				14 %
17 ans	11 %		13 %	15 %		12 %			9 %			11 %
Ivresse vie												
11 ans							6 %				6 %	
13 ans							16 %				14 %	
15 ans			30 %				41 %				38 %	
16 ans								46 %				50 %
17 ans	56 %		56 %	55 %		57 %			60 %			59 %
Ivresse régulière												
16 ans				2,2 %				3,5 %				4 %
17 ans			6 %	7 %		10 %			9 %			11 %

Sources : INSEE ; Baromètres santé 2000, 2005, 2010 ; Baromètres nutrition 2002, 2008 ; HBSC 2002, 2006, 2010 ; ESPAD 2003, 2007, 2011 ; ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 ; ESPS 2002, 2008 (18 ans et plus).

Ainsi, globalement, la consommation d'alcool mesurée en nombre de litres d'alcool pur par habitant a fortement diminué depuis plusieurs décennies (figure 8). Évaluée en 2010 à 12,0 l/hab., elle a diminué de moitié depuis 1961 et de près de 15 % par rapport à 1999, plaçant la France en 2006 au 7<sup>e</sup> rang des pays membres de l'Union européenne, derrière l'Estonie, la République tchèque, l'Irlande, la Lituanie, l'Autriche et la Hongrie (DREES 2010). Parallèlement, la part des dépenses en boissons alcoolisées dans le budget alimentaire des ménages est passée de 12,4 % en 1960 à 8,9 % en 2002.

**FIGURE 8 : Évolutions des ventes d'alcool par type de boissons, en litres d'alcool par habitant**



Sources : 1960-1989 : OMS ; 1990-1999 : groupe IDA ; 2000-2012 : INSEE.

Cette diminution de la consommation d'alcool reflète un changement des modes de consommation. En effet, elle est très fortement due à la baisse de consommation de vins, et plus précisément des « vins courants ». À titre d'exemple, en 1960, les dépenses de vins de consommation courante étaient quatre fois plus élevées que celles des vins d'appellation d'origine contrôlée ou de qualité supérieure, alors qu'en 2002 la consommation de ces vins fins était trois fois plus élevée que celle des vins courants (Besson 2004).

Selon les professionnels du secteur, l'alcool passe progressivement de l'univers des repas à celui des loisirs et de l'hédonisme. Le vin en particulier, considéré jusque-là comme boisson du quotidien, régresse et accède de plus en plus à un statut festif ou lié à des circonstances particulières, cela lié à des changements d'ordre sociologique (évolution des conditions de travail, des prises de repas, de la transmission de la culture du vin...) (Delfau et César 2002). Les résultats des enquêtes déclaratives confirment l'évolution des données de ventes d'alcool, puisque, depuis 1992, la part des 15-75 ans consommant de l'alcool quotidiennement a été divisée par deux en vingt ans, de 24 % en 1992 à 11 % en 2010, cédant la place à une consommation plus occasionnelle.

Parallèlement à cette diminution de la consommation régulière d'alcool s'observe une évolution à la hausse des alcoolisations ponctuelles importantes et des ivresses. Parmi les 15-75 ans, la part des personnes déclarant avoir bu six verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois est passée de 15,0 % en 2005 à 18,2 % en 2010, et la part

des personnes déclarant au moins trois ivresses dans l'année de 5,6% à 8,2% sur la même période, alors que cet indicateur demeurait stable depuis 1992.

Conséquence de ces modifications de comportements, la part d'individus à risque chronique ou de dépendance, repérés par l'Audit-C, est demeurée stable entre 2005 et 2010, tandis que celle des individus à risque ponctuel est passée de 26,8% en 2005 à 28,3% en 2010, des résultats concordant avec les évolutions observées entre les vagues 2002 et 2008 de l'enquête ESPS<sup>43</sup> (Com-Ruelle et al. 2008, DREES 2010).

### **...QUI CONCERNE EN PARTICULIER LES JEUNES**

Principalement concernée par ces modes de consommations ponctuels, la tranche la plus jeune de la population présente les évolutions les plus visibles. L'usage de produits psychoactifs est un phénomène marquant de l'adolescence et de ses rites initiatiques. Selon l'enquête HBSC 2010, 59% des jeunes de 11 ans, 83% des jeunes de 15 ans ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie. Ces chiffres reflètent notamment l'ancrage culturel de l'alcool dans notre société. Avant 15 ans, les données disponibles ne montrent pas d'augmentations récentes de la survenue d'épisodes d'ivresse (Spilka et al. 2012a). En revanche, l'augmentation des ivresses avait été observée parmi les jeunes de 16 ans, puisque les ivresses annuelles étaient passées de 29% en 2003 à 36% en 2007 (Legleye et al. 2009), ainsi que plus récemment parmi les jeunes de 17 ans (Spilka et al. 2012b). À cet âge, en 2011, plus d'un adolescent de 17 ans sur dix (10,5%) déclare une consommation régulière d'alcool (au moins 10 fois dans les trente derniers jours). Cette proportion est en hausse entre 2008 et 2011 (8,9% en 2008). Le pourcentage de ces jeunes ayant été ivres au moins trois fois dans l'année, stable entre 2005 et 2008, a nettement augmenté entre 2008 et 2011, de 25,6% à 27,8%, la tendance étant identique pour les ivresses régulières (10 fois ou plus dans l'année), de 8,6% en 2008 à 10,5% en 2011 (OFDT 2012, Spilka et al. 2012). Parmi les 20-25 ans, près de la moitié (45,0%) déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année, un sur dix au moins dix fois (11,0%). Par ailleurs, 52,4% ont rapporté un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois, et 29,1% tous les mois.

La consommation des plus jeunes se caractérise également par une différence de la temporalité de la consommation de boissons alcoolisées (en 2008, la consommation d'alcool au cours du déjeuner était atypique, moins de 2%, avant 25 ans mais concernait le quart des 55-64 ans et le tiers des 65-75 ans (Beck et al. 2009)).

---

43 Il semble préférable de comparer les vagues respectives de chaque enquête (ESPS et Baromètre santé), plutôt que les deux enquêtes entre elles, afin d'analyser les données correspondant à des méthodes d'enquêtes identiques.

Elle se distingue également par une hiérarchie différente des types de boissons consommées (à 17 ans comme parmi les 20-25 ans, le vin, bien que présent, est nettement moins consommé que la bière, les alcools forts ou autres types d'alcool comme les prémix), par un rapprochement des comportements entre garçons et filles (bien qu'ils restent toujours masculins, les sex-ratios observés sont les plus faibles depuis 2000). Ce rapprochement des consommations excessives entre sexes s'observe également, parmi les plus jeunes, dans les passages aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë enregistrés par le réseau Oscour (Perrine et Develay 2013).

Ces différences tiennent en partie au rôle social que joue l'alcool à ces âges. À 15-25 ans, mais en particulier à l'adolescence, la consommation a surtout lieu le week-end, entre amis, dans des occasions festives, la plupart du temps dans un domicile privé, un peu plus rarement dans des débits de boissons, mais aussi dans les lieux ouverts (rue, parc...) (Legleye et al. 2009). Du point de vue des loisirs et des sorties des jeunes adultes, les jeunes qui ont une sociabilité intense, qui fréquentent souvent les bars et les soirées entre amis, consomment plus souvent de l'alcool que les autres (Peretti-Watel et al. 2007). Les raisons de l'alcoolisation invoquées par les jeunes reposent surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse, tandis que la recherche de la « défonce » ne concerne qu'une petite minorité de jeunes à 17 ans. L'alcool se consomme prioritairement en groupe, autrement dit les consommations strictement solitaires sont rares à l'adolescence. Le lien fort entre fréquence des sorties entre amis et usage régulier de boissons alcoolisées apparaît assez tôt dans l'adolescence, au point que les filles qui sortent beaucoup sont aussi nombreuses que les garçons à boire régulièrement de l'alcool (Legleye et al. 2008). Par ailleurs, certains travaux soulignent l'aspect compétitif de la consommation d'alcool surtout entre les garçons (Aubertin et Morel 2010). De plus, la proportion de consommateurs réguliers et la fréquence des ivresses répétées sont corrélées à la fréquence de sorties dans les bars ou à celles des soirées entre amis. Cela suggère que les consommations d'alcool des jeunes de 17 ans ont lieu la plupart du temps dans un cadre festif et convivial (Legleye et al. 2007).

Une analyse du discours des professionnels laisse par ailleurs transparaître leurs préoccupations pour des comportements d'alcoolisation qui semblent s'accroître. Ils se réfèrent à l'anthropologie (ancrage culturel du boire, rite de passage de l'adolescent à l'adulte), à la psychologie (mal-être et transgression liés à l'adolescence), à la sociologie (laxisme des parents, pression scolaire qui justifierait des périodes de « lâcher prise », influence du milieu de vie), aux statistiques et aux paroles d'experts spécialisés dans la prise en charge des jeunes ayant des problèmes avec l'alcool (non représentatifs de l'ensemble des jeunes). D'après leurs observations, les jeunes ne se dissimulent plus quand ils boivent et parlent

sans tabou de leur consommation. Il existe une normalisation de la consommation d'alcool par les filles, citée par les garçons comme nouvelle, sans toutefois que cela comporte de connotation négative (Aubertin et Morel 2010).

Ces constats vont de pair avec un rapprochement vers des consommations observées dans d'autres pays membres de l'Union européenne, en particulier dans les pays nordiques et anglo-saxons, qui se caractérisent par une consommation non quotidienne, des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes, voire très importantes (associées à la pratique de « *binge drinking* », terme désignant la pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion dans une perspective de « défonce » (Herring *et al.* 2008, Jefferis *et al.* 2005)), et une acceptation sociale plus élevée de l'ivresse publique (Anderson *et al.* 2012).

La consommation de produits psychoactifs à l'adolescence fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et des acteurs de santé et de prévention, car c'est lors de cette période que se mettent en place les consommations susceptibles de perdurer à l'âge adulte. Observées de façon rétrospective à 17 ans, les expérimentations les plus précoces sont, dans l'ordre, celles de l'alcool, du tabac, suivies de l'entrée dans le tabagisme quotidien, puis du cannabis et de l'ivresse alcoolique. De nombreuses études indiquent qu'une initiation précoce à l'alcool ainsi qu'une consommation excessive à l'adolescence sont des facteurs de risque majeurs d'usages problématiques ultérieurs (Blomeyer *et al.* 2011, DeWit *et al.* 2000, Grant et Dawson 1997, Hawkins *et al.* 1997, Hingson *et al.* 2006, Jefferis *et al.* 2005, Stolle *et al.* 2009). Le cerveau des adolescents est particulièrement sensible à l'alcool, plus le début de la consommation est retardé, moins les problèmes liés à l'alcool et la dépendance ont de chances de survenir (Norberg *et al.* 2009).

Avec les réserves liées à l'utilisation de questions rétrospectives sur l'âge de la première ivresse, le Baromètre santé 2010 permet d'apporter un éclairage sur l'ensemble de la population française.

Ainsi, les consommateurs à risque selon l'Audit-C ont déclaré un âge de première ivresse plus précoce. D'autre part, la répétition de cette enquête et les résultats des enquêtes menées parmi les collégiens ou parmi les jeunes de 17 ans permettent de mesurer l'évolution de cette précocité. Ainsi, l'expérimentation de l'ivresse mesurée à 11 ans, 13 ans et 15 ans ne montre pas une précocité croissante entre 2006 et 2010 (Beck *et al.* 2007, Spilka *et al.*, 2012a). L'âge moyen de la première ivresse, mesuré parmi les jeunes de 17 ans, est demeuré stable depuis 2000, à 15,2 ans (Spilka *et al.*, 2012b). Enfin, la comparaison des âges de survenue des premières ivresses, mesurés par les Baromètres santé, entre les périodes 2000-2005 et 2005-2010 montre une légère diminution des ivresses survenues avant 14 ans, et globalement une stabilité de la précocité.

## FACTEURS ASSOCIÉS IDENTIFIÉS

Les résultats du Baromètre santé 2010 confirment l'existence de facteurs associés à la consommation d'alcool relativement complexes, dépendant du genre, de l'âge, ou de la vulnérabilité sociale des personnes.

En effet, chez les hommes, la consommation à risque chronique s'avère plus élevée parmi les artisans et commerçants et les agriculteurs, relativement aux cadres, tandis que chez les femmes, les cadres et les artisans sont les plus concernées par ce comportement, à l'inverse des professions intermédiaires, employés et ouvriers. Un niveau de diplôme supérieur au bac influe inversement entre hommes et femmes, puisqu'il est protecteur pour les hommes et facteur de consommation à risque pour les femmes. Les autres facteurs étudiés interviennent de manière identique selon le genre : avoir des difficultés financières, être au chômage, vivre seul, accroît le risque d'entrer dans une consommation d'alcool à risque.

Ces données confirment celles du Baromètre santé 2005 sur le lien entre consommation d'alcool, milieu social et genre (Beck *et al.* 2009), ainsi que celles de l'enquête ESPS 2002 (Com-Ruelle *et al.* 2008). L'élévation dans l'échelle sociale (niveau de diplôme, profession) se traduisait globalement par une diminution de la consommation régulière d'alcool pour les hommes, mais par une augmentation pour les femmes. Quant aux ivresses, elles étaient plus fréquentes chez les femmes titulaires d'un diplôme supérieur, sans qu'on observe de relation similaire parmi les hommes. Ainsi, plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de l'alcool convergent (Beck *et al.* 2006, Beck *et al.* 2008). Ces observations ne sont pas propres à la France, les comparaisons internationales montrant que les différences de genre sont corrélées aux gradients socio-économiques (Grittner *et al.* 2013). Les hypothèses permettant d'expliquer ce rapprochement de consommation entre hommes et femmes dans les milieux socio-économiques favorisés renvoient à une plus grande acceptation sociale de la consommation d'alcool des femmes dans ces milieux, à une plus grande exposition à l'alcool durant les études, ainsi qu'à un report de l'âge de la première grossesse (Huerta et Borgonovi 2010). Au niveau européen, une étude a montré par ailleurs que plus l'égalité des sexes (en termes de parité politique, économique et sociale) est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes (Bloomfield *et al.* 2006).

L'évolution des consommations à risque correspond à des tendances disparates au sein de la population. Si la part concernée se révèle stable parmi les actifs occupés, ainsi que parmi les plus faiblement diplômés et les personnes disposant des plus faibles revenus, l'augmentation de la part de buveurs à risque ponctuel et de buveurs à risque chronique ou de dépendance est très nette parmi les chômeurs et encore plus prononcée parmi les étudiants.

Les situations de précarité financière, sociale et professionnelle apparaissent comme des facteurs de risque de consommation à risque chronique ou de dépendance. En outre, à volume de consommation égal, les personnes appartenant aux plus faibles catégories socio-économiques ont un risque accru de développer des maladies liées à l'alcool par rapport aux plus favorisées (Rehm et al. 2009). D'après l'enquête sur les patients vus un jour donné en médecine de ville ou à l'hôpital menée en 2001 (Mouquet et Villet 2002), les personnes hospitalisées qui sont sans emploi ont 2,4 fois plus de risques d'être en situation d'alcoolisation excessive que celles qui ont un emploi et 2,7 fois plus de risques d'être alcoolo-dépendantes. Les relations entre consommations d'alcool à risque, difficultés socioprofessionnelles, violences, santé mentale, ont été retrouvées dans nos résultats et sont apparues fortement significatives, d'autant plus que la consommation est à risque. Il faut toutefois rappeler que ces mesures d'associations ne permettent en aucune façon de déterminer un sens de causalité entre ces deux problèmes. Enfin, parmi les patients vus en médecine de ville, ceux qui sont logés de façon précaire ou sont sans abri ont près de trois fois plus de risques d'être alcoolo-dépendants que ceux qui disposent d'un logement. L'enquête « sans domicile » coordonnée par l'INSEE et menée auprès d'un échantillon représentatif de personnes sans domicile en 2001 a toutefois montré que la consommation et les problèmes afférents sont très variables en fréquence et en intensité suivant le degré de précarité (Beck et al. 2006).

## CONCLUSION

La consommation d'alcool constitue un enjeu sanitaire majeur, pris en considération dans plusieurs plans de santé publique : loi de santé publique de 2004, plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Parmi les objectifs figurent la volonté de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%, de réduire la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance, de modifier les représentations par rapport à l'alcool, de permettre à chaque personne concernée de prendre conscience qu'elle présente une addiction (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie 2013). Par ailleurs, dix mesures de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) concernent l'alcool, dont l'interdiction de vente aux mineurs, l'interdiction des « *opens bars* », la réglementation des « *happy hours* ». Toutefois, des difficultés persistent quant à la mise en place de recommandations adaptées aux différents risques (court terme ou long terme, prévention du cancer ou des maladies coronariennes) ou aux différentes populations (grand public,

jeunes, femmes enceintes), si bien que les messages existants peuvent sembler peu lisibles. Ainsi, alors que dans les repères du Programme national nutrition santé 2011-2015 il est recommandé de ne pas dépasser deux verres de boissons alcoolisées par jour pour les femmes et trois verres pour les hommes, un rapport de l'INCa préconise une abstinence, tandis que l'OMS Europe développe pour sa part le message « *less is better* ». De plus, les conséquences de recommandations sur la consommation d'alcool d'une population sont difficiles à évaluer, tant celle-ci peut être liée à d'autres facteurs : tradition, disponibilité du produit, prix, publicité, conjoncture économique et sociale... (Latino-Martel *et al.* 2011).

Des modifications peuvent également être apportées dans le repérage et la prise en charge des personnes en difficultés avec l'alcool. En 2010, environ 140 000 consommateurs ont été reçus dans le système spécialisé des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour des problèmes de consommation d'alcool (Palle et Rattanaray, 2013). Près de 20 % des consommateurs n'ont été vus qu'une fois alors que, parmi les personnes prises en charge, environ les deux tiers étaient considérées comme alcoolo-dépendantes (Palle *et al.* 2008). La prise en compte de l'ensemble des séjours hospitaliers avec un problème d'alcool en diagnostic associé pourrait conduire à un chiffre nettement plus important, de l'ordre de 470 000 séjours en 2011 (Reynaud et Paille, à paraître). Les évolutions des modes de consommation et l'apparition de consommateurs intermittents alcoolo-dépendants pourraient également provoquer des changements en clinique alcoologique, pour le repérage des consommations à risque, ainsi que des adaptations des stratégies thérapeutiques associées. L'objectif d'abstinence définitive, la nécessité d'hospitalisation, ne sont en effet peut-être plus pertinents pour un mode intermittent d'alcoolisation (Batel 2011). Les interventions brèves auprès des personnes à risque, y compris dans le milieu du travail, et les programmes de traitement des personnes présentant des usages problématiques, bien qu'indispensables, ne bénéficieraient qu'à 5 % à 10 % des personnes qui en auraient besoin au sein de l'Union européenne (Anderson *et al.* 2012). Par ailleurs, seulement 13 % des médecins généralistes auraient recours à des questionnaires standardisés pour repérer les consommations problématiques d'alcool (Beck *et al.* 2011). La difficulté des professionnels de santé à aborder les problèmes d'alcoolisation a été soulignée par des travaux français récents (Bouix *et al.* 2002), encourageant la pratique du repérage précoce et d'interventions brèves, dont l'efficacité a été montrée pour les personnes ayant une consommation d'alcool nocive sans dépendance (Anderson *et al.* 2008, Beich *et al.* 2003).

La nécessité d'adopter conjointement des mesures structurelles et des mesures de prévention semble faire l'unanimité. Les mesures structurelles permettent de modifier l'environnement social et économique de la consommation d'alcool : encadrement réglementaire de la vente d'alcool, âge minimal pour l'achat, prise en

compte de la sécurité routière, limitation de la publicité, prévention situationnelle. Les mesures de préventions visent quant à elles à influencer sur les comportements individuels ou à accompagner les évolutions réglementaires : interventions brèves, campagnes d'information, recommandations pour une consommation à faible risque, programmes scolaires (Benec'h 2013). Les conclusions du dernier rapport de l'OMS sur les stratégies à adopter pour faire face au problème de l'alcool en Europe soulignent que les efforts accomplis ces dernières années sur les programmes d'information, de prévention, et d'action communautaire devraient dorénavant s'accompagner de lutte contre la disponibilité du produit, de régulation de sa vente et sa publicité (Anderson et al. 2012).

L'ensemble de ces éléments souligne l'importance d'adapter et de poursuivre les efforts des autorités publiques, des éducateurs, des acteurs de prévention et des associations dans la réduction de la fréquence des ivresses, des alcoolisations ponctuelles importantes, des consommations régulières ainsi que dans la recherche de stratégies pour réduire les complications potentielles.

## BIBLIOGRAPHIE

- Académie nationale de médecine, Académie des sciences, CIRC, FNCLCC, *Les Causes du cancer en France*, 2007, 275 p.
- Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.), *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, Paris, 2008, 141 p.
- Anderson P., Moller L., Galea G., *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*, Copenhague, 2012, 161 p.
- Aubertin M.-X., Morel T., *Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans no-nos limit(es)!*, Paris, Haut-commissaire à la Jeunesse, 2010, 85 p.
- Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F., Bouvard V., Altieri A., Coglianò V., « Carcinogenicity of alcoholic beverages », *The Lancet Oncology*, n° 8, 2007, p. 292-293.
- Batel P., « Évolution des modes d'alcoolisation », *La Revue du praticien*, n° 61, 2011, p. 1364-1368.
- Beck F., De Peretti G., Legleye S., « L'alcool donne-t-il un genre ? », *Travail, genre et sociétés*, 2006, p. 141-160.
- Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S., « Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques », *Médecine/science*, n° 23, 2007, p. 1162-1168.
- Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L., « Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 59, 2011, p. 285-294.
- Beck F., Legleye S., Maillochon F., De Peretti G., « Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes », dans *Femmes et hommes. Regards sur la parité*, édition 2008, Paris, La Documentation française, 2008, p. 65-82.
- Beck F., Legleye S., Maillochon F., De Peretti G., « La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005 », *BEH*, 2009, p. 90-93.

- Beck F., Legleye S., Spilka S., « L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype », *Économie et statistique*, n° 391, 2006, p. 131-149.
- Beck F., Léon C., Guillemont J., « Consommations de boissons alcoolisées », dans *Baromètre santé nutrition 2008*, Saint-Denis, INPES, 2009, p. 162-182.
- Bègue L., « Les résultats de l'étude VAMM1. Étude évaluative sur les relations entre violence et alcool », Paris, DGS, conférence de presse *Liens entre alcool et violence. Les résultats de la première étude française spécifique*, 2008.
- Beich A., Thorsen T., Rollnick S., « Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, n° 327, 2003, p. 536-42.
- Benec'h G., *Les jeunes et l'alcool. Prévenir les conduites à risque*, coll. Aide-mémoire, 2014, Dunod-AIRDDS, 168 p.
- Besson D., « Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation », *INSEE Première*, n° 966, 2004.
- Blomeyer D., Buchmann A. F., Schmid B., Jennen-Steinmetz C., Schmidt M. H., Banaschewski T., Laucht M., « Age at first drink moderates the impact of current stressful life events on drinking behavior in young adults », *Alcohol Clin Exp Res*, n° 35, 2011, p. 1142-8.
- Bloomfield K., Allamani A., Beck F., Bergmark K., Csemy L., Eisenbach-Stangl I., Elekes Z., Gmel G., Kerr-Corrêa F., Knibbe R., *Gender, Culture and Alcohol Problems: a multi-national study*, Med Council on Alcohol, 2006.
- Bouix J., Gache P., Rueff B., Huas D., « Parler d'alcool reste un sujet tabou », *Revue du praticien médecine générale*, n° 16, 2002.
- Bush K., Kivlahan D. R., McDonell M. B., Fihn S. D., Bradley K. A., « The Audit alcohol consumption questions (Audit-C): an effective brief screening test for problem drinking », *Archives of Internal Medicine*, n° 158, 1998, p. 1789-1795.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P., *Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France*, Paris, IRDES, 2008, 100 p.
- Delfau G., César G., *L'Avenir de la viticulture française : entre tradition et défi du Nouveau Monde. Rapport d'information n° 349 (2001-2002)*, Sénat, 2002, 141 p.
- Dewit D. J., Adlaf E. M., Offord D. R., Ogborne A. C., « Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders », *American Journal of Psychiatry*, n° 157, 2000, p. 745-750.
- DREES, *L'État de santé de la population. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*, 2010.
- Grant B. F., Dawson D. A., « Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey », *Journal of Substance Abuse*, n° 9, 1997, p. 103-110.
- Grittner U., Kuntsche S., Gmel G., Bloomfield K., « Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels--results from an international study », *Eur J Public Health*, n° 23, 2013, p. 332-9.
- Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C., « Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009 », *BEH*, 2013, p. 163-168.
- Hawkins J. D., Graham J. W., Maguin E., Abbott R., Hill K. G., Catalano R. F., « Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 58, 1997, p. 280-290.
- Herring R., Berridge V., Thom B., Bellido-Blasco J.-B., « Binge drinking: an exploration of a confused concept », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 62, 2008, p. 476-479.
- Hill C., « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 30, 2000, p. 14-17.
- Hingson R. W., Heeren T., Winter M. R., « Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, n° 160, 2006, p. 739.
- Huerta M. C., Borgonovi F., « Education, alcohol use and abuse among young adults in Britain », *Soc Sci Med*, n° 71, 2010, p. 143-51.
- INCa, NACRe, *Alcool et risque de cancers*, INCa, 2007, 60 p.
- INSERM, *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*, Paris, INSERM, 2003, 537 p.

- Jefferis B. J., Power C., Manor O., « Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort », *Addiction*, n° 100, 2005, p. 543-9.
- Klingemann H., *L'Alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée*, Copenhague, OMS-Bureau régional de l'Europe, 2001, 16 p.
- Latino-Martel P., Arwidson P., Ancellin R., Druetne-Pecollo N., Hercberg S., Le Quellec-Nathan M., Le Luong T., Maraninchi D., « Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking », *Canadian Medical Association Journal*, n° 183, 2011, p. 1861-5.
- Legleye S., Beck F., « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », dans *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES, 2007, p. 112-154.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O., *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, Paris, OFDT, 2007, 77 p.
- Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Janssen E., Godeau E., Beck F., « Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites », dans *La Santé des élèves de 11 à 15 ans en France / 2006 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*, Saint-Denis, INPES, 2008, p. 128-163.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M., « Alcool, tabac et cannabis à 16 ans », *Tendances*, 2009, p. 1-6.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., *Les Drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008*, OFDT, 2009, 6 p.
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, Paris, La Documentation française, 2013, 121 p.
- Mouquet M. C., Villet H., « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et résultats*, 2002, p. 1-11.
- Norberg K. E., Bierut L. J., Gruzca R. A., « Long-term effects of minimum drinking age laws on past-year alcohol and drug use disorders », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 33, 2009, p. 2180-2190.
- Nutt D., King L. A., Saulsbury W., Blakemore C., « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *The Lancet*, n° 369, 2007, p. 1047-53.
- OFDT, *Drogues. Chiffres clés*, 2012, 8 p.
- ONISR, *La Sécurité routière en France. Bilan de l'année 2009*, 2009, 316 p.
- Palle C., Lemieux C., Prisse N., Morfini H., *Les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006*, OFDT, 2008, 96 p.
- Palle C., Rattanatray M., *Rapports d'activités des CSAPA*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 96 p.
- Peretti-Watel P., « Alcool et cancer », dans *Baromètre cancer 2005*, Saint-Denis, INPES, 2006, p. 80-97.
- Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S., *Les Usages sociaux des drogues*, Paris, PUF, 2007, 226 p.
- Pérez-Diaz C., Huré M. S., « Violences, alcool et santé mentale », *Alcoologie et addictologie*, n° 28, 2006.
- Pérez-Diaz C., Huré M. S., « Heavy drinking and the disposition of intimate partner violence cases in French courts », *Drug and Alcohol Review*, n° 30, 2011, p. 490-495.
- Perrine A., Develay A., « Recours aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour », *BEH*, 2013, p. 195-198.
- Rehm J., Baliunas D., Borges G. L., Graham K., Irving H., Kehoe T., Parry C. D., Patra J., Popova S., Poznyak V., Roerecke M., Room R., Samokhvalov A. V., Taylor B., « The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview », *Addiction*, n° 105, 2010, p. 817-43.
- Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J., « Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders », *The Lancet*, n° 373, 2009, p. 2223-33.
- Reynaud M., Paille F., « Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français. PMSI et alcool », à paraître, p. <http://documentation.fhp.fr/documents/18939P.pdf>.
- Roques B., *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, Paris, rapport au secrétariat d'État à la Santé, 1998, 316 p.
- Saunders J. B., Aasland O. G., T.F. B., De La Fuente J. R., Grant M., « Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II », *Addiction*, n° 88, 1993, p. 791-804.

- Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Guignard R., Godeau E., « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites », dans *La Santé des collégiens en France / 2010*, INPES, 2012a, p. 147-181.
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, 2012b, p. 1-4.
- Stolle M., Sack P. M., Thomasius R., « Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions », *Deutsches Ärzteblatt International*, n° 106, 2009, p. 323.
- Van Amsterdam J., Opperhuizen A., Koeter M., Van Den Brink W., « Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population », *Eur Addict Res*, n° 16, 2010, p. 202-207.
- World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol and Health*, Genève, 2011, 85 p.



# Cannabis



## Résumé

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. Parmi les 15-64 ans, 32% l'ont déjà expérimenté (40% parmi les hommes et 25% parmi les femmes) et 8% déclarent en avoir consommé au cours de l'année (12% parmi les hommes, 5% parmi les femmes). La proportion d'usagers au cours du mois atteint 5%, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : 12% des 15-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 5% en sont usagers réguliers et 2,6% quotidiens. Après avoir presque doublé au cours des années 1990, les usages de cannabis au cours de l'année ou au cours du mois se sont stabilisés depuis 2000.

La France est l'un des pays les plus concernés. En 2010, 13,4 millions de personnes déclaraient avoir déjà pris du cannabis au cours de leur vie, 3,8 millions au cours de l'année, 1,2 million au moins 10 fois au cours du mois et 550 000 quotidiennement.

Les hommes se déclarent proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes et cet écart s'accroît avec l'élévation du niveau d'usage.

Le cannabis se diffuse dans toutes les couches de la société, mais il existe des différences suivant le milieu social. L'expérimentation et l'usage occasionnel se trouvent associés à des situations d'intégration sociale, tandis que l'usage régulier l'est à des situations de relégation ou de difficultés sociales. Parmi les actifs de 18-64 ans en emploi, les cadres et les ouvriers ont les niveaux les plus élevés (respectivement 9% et 8% d'usagers dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles (4%). L'usage actuel de cannabis s'avère par ailleurs nettement plus fréquent dans les métiers de la construction, la restauration, l'information et la communication, et les arts et spectacles.

Une différenciation dans les profils des usagers de cannabis s'est opérée entre 2005 et 2010 : diminution sensible parmi les étudiants par rapport aux actifs occupés, écart de plus en plus important entre les chômeurs et les actifs occupés et entre les personnes ayant un diplôme inférieur au bac et celles ayant au moins le bac. Ces évolutions vont dans le sens d'usages plus importants parmi les publics les plus fragiles socialement.

Près de la moitié des personnes âgées de 15 à 64 ans jugent que, si elles le souhaitent, il leur serait facile d'obtenir du cannabis dans les vingt-quatre heures. Cette proportion a baissé depuis 2005, période à laquelle 55% jugeaient facile de s'en procurer. Parmi les usagers récents de cannabis, 48% déclarent n'avoir rien dépensé durant le dernier mois pour leur usage, les femmes plus souvent que les hommes (61% vs 44%); 17% rapportent une dépense mensuelle inférieure à 20 euros, 19% entre 20 et 99 euros, et 16% plus de 100 euros pour leur usage.

La précocité de l'entrée dans l'usage de cannabis est un signe précurseur d'usage intensif. Ainsi, 32% des individus ayant consommé du cannabis avant 13 ans sont devenus usagers réguliers de cannabis (17% devenus usagers quotidiens), une proportion qui concerne 4% (2% devenus usagers quotidiens) de ceux ayant expérimenté à 18 ans. Les chiffres ne montrent pas, au contraire, un rajeunissement des expérimentations de cannabis.

Parmi les usagers actuels de cannabis, 21% sont identifiés comme des usagers à risque faible, et 20% à risque élevé d'abus ou de dépendance. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7% des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7% des hommes et 0,8% des femmes).

## INTRODUCTION

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée en France. Au cours des deux dernières décennies, la part de la population adulte ayant déjà expérimenté le cannabis n'a cessé d'augmenter, cette augmentation étant essentiellement due à la généralisation de l'expérimentation du cannabis chez les jeunes. Le constat d'une telle évolution a récemment entraîné de nombreux débats autour de l'opportunité de faire évoluer la législation française concernant ce produit, les données épidémiologiques étant largement mises à contribution pour étayer les différentes thèses et propositions ou pour justifier les choix politiques opérés. Depuis près de vingt ans, les différents Baromètres santé menés par l'INPES en population générale sont ainsi utilisés pour renseigner les pouvoirs publics et les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux sur les évolutions des pratiques d'usage de substances psychoactives de l'ensemble de la population comme des différentes catégories qui la composent.

Différentes catégories de comportements peuvent être mobilisées pour l'analyse : l'abstinence (n'avoir jamais consommé de cannabis au cours de sa vie), l'expérimentation (en avoir déjà pris au moins une fois), la consommation actuelle (en avoir pris au cours des douze derniers mois), l'usage récent (en avoir pris au cours des trente derniers jours) et, enfin, l'usage régulier (en avoir pris au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Mais il convient de souligner que les consommations de cannabis renvoient à des contextes d'usage très divers. Elles peuvent être abordées autant comme marqueurs d'un certain mode de vie que comme des pratiques présentant certains risques sanitaires et sociaux. La diversité des usages est donc ici abordée d'un point de vue quantitatif, essentiellement par la fréquence des consommations.

Un des enjeux de ce chapitre est de bien rendre compte de la variété de profils des consommateurs de cannabis et de l'évolution des pratiques.

### Définition

---

**Le cannabis est une plante dont le principe actif est le THC (tétrahydrocannabinol). Inscrit sur la liste des stupéfiants, il est consommé sous trois formes : l'herbe (feuilles, tiges et fleurs), la résine (le haschisch) et l'huile (plus concentrée en principe actif). Généralement, l'herbe et le haschisch se fument sous forme de joint (avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. La concentration en principe actif est variable selon les préparations et la provenance du produit. Les usagers recherchent en général un état de détente, de bien-être, accompagné d'une modification des perceptions. Les effets à court terme sont variables : légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement, légère somnolence, mais aussi en cas de dosage excessif, malaise, nausées, impression de confusion, d'étouffement, angoisse. La concentration, la mémoire immédiate, la perception visuelle, la vigilance et les réflexes peuvent être diminués.**

---

# RÉSULTATS

## NIVEAUX D'USAGE PAR SEXE ET ÂGE

Parmi les 15-64 ans, 42,9% des individus interrogés se sont vu proposer au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. Les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à le déclarer (50,8% vs 35,3% ;  $p < 0,001$ ) et les individus âgés de 20 à 34 ans sont ceux qui ont été les plus sollicités. Il s'agit de la drogue illicite de loin la plus souvent proposée et la plus consommée en France. Parmi les 15 à 64 ans, un tiers (32,1%)<sup>44</sup> l'ont déjà expérimentée et 8,4% déclarent en avoir consommé au cours des douze derniers mois (tableau 1).

Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, au point que les proportions d'usages au cours de l'année deviennent négligeables au-delà de 45 ans. Parmi les 15-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,6%, ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations : 11,7% des 15-25 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 5,2% en sont usagers réguliers et 2,6% usagers quotidiens.

### Lexique

**Proposition** : déclarer s'être vu proposer un produit au moins une fois au cours de la vie.

**Expérimentation** : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours de la vie.

**Usage actuel (ou au moins occasionnel)** : déclarer avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.

**Usage récent** : déclarer avoir consommé un produit au moins une fois au cours des trente derniers jours.

**Usage régulier** : déclarer avoir consommé un produit au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

**TABLEAU 1 : Niveaux de proximité du cannabis parmi les 15-64 ans selon l'âge**

	15-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Ensemble
Proposition	57,5	64,0	48,4	30,6	15,5	42,9
Expérimentation	39,5	51,8	38,0	22,6	10,1	32,1
Usage actuel	20,6	13,8	5,1	2,4	0,8	8,4
Usage récent	11,7	7,5	2,8	1,0	0,2	4,6
Usage régulier	5,2	4,1	1,2	0,5	0,1	2,2

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

44 Dont 11,4% déclarant « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais précisant ultérieurement avoir déjà consommé « pour y goûter ».

Rapportés à l'ensemble de la population en effectif, on estime que 13,4 millions de personnes ont déjà consommé du cannabis au moins une fois en France métropolitaine, que 3,8 millions en sont usagers actuels et 1,2 million en sont usagers réguliers, parmi lesquels 550 000 sont des fumeurs quotidiens.

Les hommes se déclarent proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes. La différence entre hommes et femmes s'avère d'autant plus importante que l'on observe des niveaux d'usage élevés. Le détail montre en effet que l'usage au cours du mois concerne 6,8% des hommes de 15-64 ans contre 2,5% des femmes, l'usage régulier 3,4% des hommes contre 1,0% des femmes, et enfin l'usage quotidien 1,7% des hommes contre 0,5% des femmes. Plus la fréquence de consommation augmente, plus le sex-ratio associé s'élève, passant de 1,6 pour l'expérimentation à 3,4 pour l'usage régulier (tableau 2).

**TABLEAU 2 : Niveaux de proximité du cannabis parmi les 15-64 ans selon le sexe**

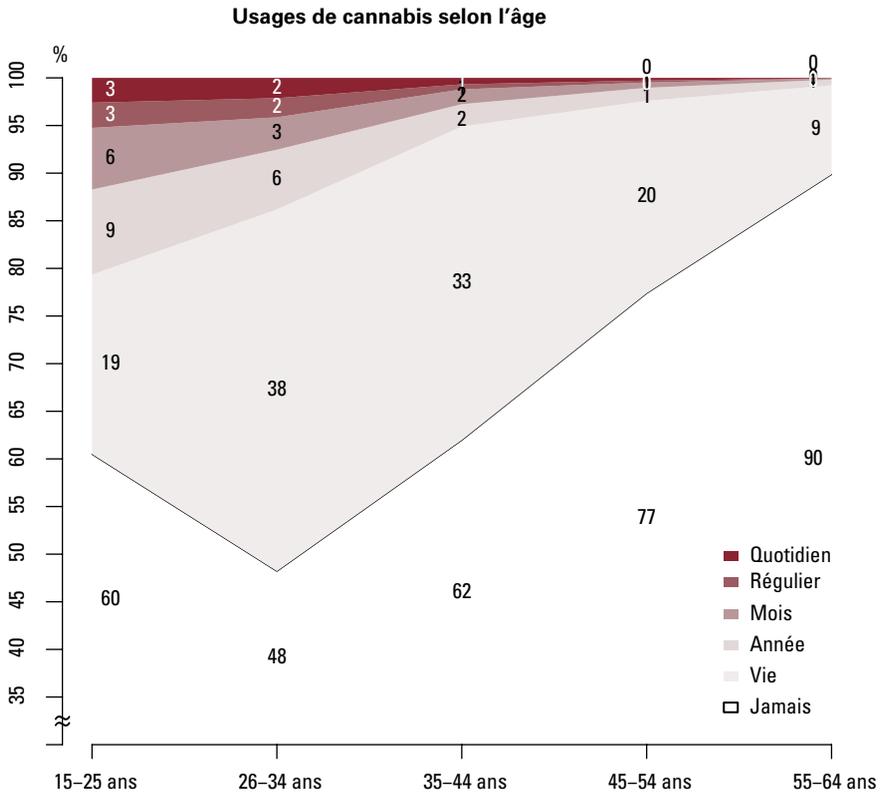
	Hommes	Femmes	Sex-ratio	Ensemble
Proposition	50,8	35,3	1,4	<b>42,9</b>
Expérimentation	39,5	25,0	1,6	<b>32,1</b>
Usage actuel	11,9	5,1	2,3	<b>8,4</b>
Usage récent	6,8	2,5	2,7	<b>4,6</b>
Usage régulier	3,4	1,0	3,4	<b>2,2</b>

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

En plus d'un effet de génération (les niveaux d'expérimentation diminuant à partir de 35 ans), les usages se raréfient très vite avec l'âge (figure 1), montrant que si le cannabis est un produit qui se diffuse parmi les plus jeunes, son usage est le plus souvent abandonné lors du passage à l'âge adulte. Il se différencie grandement en cela de produits tels que le tabac ou l'alcool dont le potentiel addictif apparaît bien supérieur à celui du cannabis.

Comme montré par ailleurs, ces disparités illustrent le fait que le consommateur type de cannabis est un homme, plutôt jeune. Une analyse plus détaillée montre que les usages au cours des douze derniers mois sont majoritairement concentrés (79% d'entre eux) entre 15 et 34 ans. Les consommateurs plus âgés apparaissent ainsi relativement atypiques, et ce d'autant plus qu'ils sont usagers plus fréquents : 83% des usagers réguliers ont entre 15 et 34 ans. Enfin, il faut souligner que les usages quotidiens restent, à tous les âges et dans toutes les générations, circonscrits, ne dépassant jamais 4% d'une classe d'âge.

FIGURE 1 : Types d'usage de cannabis selon l'âge



Note : l'axe des ordonnées est tronqué à 30%.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## MILIEU SOCIAL DES CONSOMMATEURS ET FACTEURS ASSOCIÉS

Si le sexe et l'âge restent les premiers facteurs discriminants pour la consommation de produits illicites et donc de cannabis, l'analyse de certains aspects sociodémographiques laisse apparaître d'importantes lignes de partage entre les différents types d'usagers d'une part et les abstinentes d'autre part. Alors que le cannabis apparaît relativement bien diffusé dans toutes les couches de la société, il semble néanmoins exister des différences suivant le milieu social des individus.

**TABEAU 3 : Régressions logistiques parmi les 15-34 ans sur l'usage occasionnel dans l'année (contre ceux qui n'ont pas consommé de cannabis dans l'année) et sur l'usage régulier (contre ceux qui consomment moins souvent), parmi ceux qui l'ont expérimenté (ayant déclaré un âge d'initiation)**

Variables	Usage année non régulier		Usage régulier	
	ORa	IC	ORa	IC
<b>Sexe</b>				
Homme	1,7***	[1,4-2,0]	2,2***	[1,7-3,0]
Femme (réf.)	- 1 -		- 1 -	
<b>Âge</b>				
15-19 ans	2,3***	[1,7-3,1]	1,2	[0,8-1,8]
20-25 ans (réf.)	- 1 -		- 1 -	
26-34 ans	0,6***	[0,5-0,8]	0,7**	[0,5-0,9]
<b>Niveau de diplôme</b>				
<Bac (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Bac	1,0	[0,8-1,2]	0,8	[0,6-1,1]
>Bac	1,0	[0,8-1,2]	0,5***	[0,3-0,7]
<b>Situation professionnelle</b>				
Travaille (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Étudiant	2,1***	[1,6-2,8]	0,7	[0,5-1,1]
Au chômage/inactif	1,2	[0,9-1,5]	1,8**	[1,3-2,4]
<b>1<sup>er</sup> quintile de revenu/uc</b>				
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Oui	1,0	[0,8-1,2]	0,8	[0,6-1,1]
<b>Taille d'agglomération</b>				
<20 000 (réf.)	- 1 -		- 1 -	
>=20 000	1,1	[0,9-1,4]	1,1	[0,8-1,5]
Agglomération parisienne	1,5**	[1,2-1,9]	1,6*	[1,1-2,2]
<b>PCS</b>				
Agriculteurs...	0,7	[0,3-1,7]	0,4	[0,1-3,1]
Artisans...	1,2	[0,8-1,8]	1,3	[0,8-2,2]
Cadres...	1,2	[0,9-1,6]	0,7	[0,4-1,1]
Professions intermédiaires...	1,2	[0,9-1,5]	1,1	[0,8-1,6]
Employés	0,9	[0,7-1,2]	0,7*	[0,5-1,0]
Ouvriers (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Autres	1,2	[0,3-3,9]	2,2	[0,6-7,5]
<b>Vit seul</b>				
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Oui	1,5***	[1,2-1,8]	1,9***	[1,4-2,5]
<b>Violence douze mois</b>				
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Oui	1,5***	[1,2-1,7]	1,5**	[1,2-1,9]
<b>Détresse psychologique</b>				
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -	
Oui	1,4*	[1,1-1,8]	1,2	[0,8-1,7]

Variables	Usage année non régulier		Usage régulier	
	ORa	IC	ORa	IC
<b>Âge d'initiation</b>				
13 ans ou - (réf.)	- 1 -		- 1 -	
14 ans	1,0	[0,5-1,7]	0,6*	[0,3-1,0]
15 ans	1,0	[0,6-1,6]	0,5**	[0,3-0,8]
16 ans	1,0	[0,6-1,7]	0,4***	[0,3-0,6]
17 ans	0,7	[0,4-1,2]	0,3***	[0,2-0,5]
18 ans ou +	0,7	[0,4-1,2]	0,1***	[0,1-0,2]

Note : \* \*\* \*\*\* :  $p < 0,05$  ;  $p < 0,01$  ;  $p < 0,001$  ; résultats obtenus par le test de Wald.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

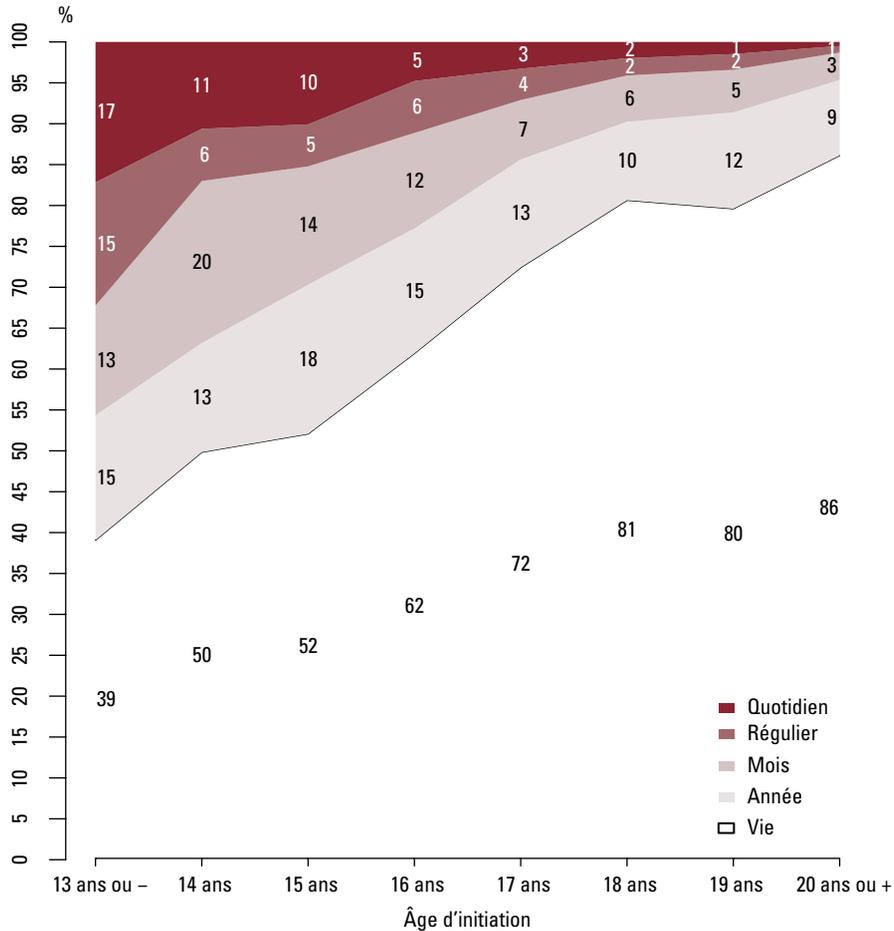
La modélisation de l'usage occasionnel (au cours de l'année mais pas régulier) de cannabis mise en regard de celle de l'usage régulier se révèle riche d'enseignements. En effet, certaines variables présentent un lien similaire dans les deux modèles, par exemple le fait de vivre seul, de résider dans l'agglomération parisienne ou d'avoir subi des violences au cours des douze derniers mois, qui apparaissent liées à l'usage occasionnel de cannabis ainsi qu'à l'usage régulier (tableau 3). On peut également noter que si la détresse psychologique n'est pas associée à l'usage régulier de cannabis, paradoxalement elle l'est à l'usage occasionnel, même si ce lien apparaît parmi les plus faibles de ceux observés dans les modèles. D'un autre côté, le statut d'activité, le niveau de diplôme et surtout l'âge d'initiation au cannabis permettent de distinguer très clairement l'usage occasionnel de l'usage régulier : ce dernier se révèle très lié à la situation de chômage ainsi qu'au fait d'avoir un faible niveau de diplôme et d'avoir commencé jeune la consommation de cannabis, tandis que l'usage occasionnel est lié au statut d'étudiant mais semble indépendant du niveau de diplôme et de l'âge d'initiation au produit, toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, l'usage occasionnel et l'usage régulier semblent coïncider avec des situations sociales bien différentes, l'usage occasionnel étant associé à des situations d'intégration sociale, tandis que l'usage régulier le serait à des situations de relégation ou de difficultés sociales. Notons enfin que dans ce modèle, les très forts liens avec les autres substances psychoactives (alcool, autres drogues, et plus encore tabac) n'ont pas été envisagés, car ils sont déjà largement connus (Beck et al. 2008) et auraient masqué d'autres liens avec des facteurs sociaux qui se révèlent ici primordiaux.

## L'ÂGE D'ENTRÉE DANS LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Le type d'usage de cannabis apparaît très lié à l'âge d'initiation. Ainsi, 32% des individus ayant consommé du cannabis avant 13 ans sont devenus des usagers réguliers de cannabis (17% devenus usagers quotidiens), une proportion qui

concerne 4% (2% devenus usagers quotidiens) de ceux ayant expérimenté à 18 ans (figure 2). Cela rejoint des études ayant montré combien la précocité de l'entrée dans l'usage était un signe précurseur du maintien dans la consommation, que ce soit pour le cannabis (Beck et al. 2007, Fergusson et Horwood 1997) ou pour d'autres produits (Chen et al. 2009, Eliassen et al. 2009).

**FIGURE 2 : Type d'usages de cannabis selon l'âge d'initiation au produit**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Ainsi, la prévention de l'entrée précoce dans l'usage de cannabis s'avère primordiale et le suivi de l'âge moyen d'initiation au cannabis au fil du temps un indicateur important, même s'il doit être analysé avec prudence et complété par d'autres indicateurs (Obradovic et Beck 2013). De ce fait, il est très utile d'observer le pourcentage d'individus ayant expérimenté avant l'âge médian, qui se situe à 16 ans. Pour pallier le fait que l'étude de l'expérimentation garde en mémoire tous les comportements passés, avec un biais de déclaration potentiellement

important, il est possible de comparer les âges d'expérimentation d'une tranche d'âge particulièrement concernée, ici les 15-25 ans, sur des périodes équivalentes : les cinq années précédant l'enquête, reflétant ainsi une « époque » (tableau 4).

**TABLEAU 4 : Part d'expérimentateurs par âge d'initiation au cours des cinq années précédant l'enquête, en 2005 et 2010, par sexe parmi les 15-25 ans**

Année d'enquête	Ensemble		Garçons		Filles	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
<i>Effectifs de 15-25 ans</i>	5 277	3 854	2 425	1 881	2 852	1 973
% d'expérimentateurs	42,1	39,5*	48,7	44,5	35,4	34,4
% d'expérimentateurs dans les cinq dernières années	25,1	23,7	27,8	26,9	22,2	20,5
<b>Proportion ayant expérimenté avant...</b>						
12 ans ou moins	0,8	0,1	0,7	0,0	0,9	0,2
13 ans	3,7	2,1	3,8	2,3	3,7	1,8
14 ans	12,6	7,7***	12,3	9,3	12,9	5,7
15 ans	28,3	22,4***	28,6	24,8	27,9	19,3
16 ans	50,7	42,4***	50,3	43,5	51,2	41,0
17 ans	68,9	63,7	67,9	66,0	70,3	60,8
18 ans	84,7	82,0	84,7	84,2	84,7	79,1
19 ans	90,6	89,3	90,7	91,0	90,4	87,2
20 ans ou plus	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0
<b>Âge moyen</b>	<b>16,7</b>	<b>17,0</b>	<b>16,7</b>	<b>16,9</b>	<b>16,7</b>	<b>17,2</b>
<i>Effectifs des 15-25 ans ayant expérimenté dans les cinq ans</i>	1 367	911	697	505	670	406
ESCAPAD : % d'expérimentateurs à 17 ans	49,4	41,5	53,1	44,0	45,5	38,9
ESCAPAD : âge moyen d'expérimentation à 17 ans	15,0	15,3				

Sources : Baromètres santé 2005, 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT).

Parmi les 15-25 ans, la proportion d'expérimentation récente avant 16 ans a diminué au cours des dix dernières années, passant de 50,7 % des expérimentateurs sur la période 2000-2005 à 42,4 % entre 2005 et 2010. L'âge moyen d'initiation est ainsi passé de 16,7 ans à 17,0 ans, une augmentation concordante avec les résultats observés parmi les seuls jeunes de 17 ans, dont l'âge moyen d'initiation est passé de 15,0 ans en 2005 à 15,3 ans en 2011 (Spilka et al. 2012).

## LES USAGES DE CANNABIS DANS CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ

Le Baromètre santé 2010 confirme que certains secteurs professionnels sont davantage concernés par les phénomènes d'usage de cannabis. La consommation actuelle de cannabis (usage au cours de l'année) s'avère ainsi nettement plus fréquente dans la construction, la restauration, l'information et la communication, et de manière encore plus prononcée dans les arts et spectacles (16,6 % de consommateurs dans l'année). Se démarquent également cinq secteurs d'activité

dont les consommations sont significativement plus faibles que le reste des actifs : les transports, l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé humaine et de l'action sociale, et les activités de services des ménages. Cette tendance observée sur le cannabis s'observe par ailleurs pour la quasi-totalité des substances psychoactives (Beck et al. 2013).

Toutefois, les analyses par secteur d'activité sont à interpréter avec précaution, du fait du caractère fortement sexué de certains d'entre eux (par exemple la construction compte 90 % d'hommes et la santé/action sociale 83 % de femmes) et des différences de consommation de certaines substances selon le genre déjà bien connues.

Les analyses réalisées pour chaque sexe permettent de confirmer et/ou d'affiner ces résultats. Ainsi, certaines tendances observées parmi l'ensemble des actifs s'avèrent principalement portées par les hommes, telle que la surconsommation de produits dans le domaine de la construction ou des arts et spectacles, d'autres mixtes, comme les spécificités de la restauration ou de l'administration publique (tableau 5).

**TABLEAU 5 : Consommation de cannabis dans l'année des actifs occupés par secteurs d'activité professionnelle**

Secteur d'activité (NAF)	Ensemble	Hommes	Femmes
Ensemble (n=14 795)	6,9	9,6	3,8
Agriculture, sylviculture et pêche (n=417)	6,2	7,0	3,5
Construction (n=987)	13,0***	13,9***	4,5
Commerce (n=1 562)	7,4	9,5	5,6*
Transport, entreposage (n=745)	5,0*	5,8***	2,7
Hébergement, restauration (n=441)	12,9**	17,6**	8,1*
Information, communication (n=488)	10,7*	12,8	5,6
Administration publique et défense (n=1 194)	3,6***	4,7***	2,2**
Enseignement (n=1 391)	5,2*	8,9	3,5
Santé humaine, action sociale (n=2 548)	4,0***	8,3	3,1
Arts, spectacle et services récréatifs (n=258)	16,6***	24,6***	5,5
Services des ménages (n=233)	0,7***	3,0	0,4***

Les significativités sont indiquées pour chaque code NAF relativement aux autres codes, aux seuils de : 0,05 \* ; 0,01 \*\* ; 0,001 \*\*\*

NAF : nomenclature d'activités françaises (en 21 sections).

NB : Seuls les secteurs se distinguant significativement de l'ensemble sont présentés dans ce tableau.

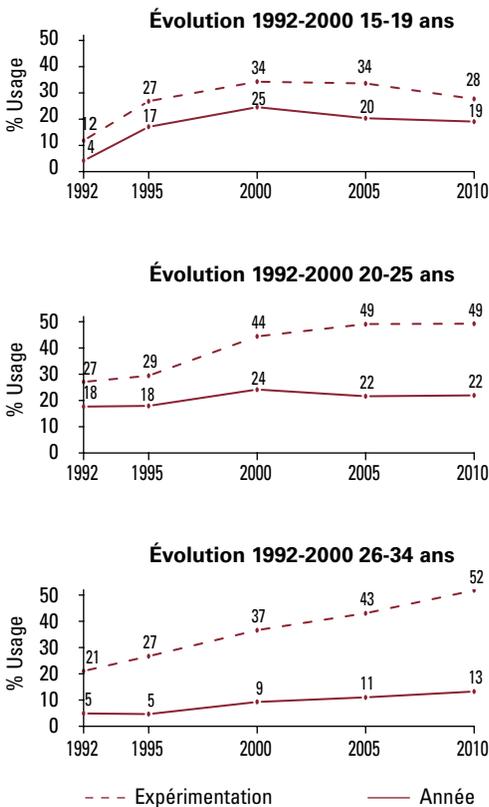
Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## ÉVOLUTION DEPUIS LES ANNÉES 1990

Entre 2005 et 2010, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse de 28,6 % à 32,1 % parmi les 15-64 ans ( $p < 0,001$ ), dans la continuité de celle observée depuis les années 1990<sup>45</sup>. La consommation au cours de l'année, après une forte augmentation jusqu'aux années 2000, s'est stabilisée à un peu plus de 8 % (8,4 % de consommateurs au cours de l'année en 2010), de même que la consommation au cours du mois, stable à 4,6 % entre 2005 et 2010.

L'âge moyen des consommateurs de cannabis a beaucoup augmenté par rapport au début des années 1990, de plus de 2 ans, pour atteindre 27,7 ans en 2010.

**FIGURE 3 : Évolutions de l'expérimentation et de l'usage au cours de l'année de cannabis, entre 1992 et 2010, parmi les 15-19 ans, 20-25 ans et 26-34 ans.**



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, INPES.

45 L'expérimentation est une mesure de stock : tout expérimentateur le reste, qu'il renouvelle ou non sa consommation par la suite. Mesurée sur l'ensemble de la population, l'expérimentation ne peut donc baisser que lorsqu'une part de la génération des expérimentateurs disparaît : dans le cas du cannabis, surtout expérimenté par les jeunes, cela ne peut se produire que sur une période longue. Un produit pourrait donc très bien s'avérer de moins en moins expérimenté et voir son niveau d'expérimentation croître néanmoins sur une période relativement courte, car tout nouvel expérimentateur augmente le stock d'expérimentateurs dans la population.

Les évolutions observées depuis 1992 selon les différentes tranches d'âge soulignent également un ralentissement, voire une baisse, de l'usage de cannabis (figure 3). En effet, parmi les 15-19 ans, la part d'expérimentateurs a stagné entre 2000 et 2005 puis diminué en 2010 (28% vs 34% en 2005), et la part d'utilisateurs au cours de l'année stagne autour d'une personne sur cinq. Parmi les 20-25 ans, ces proportions se révèlent stables entre 2005 et 2010, avec 49% d'expérimentateurs et 22% d'utilisateurs au cours de l'année. Enfin, c'est seulement parmi les 26-34 ans que s'observe une augmentation de l'expérimentation, reflétant en partie les augmentations passées observées parmi les plus jeunes.

Parmi les chômeurs de 18 à 64 ans, l'ensemble des indicateurs d'usage de cannabis (expérimentation, usage dans l'année, usage dans le mois) est en hausse entre 2005 et 2010, alors que seule l'expérimentation l'est parmi les actifs occupés (tableau 6a). On retrouve ce résultat parmi les 18-34 ans (tableau 6b). En revanche, les étudiants présentent un niveau d'expérimentation en baisse entre 2005 (47,0%) et 2010 (42,5%).

L'évolution des odds-ratios issus de régressions logistiques menées en 2000, 2005 et 2010 met en évidence une différenciation croissante dans les profils d'utilisateurs de cannabis : diminution sensible de la consommation parmi les étudiants par rapport à celle des actifs occupés, écart de plus en plus important entre les chômeurs et les actifs occupés, et entre les personnes ayant un diplôme inférieur au bac et celles ayant au moins le bac, en particulier pour l'usage au cours du mois, dans le sens de consommations de plus en plus importantes parmi les publics les plus fragiles (tableau 7).

**TABLEAU 6a : Évolution de l'usage de cannabis parmi les 15-64 ans**

	1992	1995	2000	2005	2010
<b>Ensemble 15-64 ans</b>					
Expérimentation	12,7	17,0	23,9	28,6	32,1***
Année	4,3	4,9	8,6	8,2	8,4
Mois	-	-	5,0	4,6	4,6
Âge moyen des consommateurs actuels	25,1	25,2	25,1	26,6	27,7
<b>Actifs occupés 18-64 ans</b>					
Expérimentation	14,2	19,2	24,6	30,7	35,8***
Année	3,5	4,4	6,0	6,5	6,7
Mois	-	-	3,3	3,7	3,5
<b>Chômeurs 18-64 ans</b>					
Expérimentation	16,8	24,4	26,7	33,9	42,4***
Année	5,0	5,9	10,2	11,9	14,9*
Mois	-	-	5,2	6,7	9,9**

Note : Évolutions significatives entre 2005 et 2010 : \* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001.

Sources : Baromètres santé 1992-2010, INPES.

**TABLEAU 6b : Évolution de l'usage de cannabis parmi les 18-34 ans entre 1992 et 2010, selon le statut d'activité**

	1992	1995	2000	2005	2010
<b>Ensemble 18-34 ans</b>					
Expérimentation	22,1	27,7	40,2	45,3	49,7***
Année	9,8	10,8	16,7	16,5	17,9*
Mois	-	-	9,8	9,8	10,1
<b>Actifs occupés 18-34 ans</b>					
Expérimentation	21,5	28,1	39,4	46,4	52,6***
Année	7,4	8,9	12,7	14,0	15,0
Mois	-	-	7,2	8,6	8,1
<b>Étudiants 18-34 ans</b>					
Expérimentation	25,3	27,1	48,4	47,0	42,5*
Année	14,3	16,4	30,9	22,8	24,5
Mois	-	-	19,1	13,2	12,4
<b>Chômeurs 18-34 ans</b>					
Expérimentation	25,2	38,3	38,1	45,3	55,8***
Année	10,2	11,6	16,4	18,9	23,5
Mois	-	-	8,4	10,8	16,0**

Sources : Baromètres santé 1992-2010, INPES.

**TABLEAU 7 : Évolutions des OR parmi les 18-34 ans, depuis 2000 : résultats de régressions logistiques ajustées sur le sexe et l'âge**

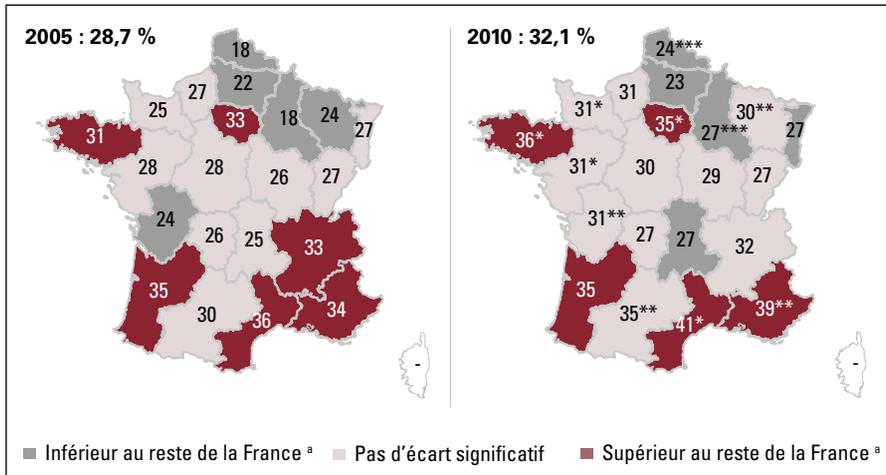
18-34 ans	2000	2005	2010
<b>Étudiants (vs actifs occupés)</b>			
Vie	1,3**	1,0	0,6***
Année	2,1***	1,3**	1,2
Mois	1,9***	1,1	1,0
<b>Chômeurs (vs actifs occupés)</b>			
Vie	1,0	0,9*	0,9
Année	1,1	1,2*	1,3**
Mois	1,3	1,3**	1,5***
<b>Diplôme &lt;bac (vs ≥bac)</b>			
Vie	0,7***	0,9***	1,0
Année	0,7***	1,0	1,1
Mois	0,8*	1,0	1,3**

Note : OR significatifs aux seuils de 0,05 (\*), 0,01 (\*\*), 0,001 (\*\*\*).

Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, INPES.

## DISPARITÉS RÉGIONALES

**FIGURE 4 : Taux standardisés d'expérimentation de cannabis par région, évolution entre 2005 et 2010**



<sup>a</sup> Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

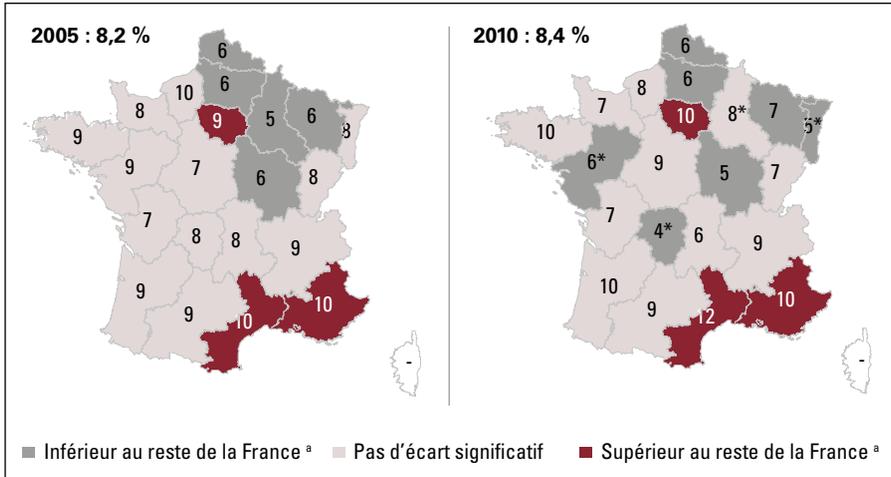
\*, \*\*, \*\*\* : évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010, aux seuils de 5%, 1%, 0,1%.

Note : les données sont standardisées sur la structure par sexe et âge de leur année respective.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, INPES.

Dans un contexte général de hausse de l'expérimentation de cannabis en France, environ la moitié des régions affichent une hausse significative de la diffusion de ce produit (figure 4). C'est aussi bien le cas des régions qui présentaient déjà en 2005 des prévalences plus faibles que le reste de la France (Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine et Poitou-Charentes, ces deux dernières s'avérant désormais dans la moyenne nationale) que des régions qui se distinguaient déjà en 2005 par des prévalences supérieures au reste de la France (Languedoc-Roussillon, PACA et Bretagne). Les cartes de 2005 et 2010 s'avèrent ainsi assez semblables, avec des prévalences élevées dans le Sud, en Bretagne et en Île-de-France, et des niveaux plus faibles dans le Nord/Nord-Est. En revanche, les niveaux de diffusion du cannabis se maintiennent en deçà de la moyenne nationale dans le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la région Champagne-Ardenne.

**FIGURE 5 : Taux standardisés d'usage actuel de cannabis par région, évolution entre 2005 et 2010**



<sup>a</sup> Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

\*, \*\*, \*\*\* : évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010, aux seuils de 5%, 1%, 0,1%.

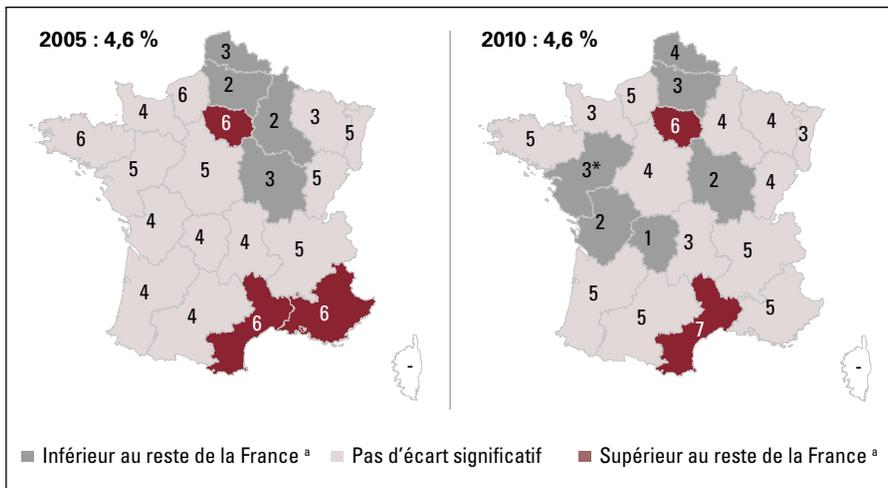
Note : les données sont standardisées sur la structure par sexe et âge de leur année respective.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, INPES.

Tandis que le niveau d'usage actuel apparaît stable sur l'ensemble du territoire, seules trois régions affichent une tendance à la baisse (Alsace, Pays de la Loire et Limousin) et une seule une tendance à la hausse (Champagne-Ardenne). Ainsi, l'Alsace, les Pays de la Loire et le Limousin apparaissent désormais parmi les régions sous-consommatrices de cannabis, avec la Lorraine, la Bourgogne, la Champagne-Ardenne, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie. En revanche, les trois régions qui apparaissaient surconsommatrices en 2005 le demeurent en 2010 : Languedoc-Roussillon, PACA et Île-de-France (figure 5).

Dans un contexte de stabilité au plan national, seule la région Pays de la Loire présente une évolution significative à la baisse de l'usage récent de cannabis entre 2005 et 2010. La région PACA ne se distingue plus comme une région surconsommatrice et la région Champagne-Ardenne comme une région sous-consommatrice. Seules les régions Île-de-France et Languedoc-Roussillon s'avèrent désormais surconsommatrices, tandis que six régions se révèlent sous-consommatrices : Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Bourgogne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Limousin (figure 6).

**FIGURE 6 : Taux standardisés d'usage au cours du mois de cannabis par région, évolution entre 2005 et 2010**



<sup>a</sup> Différences significatives au seuil de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.

\*; \*\*, \*\*\* : évolution significative au sein de la région entre 2005 et 2010, aux seuils de 5%, 1%, 0,1%.

Note : les données sont standardisées sur la structure par sexe et âge de leur année respective.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, INPES.

## L'APPROVISIONNEMENT EN CANNABIS

### L'accessibilité perçue du cannabis

Près de la moitié des personnes âgées de 15 à 64 ans (49,2%) jugent que, si elles le souhaitent, il leur serait facile d'obtenir du cannabis dans les vingt-quatre heures (26,1% assez facile et 23,1% très facile), une proportion en diminution relativement à 2005, période à laquelle 55,3% des personnes du même âge jugeaient facile de s'en procurer (tableau 8). Cette évolution peut être mise en regard de celle des jeunes lycéens interrogés dans l'enquête ESPAD de l'OFDT (Spilka et Le Nézet 2013). Comme en 1999, à 16 ans, 43% des élèves déclarent en 2011 qu'il leur serait facile d'en obtenir s'ils le voulaient.

**TABLEAU 8 : Proportion des 15-64 ans déclarant « facile » de se procurer du cannabis en vingt-quatre heures, selon l'âge, en 2005 et en 2010 (en %)**

	2005	2010
15-19 ans	66,9	54,1
20-25 ans	68,8	66,0
26-34 ans	61,0	56,7
35-44 ans	54,0	49,9
45-54 ans	50,7	45,0
55-64 ans	41,1	34,2
<b>Ensemble</b>	<b>55,3</b>	<b>49,2</b>

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

Peu de personnes (3,2%) disent ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 0,3% parmi les 15-19 ans à 6,5% parmi les plus de 55 ans ( $p < 0,001$ ). Il faut souligner que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et écartent la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé assez accessible, même dans les tranches d'âge les plus élevées.

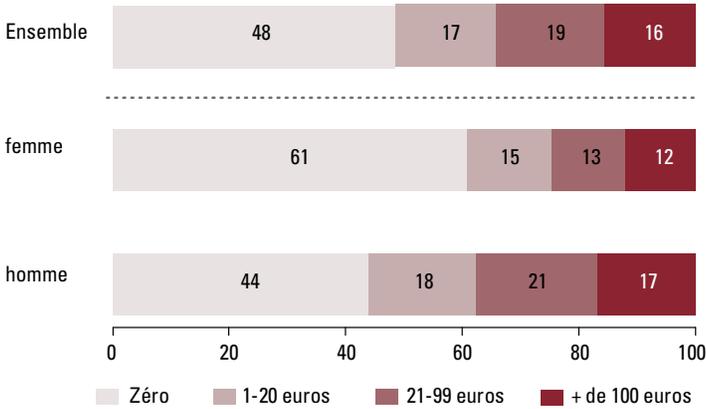
### Dépense d'achat de cannabis au cours des trente derniers jours

Pour la première fois dans le Baromètre santé est abordée la question de la dépense d'achat de cannabis déjà explorée en 2003 auprès des adolescents de 17-18 ans dans l'enquête ESCAPAD de l'OFDT (Beck et al. 2004).

Parmi les usagers récents de cannabis, près de la moitié (48%) déclarent n'avoir rien dépensé durant le dernier mois pour leur consommation, plus souvent les femmes que les hommes (61% vs 44%); 17% rapportent une dépense mensuelle inférieure à 20 euros, 19% entre 20 et 99 euros, et 16% plus de 100 euros (figure 7). Les plus jeunes consommateurs sont les plus nombreux à n'avoir rien dépensé pour leur consommation récente : 60% des consommateurs récents de 15-19 ans n'ont rien dépensé. Entre 20 et 34 ans, la distribution des montants dépensés ne semble pas évoluer avec l'âge (figure 8).

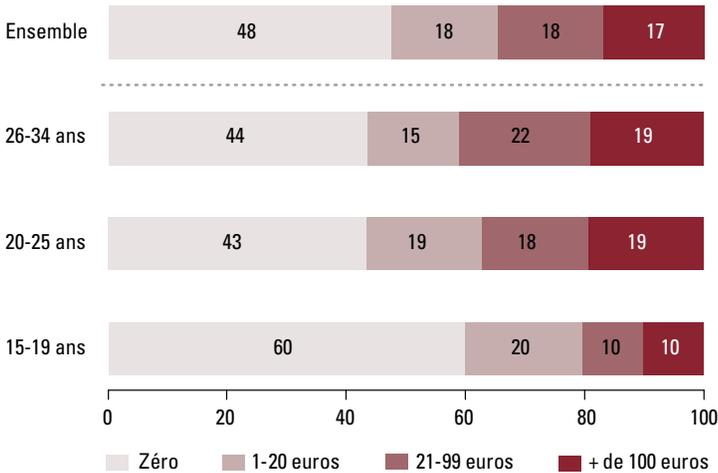
Les montants dépensés apparaissent par ailleurs fortement liés à la fréquence de consommation durant le dernier mois. Parmi ceux ayant fumé une ou deux fois, 90% déclarent n'avoir rien dépensé, une part qui concerne 58% de ceux ayant fumé entre 3 et 10 fois, 29% de ceux ayant fumé de 10 à 30 fois et 14% de ceux ayant fumé plus de 30 fois (figure 9). Plus de la moitié de ces derniers ont en revanche dépensé plus de 100 euros durant le dernier mois.

**FIGURE 7 : Dépenses déclarées durant les trente derniers jours par les usagers récents de cannabis (15-64 ans), selon le sexe (en %)**



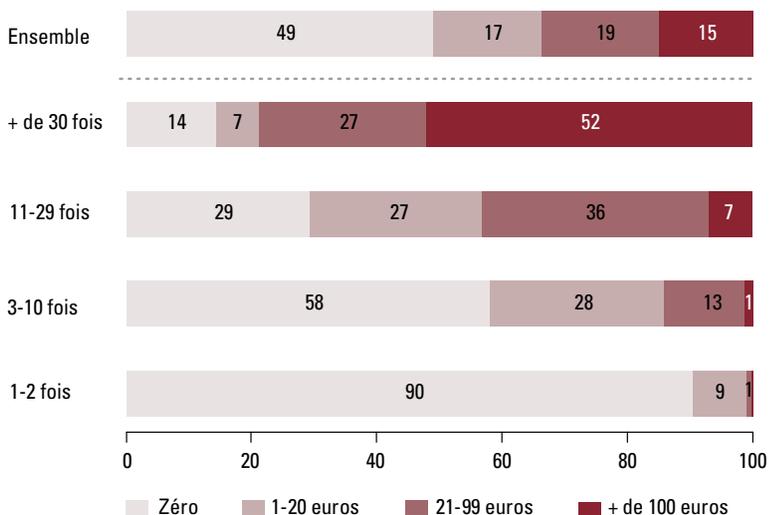
Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**FIGURE 8 : Dépenses déclarées durant les trente derniers jours par les usagers récents de cannabis de 15-34 ans, selon l'âge (en %)**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**FIGURE 9 : Dépenses déclarées durant les trente derniers jours par les usagers récents de cannabis, selon la fréquence de consommation durant les trente derniers jours**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

En moyenne, les dépenses au cours des trente derniers jours atteignent 42 euros. Parmi les 15-19 ans, ces dépenses sont de 22 euros pour les usagers au cours du mois, 51 euros pour les usagers réguliers et 86 euros pour ceux ayant consommé plus de 30 fois. Relativement aux estimations de dépenses mesurées parmi les jeunes de 17-18 ans en 2003 (des dépenses respectivement de 27 euros, 54 euros et 79 euros), les montants dépensés apparaissent très proches (tableau 9).

Cette forte accessibilité du cannabis, qu'elle soit perçue ou objectivée par les dépenses mensuelles consenties par les consommateurs pour s'en procurer, reflète la baisse du prix d'achat du cannabis. En France, le prix de détail du gramme de cannabis est un des plus bas d'Europe (6 euros pour la résine, 8 euros pour l'herbe). En moins de dix ans (1996-2008), la résine (la forme de cannabis la plus consommée) a perdu près d'un tiers de sa valeur et le prix du gramme d'herbe a été divisé par deux (Cadet-Taïrou *et al.* 2013).

**TABLEAU 9 : Estimations des dépenses de cannabis selon les déclarations des usagers à 17-18 ans en 2003**

Fréquence des usages	Dépenses mensuelles estimées en €	Dépenses annuelles estimées en €
Usager au cours de l'année	20	240
Usager au cours du mois	27	324
Usager régulier (10 fois et +/mois)	54	648
Usager quotidien	79	948

Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

## Les modes d'acquisition du cannabis

Parmi les usagers dans l'année de cannabis, un peu moins de la moitié (46,1 %) déclarent avoir acheté du cannabis au cours des douze derniers mois, 29,5 % s'en être fait offrir et 5,6 % en avoir cultivé eux-mêmes. L'achat de cannabis est plus fréquent parmi les hommes les plus jeunes (moins de 34 ans), et augmente fortement avec la fréquence de consommation de cannabis, comme cela a déjà pu être montré à l'adolescence (Beck et al. 2004). Les deux tiers des usagers récents ont acheté du cannabis dans l'année, pour 90 % des usagers quotidiens. Le fait de s'être vu offrir du cannabis semble indépendant du sexe, de l'âge et de la fréquence de consommation. Enfin, l'autoculture se révèle plus fréquente parmi les usagers les plus consommateurs : 8,1 % des usagers récents ont cultivé du cannabis, et 11,5 % des usagers quotidiens. Cette pratique apparaît par ailleurs plus souvent déclarée par les hommes (6,6 % vs 3,3 %) et par les consommateurs plus âgés (tableau 10).

Notons enfin que 14,2 % des usagers dans l'année n'ont répondu positivement à aucun des modes d'approvisionnement proposés ; 82 % d'entre eux sont des usagers occasionnels et 12 % ont déclaré avoir fumé 1 fois ou 2 au cours des douze derniers mois.

**TABLEAU 10 : Mode d'approvisionnement en cannabis parmi ceux en ayant consommé dans l'année, parmi les 15-64 ans**

Mode d'approvisionnement douze derniers mois	Achat (%)	Offert (%)	Cultivé (%)	Effectifs
<b>Usager dans l'année</b>	<b>46,1</b>	<b>29,5</b>	<b>5,6</b>	<b>1 749</b>
<b>Sexe</b>				
Homme	51,3	70,3	6,6	1 157
Femme	34,5	70,9	3,3	592
<b>Fréquence de consommation</b>				
Usager ≥1 fois/mois	64,1	75,3	8,1	922
Usager ≥10 fois/mois	85,7	72,8	10,6	422
Usager ≥30 fois/mois	90,1	70,1	11,5	211
<b>Âge</b>				
15-19 ans	40,9	70,3	4,3	301
20-25 ans	53,2	74,0	4,5	478
26-34 ans	50,5	69,6	5,7	521
35-44 ans	38,2	65,6	9,1	295
45-54 ans	32,2	72,0	7,0	121
55-64 ans	22,7	59,2	4,1	33

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## QUAND L'USAGE DE CANNABIS DEVIENT PROBLÉMATIQUE

L'usage problématique de cannabis peut être défini comme un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui. Plusieurs outils de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique existent (Obradovic 2013), parmi lesquels le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) conçu en France (Beck et Legleye 2008). Il s'agit d'une échelle à six items visant à évaluer sur les douze derniers mois la fréquence des événements suivants : l'usage hors contexte festif, les troubles de la mémoire, le fait d'être encouragé à réduire ou à arrêter l'usage de cannabis, les échecs dans les tentatives d'arrêt et les problèmes liés à la consommation de cannabis, selon cinq modalités de réponse (jamais, rarement, de temps en temps, souvent, très souvent). Ce test a été validé en regard des critères du DSM-IV en population adolescente (Legleye *et al.* 2011) et en population clinique adulte (Legleye *et al.* 2012). Chaque réponse aux items est associée à un nombre de points : « jamais » (0), « rarement » (1), « de temps en temps » (2), « souvent » (3) et « très souvent » (4), le score étant calculé par addition. Sa validation en population adulte est en cours, un score de 3 à 6 points caractérisant un risque faible à modéré de problèmes sanitaires ou sociaux, et un score d'au moins 7 points un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance (Legleye *et al.* 2014).

Au sein des usagers actuels de cannabis (ceux qui en ont consommé au cours des douze derniers mois), 21,1 % sont repérés, selon le CAST, comme des usagers à risque faible, et une proportion équivalente (20,2%) à risque élevé d'abus ou de dépendance. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7 % des 15-64 ans seraient ainsi usagers problématiques, 2,7 % des hommes et 0,8 % des femmes (tableau 11).

Alors que l'usage actuel diminue progressivement avec l'âge, la part d'usage à risque, que celui-ci soit faible ou élevé, au sein des usagers actuels apparaît relativement stable jusqu'à 54 ans, autour de 20%. D'autre part, tant pour le risque faible que pour le risque élevé, les hommes apparaissent toujours plus concernés que les femmes.

Si l'on compare ces résultats à ceux obtenus dans l'enquête ESCAPAD 2011 de l'OFDT, on retrouve en population adolescente des proportions très proches de celles observées ici, que ce soit pour les usagers à risque faible (21,6% des usagers actuels, soit 24,3% des garçons et 18,1% des filles) ou à risque élevé d'usage problématique (18,4% des usagers actuels, soit 22,8% des garçons et 12,8% des filles) (Spilka *et al.* 2012).

**TABLEAU 11 : Usage de cannabis à risque, selon le CAST, parmi les usagers actuels et parmi l'ensemble des 15-64 ans**

	Parmi les usagers actuels (%)		Parmi l'ensemble (%)	
	À risque faible	À risque élevé	À risque faible	À risque élevé
<b>Ensemble 15-64 ans</b>	<b>21,1</b>	<b>20,2</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>
<b>Par âge</b>				
15-19 ans	18,1	14,6	3,4	2,8
20-25 ans	20,8	22,8	4,6	5,0
26-34 ans	24,0	23,2	3,3	3,2
35-44 ans	19,0	20,9	1,0	1,1
45-54 ans	25,2	16,4	0,6	0,4
55-64 ans	14,9	4,7	0,1	0,0
<b>Par sexe</b>				
Homme	23,8	22,7	2,8	2,7
Femme	14,9	14,7	0,8	0,8

Lecture : le score CAST somme six questions codées de 0 à 4. Les usagers sont définis à risque faible pour un score supérieur ou égal à 3 et inférieur à 7, et à risque élevé d'usage problématique (abus ou dépendance) pour un score supérieur ou égal à 7.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Parmi les actifs, usagers récents de cannabis, 12,4% déclarent avoir augmenté leur consommation à cause de problèmes liés à leur travail ou situation professionnelle. C'est le cas de 9,7% des actifs occupés (n=302), et de 25,4% des chômeurs (n=66). Par ailleurs, une minorité d'usagers, y compris parmi les usagers réguliers, déclarent que leur consommation de cannabis a eu des effets négatifs sur leur vie familiale, leur vie amoureuse ou de couple, ou leur travail ou leurs études (tableau 12).

**TABLEAU 12 : Effets négatifs de la consommation sur...**

	Usage année (n=560)		
	15-19 ans	20-25 ans	26-34 ans
Vie familiale	5,2	6,0	4,9
Vie amoureuse couple	9,0	5,2	6,2
Travail, études...	8,4	4,7	4,6
	Usage mois (n=315)		
	15-19 ans	20-25 ans	26-34 ans
Vie familiale	2,4	8,2	7,3
Vie amoureuse couple	12,9	8,5	7,0
Travail, études...	11,9	6,0	7,1
	Usage régulier (n=154)		
	15-19 ans	20-25 ans	26-34 ans
Vie familiale	5,1	13,6	12,2
Vie amoureuse couple	20,2	16,3	11,7
Travail, études...	15,7	5,5	11,9

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## **RECOURS À UNE AIDE EN VUE DE RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE CANNABIS**

Parmi les personnes ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, 2,5% ont déjà recherché de l'aide auprès de quelqu'un ou d'un service pour réduire leur consommation, et 4,2% déclarent y avoir pensé. Ces résultats corroborent ceux de l'enquête ESCAPAD 2008, qui montraient que les usagers réguliers de cannabis qui, à la fin de l'adolescence, se sont déjà adressés à un médecin, un centre ou une ligne d'écoute spécialisée pour rechercher une aide médicale ou un accompagnement demeurent rares (0,6%), même parmi les usagers quotidiens (6,3%) (Legleye et al. 2014, Obradovic et al. 2013). Même chez les usagers qui déclarent des niveaux de consommation de cannabis importants, la demande d'aide n'intervient pas spontanément, en particulier lorsqu'il s'agit d'usagers adolescents.

Cela concerne 3,1% des usagers récents, et 3,8% des usagers réguliers, qui sont par ailleurs 9,4% à y avoir pensé. Le plus souvent (17 cas sur 41, soit 42%), il s'agissait d'un médecin généraliste, des amis ou de la famille dans 8 cas, une association dans 5 cas.

## **DISCUSSION**

### **LIMITES DES RÉSULTATS ET MISE EN REGARD AVEC D'AUTRES SOURCES**

L'approche par enquête en population générale, dont les résultats ont été présentés dans ce chapitre, complète d'autres indicateurs tels que les statistiques répressives ou sanitaires qui donnent de l'information sur les usagers de cannabis ayant déjà rencontré des problèmes avec leur usage. Elle permet d'évaluer l'ampleur de la consommation au niveau national, sur une période de référence donnée, mais aussi d'émettre quelques hypothèses sur la compréhension de ces pratiques. Les données du Baromètre santé 2010 montrent que la majorité des usages de cannabis est intégrée et n'entraîne pas de conséquence négative sur les plans sanitaires et sociaux. Elles ont néanmoins permis de quantifier la proportion de certains comportements relevant d'un usage problématique de cannabis sur l'ensemble des consommateurs de ce produit, corroborant les observations de terrain des praticiens et des travailleurs sociaux (Reynaud 2002).

La généralisation de l'usage du cannabis a déjà été mise en évidence au cours des années 1990, notamment parmi les 18-44 ans (Beck 2011). Elle se trouve également corroborée par d'autres indicateurs tels que les statistiques d'interpellations de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS

2012). Les infractions à la législation sur les stupéfiants pour usage ont donné lieu à plus de 135 000 interpellations en 2010. Celles-ci, en hausse quasi constante depuis le début des années 1970, concernent principalement des consommateurs de cannabis (122 000 en 2010, en légère baisse par rapport à 2009), soit 90% de l'ensemble des interpellations pour usage, taux assez constant ces dernières années (Obradovic 2012). L'offre de stupéfiants telle qu'elle est vue par l'activité des services répressifs se révèle dominée par le cannabis dont les quantités saisies ont triplé au cours des dix dernières années, son prix modéré et sa grande disponibilité en faisant un produit très accessible comme l'ont montré les données du Baromètre santé 2010. La hausse des saisies de cannabis observée au début des années 2000 (plus de 100 tonnes saisies en 2004) a toutefois été suivie d'une baisse signant un retour à un niveau proche de celui observé dans les années 1990 (60 tonnes en 2009, 57 tonnes en 2010, 54 tonnes en 2012).

Concernant le profil sociodémographique des usagers de drogues vus par les services, en 2010, les individus interpellés pour usage de cannabis avaient en moyenne 22 ans et demi. Le profil des interpellés pour usage de cannabis contraste par ailleurs très nettement avec celui des usagers observés dans les enquêtes en population générale, confirmant les différences d'approches et de moyens des deux sources d'information. Ils sont en effet massivement plus jeunes, plus souvent des hommes et issus de milieux défavorisés, ce qui n'est pas le cas dans les données issues d'enquêtes représentatives en population générale (Peretti-Watel et al. 2004).

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système médico-social en raison de cette consommation. Les statistiques sanitaires confirment l'âge relativement jeune des usagers suivis dans les différents types de structures. Ainsi, en centre de soins spécialisés comme en consultations jeunes consommateurs (CJC), les prises en charge liées au cannabis correspondent dans la majorité des cas à un consommateur de moins de 25 ans. Dans les CJC, le cannabis est le principal produit motivant la demande de consultation : les jeunes majeurs (18-25 ans) sont très majoritaires au sein du public et près d'un consultant sur cinq est mineur. L'âge moyen des consultants est de 23,2 ans (Obradovic 2008). Dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSAPA), la proportion de nouveaux patients venus au titre du cannabis a triplé au cours de la dernière décennie ; en outre, selon les rapports d'activité des CSAPA, la file active des patients vus pour un problème lié au cannabis a augmenté de 20% entre 2006 et 2010, ce qui représente environ 37 800 patients par an<sup>46</sup>.

---

46 Source : rapports d'activité des CSAPA, DGS/OFDT, 2006 et 2010, exploitation OFDT.

## MOTIVATIONS ET CONTEXTES D'USAGE

Même si la santé publique occulte volontiers ce type de déterminants (Peretti-Watel 2004), les motivations sont des déterminants clés des pratiques d'usage du cannabis, mais aussi de leur intensité, de leurs conséquences, voire des réactions face aux actions de prévention. La question des motivations de l'usage du cannabis n'a pas été posée en 2010, car elle nécessite, pour offrir une réelle opportunité au répondant de s'exprimer, un entretien long et interactif au sein duquel l'enquêté mais aussi l'enquêteur peuvent livrer et saisir des nuances (Becker et Mailhos 2002). Un tel cadre de questionnement dépasse les possibilités d'une enquête en population générale telle que le Baromètre santé. On peut néanmoins ici rappeler brièvement que les motifs invoqués par les consommateurs actuels pour la dernière prise sont variés : dans une précédente étude, la recherche de la détente ou du bien-être (30%) et la curiosité (30%) arrivaient en tête, devant l'envie de s'amuser (12%), la convivialité (10%), le plaisir, la complicité avec les pairs, la conformité («faire comme tout le monde») et la recherche de l'ivresse (Beck 2011). Ces motifs varient fortement selon l'âge et la situation.

Des travaux anglo-saxons ont exploré les représentations du cannabis, qui servent de cadre cognitif justifiant les pratiques et éclairent sur ce qui motive les usagers, mais ces travaux portent souvent sur les adolescents (Amos *et al.* 2004, Boys *et al.* 2001, McIntosh *et al.* 2003, Wyvill et Ives 2000). Ils montrent que le plaisir, la disponibilité et la minimisation voire l'absence de danger perçu sont les principaux motifs de la consommation de cannabis, en particulier parmi les adolescents (Akre *et al.* 2010, Menghrajani *et al.* 2005).

Les données épidémiologiques permettent de distinguer dans une certaine mesure les usages récréatifs ou festifs des usages plus problématiques mais ne prennent en considération que très sommairement les notions de quantité consommée ou de qualité des produits. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires. Ainsi, si l'enquête en population générale se révèle être un bon outil d'observation des ménages «ordinaires», ce mode d'investigation peut s'avérer moins adapté pour certaines populations particulières. Cela peut être le cas pour des raisons techniques (individu fréquemment absent de son domicile, voire sans domicile, incarcéré ou hospitalisé, individu appartenant à un ménage non francophone...) mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (pudeur, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes et illicites dans un tel contexte...). Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de consommations, elles entraînent toutefois une sous-estimation des populations les plus difficiles à atteindre. Il est évident que les enquêtes en population générale ne peuvent répondre à toutes

les interrogations soulevées par l'étude d'un comportement aussi polymorphe que l'usage de drogues illicites. Leur fonction première est d'informer sur les pratiques et les attitudes de l'ensemble de la population française, ce qui hypothèque les chances d'observer avec justesse les comportements plus atypiques pour lesquels les approches ethnographiques s'avèrent beaucoup plus adaptées. La perspective est ici participative, la distance entre enquêteurs et population observée étant réduite à son minimum.

## **DOMMAGES SANITAIRES ET SOCIAUX**

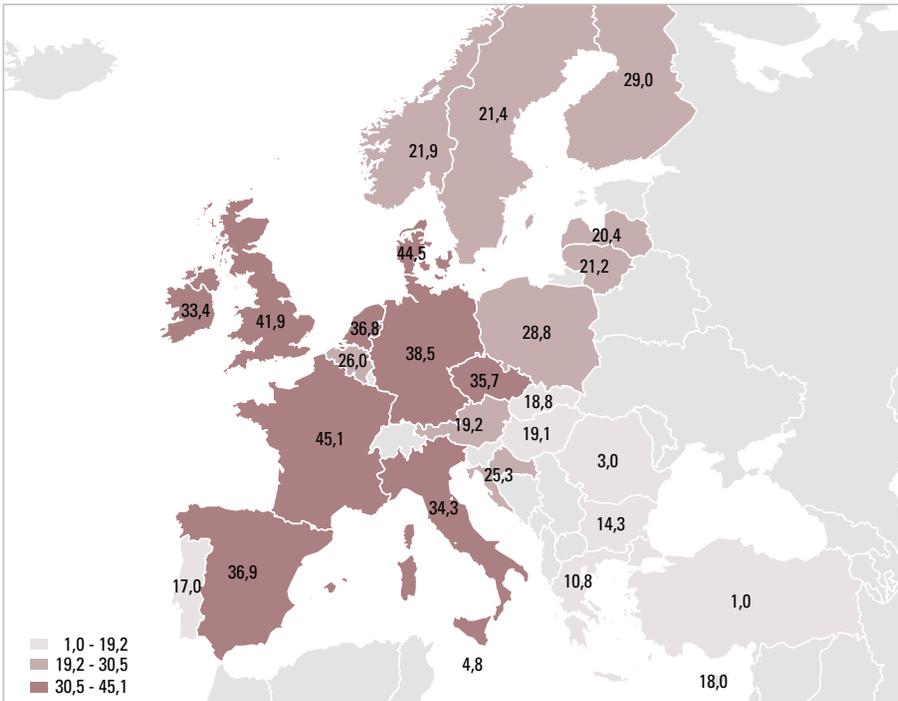
Les risques liés à la consommation de cannabis diffèrent selon la dose et le type d'usage. À court terme, le cannabis altère certaines facultés telles que la mémoire immédiate, la perception et l'attention. Dans le cas d'une consommation chronique apparaît le risque de dépendance psychique et de survenue de difficultés relationnelles, scolaires et professionnelles. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques. Les liens entre cannabis et troubles mentaux s'avèrent très délicats à évaluer, en particulier à partir d'une enquête transversale telle que le Baromètre santé. Selon les travaux les plus récents, l'usage de cannabis à l'adolescence semble précéder la survenue de symptômes psychotiques chez les personnes sans antécédent. À partir d'une cohorte de 1 923 jeunes âgés de 14 à 24 ans suivi pendant dix ans en population générale, il a récemment été montré que, parmi les individus qui n'avaient jamais eu de symptômes psychotiques et qui n'avaient jamais consommé de cannabis au début de l'étude, l'usage de cannabis incident sur une période de 3,5 ans de suivi a doublé le risque de symptômes psychotiques ultérieurs au cours des quatre à cinq années suivantes (Kuepper *et al.* 2011). D'autres études récentes avaient montré que c'est surtout la précocité de l'usage du cannabis qui est en jeu dans la survenue de psychoses à l'âge adulte (McGrath *et al.* 2010, Moore *et al.* 2007).

Par ailleurs, le cannabis, à partir d'une certaine dose, peut entraîner des difficultés dans l'accomplissement d'une tâche et perturber la concentration, la mémoire immédiate et la perception visuelle. Ces effets peuvent donc être dangereux lors de certaines circonstances (utilisation d'un véhicule ou d'une machine). Aucun cas de décès par intoxication aiguë au cannabis n'a jusqu'à présent été recensé. Il existe néanmoins des études sur l'implication du cannabis dans les accidents de la circulation routière, les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. Enfin, aucune étude scientifique probante n'a pour l'instant démontré le lien entre usage de cannabis et décès prématuré (Calabria *et al.* 2010).

## TENDANCES EUROPÉENNES

L'approche par enquêtes en population générale permet aussi d'éclairer les comparaisons internationales de niveaux de consommations. Un tel exercice a été rendu possible par les efforts de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) pour rendre les enquêtes des différents pays comparables grâce à des protocoles en grande partie standardisés (Bless 1997). Il est désormais envisageable de dresser une cartographie européenne des usages de cannabis au cours de l'année. Les données présentées ici proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays pour les jeunes adultes (15-34 ans). L'année de référence varie de 2004 à 2012. Si la plupart des pays peuvent fournir des résultats sur la tranche d'âge 15-34 ans, elles ne correspondent toutefois pas toujours exactement à cette tranche.

**FIGURE 10 : Expérimentation de cannabis parmi les 15-34 ans en Europe**



Source : OEDT, <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/gpstab1c>

Relativement aux autres pays européens, la France se situe, comme en 2005, parmi les pays d'Europe les plus consommateurs, devant le Danemark et le Royaume-Uni. Réparties en terciles, les expérimentations semblent se répartir en Europe selon trois zones relativement bien délimitées : l'Europe de l'Ouest, s'étendant jusqu'au Danemark au nord et à la République tchèque à l'est, dans laquelle l'expérimentation concerne plus de 30% des 15-34 ans, à l'exception

du Portugal ; l'Europe du Nord/Nord-Est, incluant en particulier la Suède, la Finlande, la Norvège, la Lituanie, la Lettonie et la Pologne, comptant de 20 à 30% d'expérimentateurs ; l'Europe du Sud-Est, de la Slovaquie jusqu'à Chypre, dans laquelle moins d'un jeune de 15-34 ans sur cinq a déjà essayé le cannabis (figure 10).

La position de la France en tête des pays européens pour la consommation de cannabis se retrouve depuis plusieurs années pour les adolescents. L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), menée auprès de jeunes scolarisés âgés de 15-16 ans tous les quatre ans depuis 1995 dans une trentaine de pays européens, permet également de dégager des tendances montrant que le cannabis s'est diffusé de plus en plus massivement en Europe au cours des années 1990 et que la France a rejoint le groupe de tête entre 1995 et 1999. Les adolescents français sont mêmes devenus, en 2011, les premiers consommateurs de cannabis au cours du mois avec 24%. Ils devancent largement les autres pays européens, les pays les plus concernés étant ensuite la République tchèque, l'Espagne et le Royaume-Uni dont les niveaux sont compris entre 13% et 15% (Hibell *et al.* 2012).

Au-delà de l'intérêt de mettre les pratiques en regard des différences culturelles, économiques et sociales, l'importance de cette confrontation tient également à la diversité des législations en vigueur dans les différents pays de l'Union européenne, diversité d'autant plus grande que la mise en application des textes s'avère elle aussi très variable. En effet, la législation française passe pour être une des plus répressives d'Europe et le fait qu'elle n'opère pas de distinction entre les produits stupéfiants la rend d'autant plus sévère à l'égard des usagers de cannabis, produit appartenant à une classe à part dans certaines des législations européennes. Cette comparaison internationale permet notamment de conforter l'idée que, plus que la législation, ce sont les réseaux de relations nouées entre les individus qui déterminent les choix de consommation d'un produit comme le cannabis. Cela s'avère en particulier le cas chez les jeunes, dans la mesure où les pratiques apparaissent très liées aux usages des pairs (Bohrn et Fenk 2003), en particulier ceux des amis les plus proches (Beck *et al.* 2000).

De telles comparaisons internationales peuvent jouer un rôle important dans la mise en regard des différents modèles de politique publique de gestion des drogues, à des fins d'aide à l'évaluation. Un pointage rigoureux de ces chiffres permet notamment d'invalider quelques thèses soulignant les méfaits du laxisme des législations néerlandaises et espagnoles du début des années 1990. Parmi les pays d'Europe présentant les politiques les plus répressives en matière d'usage de stupéfiants, le niveau de consommation du cannabis apparaît élevé en France et au plus bas en Suède, alors qu'à l'opposé les Pays-Bas, archétype de la libéralité en

la matière, occupent une place médiane. Une étude s'appuyant sur des données recueillies auprès d'échantillons représentatifs d'usagers réguliers de cannabis à Amsterdam et à San Francisco a par ailleurs montré que la décriminalisation n'entraînait pas de hausse des niveaux de consommation (Reinarman et al. 2004). Plus récemment, des conclusions similaires ont été tirées de l'expérience portugaise de décriminalisation (Hughes et Stevens 2012).

Il convient toutefois de nuancer ce propos et la portée générale des comparaisons européennes, dans la mesure où les populations ont, indépendamment du contexte législatif, des particularités socio-économiques et culturelles susceptibles de peser sur leurs pratiques. Par ailleurs, un faible nombre de pays enregistrent des niveaux de consommation de cannabis à la hauteur de ceux qui sont observés en France. De plus, la description du type de politique publique en vigueur dans un pays est une affaire complexe qui engage toutes les dimensions de l'intervention de l'État et de l'ensemble de la société sur les drogues. Il est de ce fait très réducteur de qualifier un pays de répressif ou de permissif dans la mesure où les politiques des drogues en Europe apparaissent de plus en plus convergentes et traversées par des forces communes (Bergeron 2005). Les évolutions vers la réduction des risques, la tolérance de plus en plus grande accordée à la possession et l'usage simple dès lors qu'il n'y a ni récurrence, ni circonstance aggravante, ou encore l'orientation vers une politique préventive englobant l'ensemble des conduites addictives et des substances psychoactives sont les signes de cette convergence.

## CONCLUSION

Si le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France, les usages récents ou réguliers restent principalement le fait des plus jeunes générations. Après avoir fortement augmenté au cours des années 1990, l'usage de cannabis s'est stabilisé depuis 2000. On ne peut écarter l'idée d'un effet de mode du produit qui aurait été plus fort à la fin des années 1990 et au début des années 2000 qu'il ne l'est actuellement. La France reste néanmoins l'un des pays où les niveaux d'usage sont les plus élevés, avec de surcroît une différenciation dans les profils des usagers de cannabis au cours des dernières années, dans le sens de consommations de plus en plus répandues parmi les publics les plus fragiles socialement. Toutefois, les données du Baromètre santé 2010 montrent que la majorité des expérimentateurs de cannabis abandonne cette pratique au moment des grandes étapes du passage à l'âge adulte et que l'usage occasionnel n'entraîne pas particulièrement de conséquences négatives sur les plans sanitaires et sociaux. Il convient enfin de garder à l'esprit que les approches ethnographiques s'avèrent plus adaptées pour la compréhension des usages les plus importants.

## BIBLIOGRAPHIE

- Akre C., Michaud P. A., Berchtold A., Suris J. C., « Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents », *Health Education Research*, n° 25, 2010, p. 74-82.
- Beck F., *Les consommations de drogues en population générale. Entre représentativité des enquêtes et représentation des usages*, Sarrebruck, Éditions universitaires européennes, 2011, 386 p.
- Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S., « Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques », *Médecine/science*, n° 23, 2007, p. 1162-1168.
- Beck F., Guignard R., Léon C., Ménard C., Richard J. B., « Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail », *La Santé en action*, n° 425, 2013, p. 4-7.
- Beck F., Legleye S., « Measuring cannabis related problems and dependence at the population level », dans *A Cannabis Reader: global issues and local experiences*, vol. II, EMCDDA monograph, European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction (EMCDDA), 2008, p. 29-57.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., *Regards sur la fin de l'adolescence : consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France – ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., « Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005 », *La Presse médicale*, n° 37, 2008, p. 207-215.
- Becker H. S., Mailhos J., *Les Ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, 2002, 354 p.
- Bergeron H., « Les politiques publiques en Europe : de l'ordre à la santé publique », dans *Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce ?*, actes du sixième congrès international sur les addictions, Paris, Masson, 2005, p. 30-39.
- Bless R., *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, Lisbonne, EMCDDA, 1997, 173 p.
- Bohrn K., Fenk R., « L'influence du groupe des pairs sur les usages de drogues », *Psychotropes*, n° 9, 2003, p. 195-202.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Martinez M., Dambélé S., Saïd S., « Marchés, produits, usagers : les tendances récentes (2011-2012) », *Tendances*, n° 86, 2013, p. 1-8.
- Calabria B., Degenhardt L., Hall W., Lynskey M., « Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use », *Drug and Alcohol Review*, n° 29, 2010, p. 318-330.
- Chen C.-Y., Storr C. L., Anthony J. C., « Early-onset drug use and risk for drug dependence problems », *Addictive Behaviors*, n° 34, 2009, p. 319-322.
- Eliassen M., Kjaer S. K., Munk C., Nygard M., Sparen P. R., Tryggvadottir L., Liaw K.-L., Gronbaek M., « The relationship between age at drinking onset and subsequent binge drinking among women », *The European Journal of Public Health*, n° 19, 2009, p. 378-382.
- Fergusson D. M., Horwood L. J., « Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults », *Addiction*, n° 92, 1997, p. 279-96.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries*, Stockholm, The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN), 2012, 390 p.
- Hughes C. E., Stevens A., « A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs », *Drug and Alcohol Review*, n° 31, 2012, p. 101-13.
- Kuepper R., Van Os J., Lieb R., Wittchen H.-U., Henquet C., « Do cannabis and urbanicity co-participate in causing psychosis? Evidence from a 10-year follow-up cohort study », *Psychol Med*, n° 41, 2011, p. 2121-9.

- Legleye S., Guignard R., Richard J. B., Kraus L., Pabst A., Beck F., « Psychometric and screening properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population », *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (submitted), 2014.
- Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C., « Validation of the cannabis abuse screening test in a sample of cannabis inpatients », *European Addiction Research*, n° 18, 2012, p. 193-200.
- Legleye S. P., Piontek D., Kraus L., « Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 113, 2011, p. 229-235.
- McGrath J., Welham J., Scott J., Varghese D., Degenhardt L., Hayatbakhsh M. R., Alati R., Williams G. M., Bor W., Najman J. M., « Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults », *Archives of General Psychiatry*, n° 67, 2010, p. 440-447.
- Menghrajani P., Klauke K., Dubois-Arber F., Michaud P.-A., « Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: A qualitative study », *Health Education Research*, n° 20, 2005, p. 476-484.
- Moore T. H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T. R., Jones P. B., Burke M., Lewis G., « Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review », *The Lancet*, n° 370, 2007, p. 319-328.
- Obradovic I., « Activité des "consultations jeunes consommateurs" (2005-2007). Analyse des publics reçus pour leur consommation de cannabis ou pour d'autres addictions : filières de recrutement et réponses offertes », *Tendances*, n° 63, 2008, p. 1-4.
- Obradovic I., « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives », *Déviante et société*, n° 36, 2012, p. 441-469.
- Obradovic I., *Guide des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis à destination des adolescents*, OFDT/Fédération Addiction, 2013, 118 p.
- Obradovic I., Beck F., « Plus précoces et moins sanctionnés ? Usages des statistiques dans les discours sur les jeunes face aux drogues », *Mots. Les langages du politique*, 2013, p. 137-152.
- Obradovic I., Le Nézet O., Spilka S., « Jeunes usagers de drogues et demande d'aide : Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs », *Agora débats/jeunesse*, 2013, p. 61-76.
- OCRTIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2009*, Nanterre, OCRTIS, 2012.
- Peretti-Watel P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, n° 45, 2004, p. 103-132.
- Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S., « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », *Déviante et société*, n° 28, 2004, p. 335-352.
- Reinarman C., Cohen P. D., Kaal H. L., « The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco », *American Journal of Public Health*, n° 94, 2004, p. 836.
- Reynaud M., *Usage nocif de substances psychoactives*, Paris, La Documentation française, 2002, 278 p.
- Spilka S., Le Nézet O., *Les Substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2011*, OFDT, 2013.
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M. L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, 2012, p. 1-4.



# **Drogues** **illicites** **(hors cannabis)**



---

## Résumé

Hormis le cannabis, le poppers est la substance illicite la plus expérimentée parmi les 15-64 ans (5,2%), suivi par la cocaïne (3,6%), les champignons hallucinogènes (3,1%), l'ecstasy ou MDMA (2,6%), les produits à inhaler (1,8%), les amphétamines et le LSD (1,7% pour chacun) et l'héroïne (1,2%). Les hommes s'avèrent pour tous les produits plus souvent expérimentateurs ou usagers dans l'année que les femmes. Le niveau d'usage actuel (au cours de l'année) de substances psychoactives illicites est maximal parmi les 20-25 ans.

L'usage actuel de cocaïne et de poppers a significativement augmenté entre 2005 et 2010 (de 0,6% à 0,9% pour chacun de ces deux produits), et celui de produits à inhaler et d'héroïne est également en hausse pour les hommes entre 2005 et 2010. Les autres produits apparaissent stables, le seul dont l'usage actuel apparaît en baisse est l'ecstasy, notamment parmi les hommes.

Concernant quatre des produits étudiés (le poppers, la cocaïne, l'ecstasy et l'héroïne), l'expérimentation apparaît très liée à la situation relative à l'emploi et à la perception d'une mauvaise situation financière. Les liens avec le niveau de diplôme apparaissent en revanche plus contrastés : les expérimentations de poppers et de cocaïne s'avèrent plutôt plus fréquentes parmi les plus diplômés (parmi les femmes seulement pour la cocaïne), une relation inverse est observée concernant l'héroïne. L'expérimentation d'ecstasy varie en revanche peu selon le niveau de diplôme. Parmi les hommes, l'expérimentation de cocaïne est assez homogène par rapport au niveau de diplôme, témoignant d'une diffusion du produit à l'ensemble des strates de la population. On note également parmi les étudiants une consommation de poppers supérieure à celle des actifs occupés ou des chômeurs.

Pour ces quatre drogues, la Bretagne et le Languedoc-Roussillon sont les régions qui comptent le plus d'expérimentateurs. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (pour la cocaïne, le poppers et l'ecstasy), l'Île-de-France (cocaïne et poppers), Midi-Pyrénées (poppers et héroïne) et Haute-Normandie (héroïne) se distinguent également par des fréquences élevées d'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis. Les régions dont les proportions d'expérimentateurs sont les plus faibles se situent dans le quart nord-est du pays, ainsi qu'en Basse-Normandie pour l'héroïne. Concernant l'usage dans l'année, les différences s'avèrent moins marquées, probablement parce que ce type d'usage est encore plus rare.

À la différence du cannabis, produit pour lequel la France se situe en tête des pays européens pour la part des 15-34 ans l'ayant expérimenté, les niveaux d'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis situent la France à un niveau intermédiaire en Europe, proche de ses voisins mais loin derrière le Royaume-Uni.

## INTRODUCTION

Au-delà des pratiques addictives les plus courantes pour lesquelles elles offrent un panorama très complet détaillé dans les chapitres précédents consacrés à l'alcool, au tabac et au cannabis, les enquêtes par sondage interrogeant un échantillon représentatif de la population sur ses usages de substances psychoactives permettent également de quantifier des pratiques beaucoup plus rares : les usages des drogues illicites autres que le cannabis. La grande taille de l'échantillon du Baromètre santé 2010 est ici fort utile pour offrir une précision acceptable sur des comportements qui concernent à peine quelques pourcents de la population. Elles permettent aussi d'observer avec fiabilité des évolutions dans le temps. Les produits étudiés dans ce chapitre sont soit des produits classés sur la liste des stupéfiants (amphétamines, cocaïne, crack, ecstasy ou MDMA, LSD, héroïne, champignons hallucinogènes, GHB ou GBL), soit des produits licites détournés de leur usage à des fins psychotropes (colles, solvants volatils, poppers), les caractéristiques de ces différents produits étant rappelées dans un encadré figurant au sein de ce chapitre. La consommation des produits utilisés dans les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et Buprénorphine haut dosage) était également interrogée. Les consommations des drogues illicites autres que le cannabis renvoient à de nombreux contextes d'usages qui se révèlent très hétérogènes. Elles peuvent être abordées autant comme marqueurs d'un certain mode de vie que comme des pratiques présentant certains risques sanitaires et sociaux. La diversité des usages est ici abordée d'un point de vue quantitatif, essentiellement par la fréquence des consommations.

## RÉSULTATS

### NIVEAUX D'USAGE DES PRODUITS ET ÉVOLUTIONS

#### Niveaux d'usage par sexe et âge

Parmi l'ensemble des 15-64 ans, le poppers est le produit illicite autre que le cannabis qui a été le plus expérimenté (5,2%), suivi par la cocaïne (3,6%), les champignons hallucinogènes (3,1%), l'ecstasy ou MDMA (2,6%), les produits à inhaler (1,8%), les amphétamines et le LSD (1,7% pour chacun) et l'héroïne (1,2%) (tableau 1). L'expérimentation de crack, de GHB ou GBL<sup>47</sup> ou de kétamine est encore moins fréquente (moins de 0,3% de la population). Les usages actuels (dans l'année) de ces produits apparaissent très rares. Hormis le poppers et la

47 Parmi les 26 individus ayant déclaré avoir déjà consommé du GHB ou GBL, 18 déclarent qu'il s'agissait du GHB, 2 du GBL et 1 déclare avoir déjà pris les deux (5 individus déclarent ne pas savoir ce qu'ils ont pris).

cocaïne dont l'usage actuel concerne 0,9 % de la population, les autres produits se situent à des niveaux d'usage inférieurs à 0,4 %.

Quant aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), 0,6 % de la population interrogée déclare avoir déjà consommé du Subutex® et 0,3 % de la méthadone (respectivement 0,2 % et 0,1 % dans l'année).

## Lexique des drogues illicites autres que le cannabis étudiées dans ce chapitre

---

**Le poppers** est un solvant contenant des dérivés de nitrite d'alkyle, se présentant dans une petite fiole à inhaler. Après avoir été interdit à la vente en France et classé comme stupéfiant en 1990, son statut a évolué à plusieurs reprises pour être à nouveau interdit en 2011, un décret de 2013 ayant enfin annulé cette interdiction. L'effet désinhibiteur et vaso-dilatateur du poppers est bref et intense, provoquant le rire et une euphorie avec accélération du rythme cardiaque.

**L'héroïne** est issue de la famille des opiacés. C'est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Conçue au départ pour guérir les morphinomanes, cette substance se révèle rapidement avoir une action encore plus importante et créant une dépendance encore plus forte. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche ou brune. Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes et relaxantes. Son administration par voie intraveineuse en a fait une cause majeure de transmission des virus des hépatites et du VIH, cause qui tend à diminuer depuis plusieurs années grâce à la politique de « réduction des risques » (programmes d'échange de seringues, information aux usagers...). Elle peut également être sniffée ou fumée. Son utilisation induit une forte dépendance physique et psychique avec état de manque en cas de sevrage. Elle est classée parmi les stupéfiants.

**L'ecstasy** désigne des produits synthétiques contenant du MDMA (méthylène-dioxyamphétamine), dont la composition et surtout le dosage peuvent être d'une grande variété (mélange avec des médicaments ou autres substances...). Le plus souvent sous forme de comprimés, elle peut aussi se présenter en poudre. Appelée, lors de son apparition en France, vers la fin des années 1980, « drogue de l'amour » pour ses effets aphrodisiaques, son utilisation s'est largement étendue au cours des années 1990, notamment avec l'essor du mouvement techno, dépassant ensuite largement ce cadre. Ce produit est classé parmi les stupéfiants. Les usagers tendent aujourd'hui à distinguer la forme comprimé, appelée ecstasy, de la forme poudre, qu'ils appellent MDMA.

**Le LSD**, parfois appelé « acide » ou « buvard », est un hallucinogène provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'aux hallucinations. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard qui est sucé ou avalé, mais aussi sous forme de micro-pointes. Sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques (« bad trip »), de manière plus ou moins durable. Parmi les autres hallucinogènes se trouvent la mescaline, les champignons hallucinogènes (psilocybe), le datura, la *Salvia divinorum*... Ces produits sont pour la plupart classés parmi les stupéfiants.

**La cocaïne** est un dérivé de la feuille de coca qui se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. La cocaïne se consomme le plus souvent en sniff. Elle concernait il y a quelques années des milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ainsi que des populations marginalisées, mais se trouve désormais dans de nombreux espaces. Elle provoque une euphorie immédiate, une stimulation intellectuelle et physique mais n'engendre pas de dépendance physique. La dépendance psychique peut être extrêmement forte. Elle est classée parmi les stupéfiants.

**Le crack (ou free-base)** est le résultat du mélange de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne, qui peut parfois être effectué par l'utilisateur lui-même. Il se présente généralement sous forme de cailloux ou de galettes (appellations courantes du crack) qui se consomment le plus souvent fumés mais parfois aussi par injection. La consommation de crack induit une dépendance plus rapide et une neurotoxicité plus importante que celle de la cocaïne, et l'usage fréquent peut engendrer des états d'agressivité ou dépressifs. Ce produit, moins pur que la cocaïne, est également nettement moins cher, donc accessible à des milieux défavorisés. Il est classé parmi les stupéfiants.

**Les amphétamines** sont des produits de synthèse stimulants qui trouvent leur origine dans l'éphédra. Le plus souvent en comprimés, elles peuvent aussi se présenter en gélules, en poudre (speed). Leur usage festif est relativement proche de celui de l'ecstasy. Certains les utilisent comme dopant ou comme coupe-faim. Les amphétamines sont récemment sorties de la pharmacopée et sont classées parmi les stupéfiants.

**Les champignons hallucinogènes** sont des produits d'origine naturelle, issus des champignons de type psilocybe contenant des principes actifs hallucinogènes comme la psilocyine et la psylocybine, mais d'autres variétés existent, appelées champignons mexicains, hawaïens, colombiens... Ingérés secs, crus ou cuits (omelette), ils provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Leur consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques de manière plus ou moins durable. Ces produits sont classés parmi les stupéfiants.

**Les produits pris par inhalation** constituent une catégorie assez variée : colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole... Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Leurs principaux utilisateurs sont les adolescents, car ils sont d'accès facile et de prix très bas. Les troubles engendrés peuvent être assez graves, sur le plan tant physique que psychique. Ces produits sont en vente libre ou à usage hospitalier (protoxyde d'azote).

**Le gamma-hydroxybutyrate (GHB)** est vendu la plupart du temps sous forme liquide mais aussi parfois sous forme de poudre. C'est une drogue récréative puisque, à faible dose, il induit un état de désinhibition proche de l'ivresse, on le désigne alors parfois par le terme d'« ecstasy liquide ». Les effets apparaissent vingt minutes après la consommation et peuvent durer jusqu'à douze heures. Il est aussi connu comme la « drogue du viol », car il se dissout facilement dans une boisson (goût très léger), et, à plus forte dose, il induit un état hypnotique et des amnésies (troubles de mémoire). Le GBL (gamma-butyrolactone) est une molécule chimique, contenue dans certains solvants industriels destinés aux professionnels. Une fois ingéré, il est métabolisé en GHB avec le même double effet : d'abord euphorisant puis anesthésiant.

Le chlorhydrate de **kétamine** est un produit utilisé en France en anesthésie humaine et vétérinaire. À forte dose, il a des propriétés anesthésiques et analgésiques; à dose plus faible, il génère des effets hallucinogènes. Ce sont ces derniers qui sont recherchés. Le produit est généralement « sniffé ».

**Le Subutex®**, ou Buprénorphine haut dosage (**BHD**) et la **méthadone** sont des traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés. La BHD est généralement distribuée sous forme de comprimés alors que la méthadone est sous forme liquide. Le sulfate de morphine, connu sous le terme Skenan®, est à la base un antidouleur, mais est également parfois prescrit comme un traitement de substitution.

-----

**TABLEAU 1 : Prévalence de l'expérimentation et de l'usage actuel des drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-64 ans**

	Expérimentation	Usage actuel
Poppers	5,2 %	0,9 %
Cocaïne	3,6 %	0,9 %
Champignons hallucinogènes	3,1 %	0,2 %
Ecstasy/MDMA	2,6 %	0,3 %
Produits à inhaler (colles, solvants...)	1,8 %	0,4 %
Amphétamines	1,7 %	0,2 %
LSD	1,7 %	0,2 %
Héroïne	1,2 %	0,2 %
Crack	0,3 %	0,1 %
GHB/GBL	0,1 %	<0,1 %
Kétamine	0,1 %	<0,1 %
<i>Traitements de substitution</i>		
Subutex®	0,6 %	0,2 %
Méthadone	0,3 %	0,1 %

Note : Contrairement aux Baromètres santé précédents, l'expérimentation d'ecstasy ou MDMA était demandée sous les deux appellations, tenant compte du fait que le terme « ecstasy » est de plus en plus souvent employé pour la forme comprimé et le terme « MDMA » pour la forme poudre dans l'esprit des usagers, alors qu'il s'agit de deux formes d'un même composé chimique.

La kétamine est le seul produit de ce tableau qui n'était pas demandé explicitement à l'enquête. Il s'agit d'un recodage des réponses à la question : « Avez-vous déjà consommé une autre drogue ? »

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Les répondants avaient également la possibilité de déclarer d'autres produits expérimentés à partir d'une question ouverte : « Avez-vous déjà consommé une autre drogue ? » Ainsi, 0,3 % des 15-64 ans déclarent avoir expérimenté la morphine, 0,3 % avoir déjà consommé de l'opium et 0,2 % d'autres produits hallucinogènes (*Salvia divinorum*, *datura*...).

Pour l'ensemble des produits, et quel que soit l'âge, les hommes s'avèrent plus souvent expérimentateurs ou usagers dans l'année que les femmes (tableau 2 et figures 1 à 20). Deux exceptions sont à noter cependant : parmi les 15-19 ans, l'expérimentation de poppers et son usage dans l'année sont similaires chez les garçons (respectivement 5,5 % et 2,4 %) et chez les filles (5,7 % et 3,0 %) ; et parmi les 55-64 ans, les femmes sont plus nombreuses à avoir expérimenté les amphétamines (1,5 % vs 0,8 % des hommes,  $p < 0,05$ ). Cette caractéristique des amphétamines correspond en grande partie à des usages ayant eu lieu à une époque où elles étaient encore présentes dans la pharmacopée et classiquement utilisées par certaines femmes dans la perspective de perdre du poids, ces molécules ayant un fort effet anorexigène.

Les niveaux d'expérimentation sont globalement les plus élevés parmi les 20-34 ans, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes, pour diminuer ensuite avec l'âge, à l'exception de l'expérimentation d'amphétamines chez les femmes dont le niveau atteint un second pic entre 55 et 64 ans. Chez les hommes, les 26-34 ans sont les plus nombreux à avoir expérimenté chacun des produits, à l'exception du poppers dont la prévalence d'expérimentation est la plus importante parmi les 20-25 ans (13,1%). Pour la cocaïne, les champignons hallucinogènes et l'ecstasy, la prévalence d'expérimentation dépasse 10% parmi les hommes de 26-34 ans. Elle est d'environ 5% pour les amphétamines et le LSD et de 3,0% pour l'héroïne. Parmi les femmes, les prévalences les plus élevées sont obtenues entre 20 et 25 ans pour le poppers (9,7%), la cocaïne (4,4%), les champignons hallucinogènes (3,1%) et les amphétamines (1,6%), et entre 26 et 34 ans pour l'ecstasy (3,3%), le LSD (1,6%) et l'héroïne (1,1%) (figures 1 à 14).

La prévalence de l'usage actuel de substances psychoactives illicites est maximale parmi les 20-25 ans, quel que soit le sexe, à l'exception de l'usage de poppers et de champignons hallucinogènes pour les filles et d'amphétamines pour les garçons qui atteignent leurs plus hauts niveaux parmi les 15-19 ans.

### **Évolutions 2005-2010**

L'expérimentation de cocaïne et de poppers a fortement augmenté entre 2005 (respectivement 3,7% et 2,4%) et 2010 (5,2% et 3,6%), cela étant vrai pour les deux sexes. Dans une moindre mesure, l'expérimentation d'amphétamines apparaît en hausse également, tandis que la diffusion de champignons hallucinogènes, d'ecstasy et d'héroïne n'est significative que pour les hommes. L'expérimentation de LSD a quant à elle augmenté de manière significative pour les femmes uniquement (tableau 2).

Concernant l'usage actuel de substances psychoactives illicites, on note également une nette hausse de l'usage de poppers (de 0,6% à 0,9%) et de cocaïne (de 0,6% à 0,9%), que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. L'usage dans l'année de produits à inhaler et d'héroïne est également en hausse pour les hommes entre 2005 et 2010. Le seul produit dont l'usage actuel apparaît en baisse est l'ecstasy, notamment parmi les hommes.

**TABLEAU 2 : Évolution des prévalences de l'expérimentation et de l'usage actuel des drogues illicites autres que le cannabis parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2010**

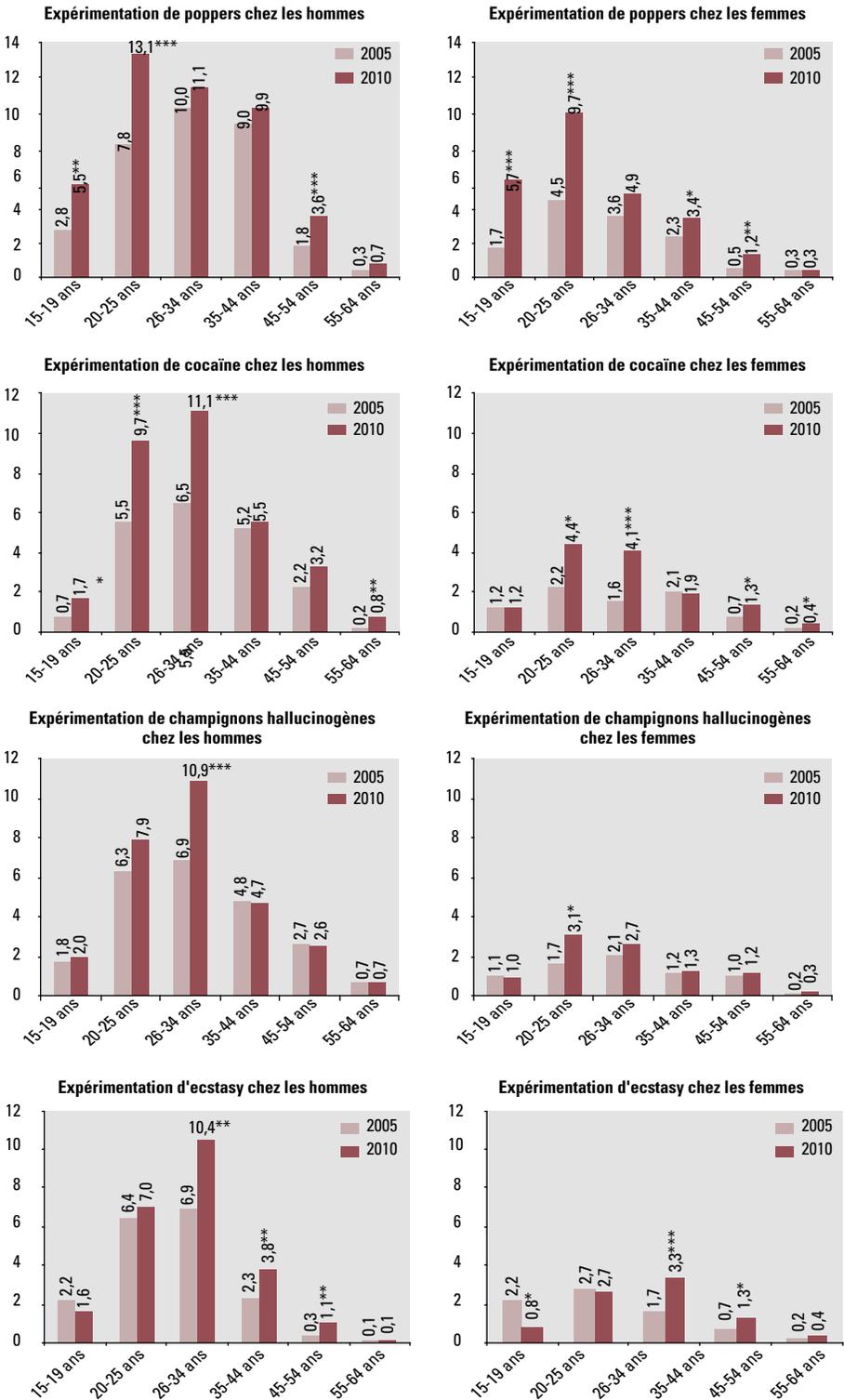
	2005			2010		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
<b>Expérimentation</b>						
Poppers	3,7%	5,5%	2,0%	5,2%***	7,0%***	3,5%***
Cocaïne	2,4%	3,5%	1,3%	3,6%***	5,2%***	2,1%***
Champignons hallucinogènes	2,6%	3,9%	1,2%	3,1%**	4,7%*	1,5%
Ecstasy	1,9%	2,9%	1,0%	2,6%***	3,8%**	1,3%
Produits à inhaler (colles, solvants...)	1,6%	2,3%	0,9%	1,8%	2,7%	1,0%
Amphétamines	1,3%	1,7%	0,9%	1,7%**	2,1%*	1,3%*
LSD	1,4%	2,3%	0,6%	1,7%	2,6%	0,8%*
Héroïne	0,9%	1,3%	0,5%	1,2%**	1,8%**	0,6%
Crack	0,3%	0,4%	0,2%	0,3%	0,5%	0,1%
<b>Usage actuel</b>						
Poppers	0,6%	0,8%	0,3%	0,9%***	1,1%*	0,7%***
Cocaïne	0,6%	0,9%	0,3%	0,9%***	1,4%**	0,4%*
Champignons hallucinogènes	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%
Ecstasy	0,5%	0,8%	0,2%	0,3%*	0,5%*	0,2%
Produits à inhaler	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%***	0,6%***	0,2%
Amphétamines	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%
LSD	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
Héroïne	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%*	0,1%

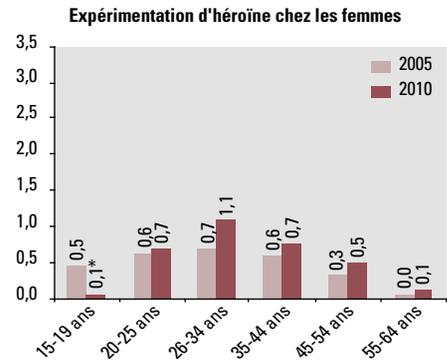
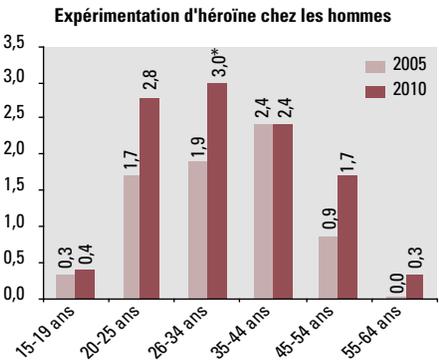
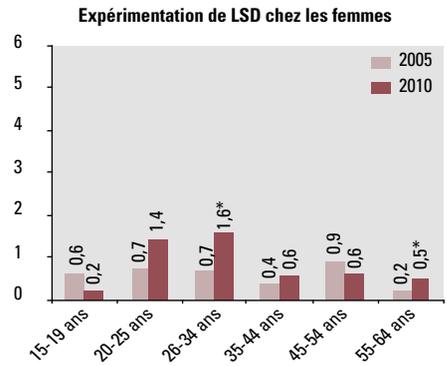
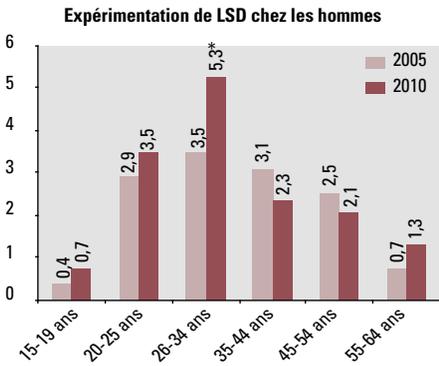
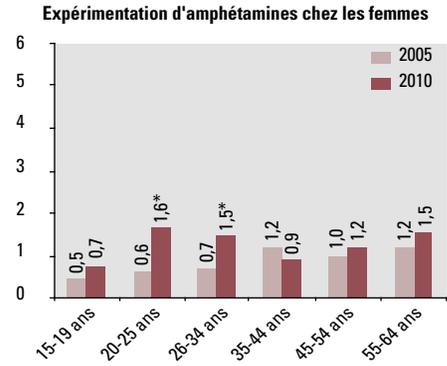
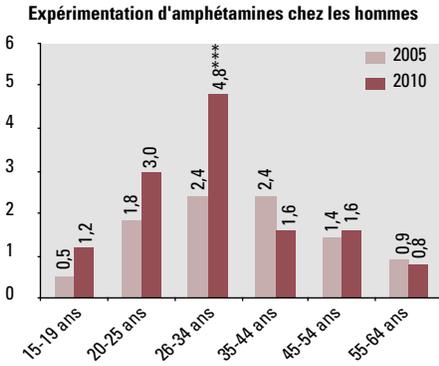
Note : Évolutions significatives entre 2005 et 2010 : \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0 001

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

La hausse des niveaux d'expérimentation est principalement portée par les jeunes adultes (26-34 ans, voire 20-34 ans), hormis pour le poppers dont la fréquence d'expérimentation a particulièrement augmenté parmi les plus jeunes (15-25 ans). Il s'agit en partie d'un effet de stock, c'est-à-dire qu'une partie des expérimentations observées datent de plusieurs années. Cependant, l'effet de stock n'explique pas tout puisque les niveaux d'expérimentation des 26-34 ans en 2010 sont pour la plupart largement supérieurs aux niveaux observés parmi les 20-25 ans et 26-34 ans en 2005. Cela signifie que ces produits ont continué à se diffuser au sein des 26-34 ans entre 2005 et 2010. Chez les jeunes femmes (15-19 ans), l'expérimentation d'ecstasy a en revanche diminué entre 2005 (2,2%) et 2010 (0,8%, p<0,05).

**FIGURES 1 à 14 : Évolution du taux d'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis entre 2005 et 2010 par sexe et âge parmi les 15-64 ans**



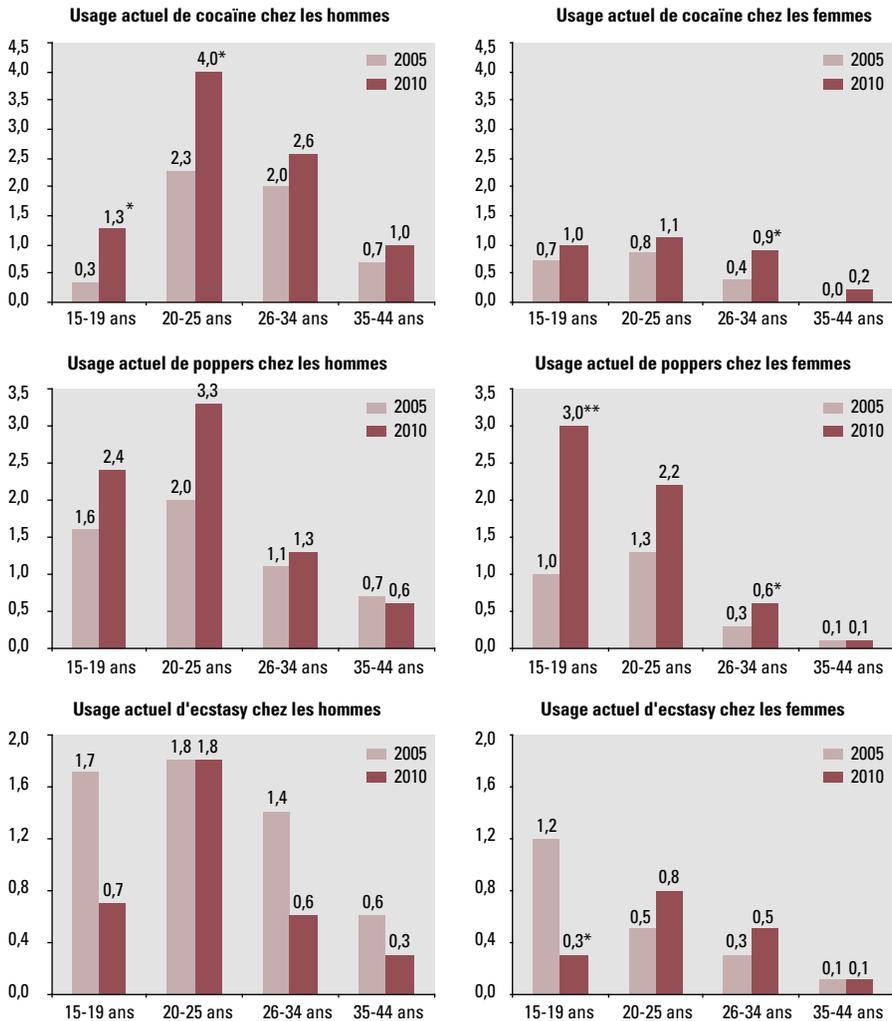


Note : Les \* indiquent la significativité des évolutions de prévalence entre 2005 et 2010 par tranche d'âge (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ )

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

L'usage actuel de cocaïne a augmenté de manière significative chez les hommes de 15-25 ans entre 2005 et 2010 (de 0,3% à 1,3% parmi les 15-19 ans,  $p < 0,05$ , et de 2,3% à 4,0% parmi les 20-25 ans,  $p < 0,05$ ) et chez les femmes de 26-34 ans (de 0,4% à 0,9%,  $p < 0,05$ ). L'usage dans l'année de poppers semble également avoir augmenté dans toutes les tranches d'âge entre 15 et 34 ans, mais la hausse n'est significative que chez les femmes de 15-19 ans (de 1,0% à 3,0%,  $p < 0,01$ ) et de 26-34 ans (de 0,3% à 0,6%,  $p < 0,05$ ). L'usage actuel d'ecstasy a en revanche diminué de manière significative chez les femmes de 15-19 ans (de 1,2% à 0,3%,  $p < 0,05$ ) (figures 15 à 20).

**FIGURES 15 à 20 : Évolution du taux d'usage actuel (dans les douze derniers mois) de cocaïne, poppers et ecstasy entre 2005 et 2010 par sexe et âge parmi les 15-44 ans**



Note : Les \* indiquent la significativité des évolutions de prévalence entre 2005 et 2010 par tranche d'âge (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ )

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

## ÂGE D'INITIATION AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Après l'alcool, qui est souvent expérimenté très tôt au début de l'adolescence<sup>48</sup>, l'expérimentation de tabac a eu lieu vers 16 ans en moyenne parmi les 15-64 ans, suivie par l'expérimentation de l'ivresse alcoolique et du cannabis entre 18 et 19 ans selon le sexe. Parmi l'ensemble des 15-64 ans qui ont expérimenté des substances psychoactives autres que le tabac, l'alcool ou le cannabis, les produits à inhaler sont ensuite les premières substances expérimentées (tableau 3). L'initiation aux produits à inhaler se déroule en moyenne entre 19 et 20 ans, cela quel que soit le sexe. Viennent ensuite l'expérimentation de poppers, de LSD et d'amphétamines entre 20 et 21 ans en moyenne pour les garçons, puis les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et l'héroïne entre 21 et 22 ans. L'expérimentation de cocaïne et de crack se déroule après 22 ans en moyenne pour les garçons, ce qui reflète une diffusion jusqu'à des âges plus avancés pour ces produits. À l'inverse, l'expérimentation de LSD, substance moins diffusée dans l'ensemble de la population, concerne plutôt des usagers particuliers s'étant initiés aux drogues illicites de manière plus précoce (Beck et Bonnet 2013), en particulier chez les filles, et polyexpérimentateurs : 79 % des expérimentateurs de LSD ont expérimenté au moins trois drogues illicites autres que le cannabis, contre 77 % des expérimentateurs d'ecstasy/MDMA, 68 % des expérimentateurs d'amphétamines, 66 % des expérimentateurs de cocaïne, 59 % des expérimentateurs de champignons hallucinogènes et 31 % des expérimentateurs de poppers. Seuls les expérimentateurs d'héroïne et de crack sont plus nombreux à avoir expérimenté au moins trois drogues illicites autres que le cannabis (respectivement 85 % et 91 %).

Les âges d'expérimentation ne sont pas significativement différents selon le sexe, et le classement des produits est relativement similaire chez les garçons et chez les filles, à deux exceptions près. Chez les filles, l'héroïne est la substance expérimentée le plus tardivement, et surtout l'âge d'expérimentation aux amphétamines s'avère significativement supérieur à celui observé chez les garçons (22,3 ans vs 20,7 ans,  $p < 0,05$ ). Cela pourrait s'expliquer par l'usage anorexigène des amphétamines beaucoup plus fréquent avant leur classement comme stupéfiant par la convention sur les substances psychotropes de 1971, époque à laquelle elles étaient facilement accessibles et volontiers utilisées comme coupe-faim par des femmes de tous âges.

48 L'âge d'initiation à l'alcool n'a pas été demandé dans l'enquête, car cet indicateur est sujet à des biais de mémoire importants.

**TABLEAU 3 : Âge moyen d'initiation aux substances psychoactives selon le sexe en 2010 parmi les 15-64 ans**

	Hommes	Femmes	p-value
Tabac	15,9 ans	16,5 ans	***
Ivresse alcoolique	18,2 ans	19,7 ans	***
Cannabis	19,1 ans	19,4 ans	*
Produits à inhaler	19,5 ans	19,9 ans	ns
Poppers	20,4 ans	20,0 ans	ns
LSD	20,5 ans	20,3 ans	ns
Amphétamines	20,7 ans	22,3 ans	*
Champignons hallucinogènes	21,1 ans	20,6 ans	ns
Ecstasy/MDMA	21,4 ans	20,9 ans	ns
Héroïne	21,6 ans	22,6 ans	ns
Cocaïne	22,6 ans	22,0 ans	ns
Crack	22,9 ans	21,3 ans	ns

Note : Les \* indiquent la significativité de la différence d'âge d'initiation entre hommes et femmes (\* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ ; ns : non significatif)

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉS AUX USAGES DE COCAÏNE, DE POPPERS, D'ECSTASY ET D'HÉROÏNE

Les quatre produits dont l'usage actuel a significativement évolué entre 2005 et 2010 (à la hausse pour la cocaïne, le poppers et l'héroïne, à la baisse pour l'ecstasy) font ici l'objet d'une analyse détaillée des facteurs socio-économiques associés aux différents usages.

### Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation

Parmi les 15-44 ans, l'expérimentation de cocaïne varie fortement suivant la situation relative à l'emploi. Elle s'avère nettement plus répandue parmi les chômeurs (9,3%) et nettement moins parmi les étudiants ou autres inactifs (2,9%), les actifs occupés se situant dans une position intermédiaire (5,3%). Ces différences se retrouvent à un niveau moindre concernant l'expérimentation d'ecstasy (7,3% parmi les chômeurs, 4,1% parmi les actifs occupés, 2,4% parmi les inactifs), de poppers (respectivement 9,4%, 7,5% et 7,5%) ou d'héroïne (3,9%, 1,3% et 1,1%). Ce lien entre expérimentation de drogues illicites et chômage est maintenu après contrôle sur les effets de structure (tableaux 4 à 7). De même, la perception d'une mauvaise situation financière apparaît associée à l'expérimentation de chacun des quatre produits.

En 2010, les liens avec le niveau de diplôme apparaissent contrastés. Alors que les expérimentations de poppers (quel que soit le sexe) et de cocaïne (pour les

femmes seulement) s'avèrent plus fréquentes parmi les plus diplômés, une relation inverse est observée concernant l'héroïne, même si c'est de manière non significative parmi les femmes. Parmi les hommes, l'expérimentation de cocaïne est assez homogène par rapport au niveau de diplôme, témoignant d'une diffusion du produit à l'ensemble des strates de la population. L'expérimentation d'ecstasy varie peu selon le niveau de diplôme, toutes choses égales par ailleurs.

**TABLEAU 4 : Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation de cocaïne parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 061)			Hommes (n=6 145)			Femmes (n=6 916)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 162)	7,3	- 1 -							
Femme (n=6 932)	2,9	0,4***	[0,3-0,5]						
<b>Âge</b>	***			***			**		
15-25 ans (réf.) (n=3 855)	4,5	- 1 -		6,0	- 1 -		3,0	- 1 -	
26-34 ans (n=3 872)	7,6	1,3*	[1,0-1,6]	11,1	1,3	[1,0-1,7]	4,1	1,2	[0,8-1,7]
35-44 ans (n=5 367)	3,7	0,6***	[0,5-0,8]	5,5	0,6**	[0,5-0,9]	1,9	0,6*	[0,4-0,9]
<b>Niveau de diplôme</b>									
<Bac (réf.) (n=5 320)	5,1	- 1 -		7,4	- 1 -		2,4	- 1 -	
Bac (n=2 865)	5,2	1,1	[0,9-1,4]	7,2	1,1	[0,8-1,4]	3,3	1,4	[0,9-2,0]
>Bac (n=4 909)	5,1	1,2	[0,9-1,4]	7,1	1,0	[0,8-1,3]	3,4	1,5*	[1,1-2,1]
<b>Situation professionnelle</b>	***			***			**		
Travail (réf.) (n=8 961)	5,3	- 1 -		7,6	1		2,7	- 1 -	
Chômage (n=1 252)	9,3	1,5***	[1,2-1,9]	12,2	1,4*	[1,1-1,9]	6,3	1,7**	[1,2-2,5]
Inactif (n=2 869)	2,9	0,7**	[0,5-0,9]	4,1	0,6**	[0,4-0,8]	2,1	0,8	[0,5-1,2]
<b>Perception situation financière</b>	***			***			***		
À l'aise (réf.) (n=2 284)	3,9	- 1 -		5,9	- 1 -		1,8	- 1 -	
Ça va (n=5 561)	4,0	0,9	[0,7-1,1]	5,7	0,7	[0,6-1,0]	2,3	1,2	[0,7-1,8]
C'est juste (n=3 347)	5,1	1,1	[0,8-1,4]	7,6	1,0	[0,7-1,4]	2,6	1,3	[0,8-2,1]
Difficile/dettes (n=1 881)	9,3	2,2***	[1,7-2,9]	13,0	2,0***	[1,5-2,8]	6,1	2,8***	[1,7-4,6]

Note : \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**TABLEAU 5 : Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation d'ecstasy parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 046)			Hommes (n=6 135)			Femmes (n=6 911)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 151)	6,0	- 1 -							
Femme (n=6 927)	2,1	0,4***	[0,3-0,5]						
<b>Âge</b>	***			***			***		
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	3,2	- 1 -		4,5	- 1 -		1,9	- 1 -	
26-34 ans (n=3 868)	6,8	1,6***	[1,2-2,1]	10,4	1,9***	[1,3-2,6]	3,3	1,2	[0,8-1,9]
35-44 ans (n=5 356)	2,5	0,6**	[0,5-0,9]	3,8	0,7	[0,5-1,0]	1,3	0,5*	[0,3-0,9]
<b>Niveau de diplôme</b>							*		
<Bac (réf.) (n=5 317)	4,1	- 1 -		6,4	- 1 -		1,6	- 1 -	
Bac (n=2 860)	4,2	1,1	[0,9-1,4]	5,7	1,0	[0,7-1,3]	2,8	1,5	[1,0-2,2]
>Bac (n=4 901)	3,6	1,0	[0,8-1,2]	5,1	0,8	[0,6-1,0]	2,3	1,4	[0,9-2,1]
<b>Situation professionnelle</b>	***			***					
Travail (réf.) (n=8 950)	4,1	- 1 -		5,8	- 1 -		2,2	- 1 -	
Chômage (n=1 251)	7,3	1,6***	[1,2-2,0]	11,6	1,7**	[1,2-2,2]	2,8	1,4	[0,9-2,3]
Inactif (n=2 866)	2,4	0,7*	[0,5-0,9]	3,7	0,7	[0,5-1,1]	1,5	0,7	[0,4-1,1]
<b>Perception situation financière</b>	***			***			**		
À l'aise (réf.) (n=2 283)	2,8	- 1 -		4,1	- 1 -		1,4	- 1 -	
Ça va (n=5 557)	3,2	0,9	[0,7-1,2]	4,6	0,9	[0,6-1,2]	1,9	1,1	[0,7-1,8]
C'est juste (n=3 342)	4,3	1,3	[0,9-1,7]	6,7	1,3	[0,9-1,8]	2,0	1,2	[0,7-2,0]
Difficile/dettes (n=1 875)	6,9	2,0***	[1,4-2,7]	10,9	1,9***	[1,3-2,8]	3,4	2,1**	[1,2-3,6]

Note : \* : p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**TABLEAU 6 : Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation d'héroïne parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 046)			Hommes (n=6 135)			Femmes (n=6 911)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 151)	2,3	- 1 -							
Femme (n=6 927)	0,7	0,3***	[0,2-0,5]						
<b>Âge</b>	**						*		
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	1,1	- 1 -		1,7	- 1 -		0,4	- 1 -	
26-34 ans (n=3 868)	2,1	2,2***	[1,4-3,5]	3,0	1,7*	[1,0-3,0]	1,1	3,4**	[1,5-8,0]
35-44 ans (n=5 356)	1,5	1,5	[0,9-2,3]	2,4	1,3	[0,7-2,2]	0,7	2,0	[0,8-4,8]
<b>Niveau de diplôme</b>	***			***					
<Bac (réf.) (n=5 317)	2,0	- 1 -		3,0	- 1 -		0,9	- 1 -	
Bac (n=2 860)	1,2	0,7*	[0,4-1,0]	1,7	0,6*	[0,4-1,0]	0,7	0,9	[0,4-1,7]
>Bac (n=4 901)	0,8	0,5***	[0,4-0,8]	1,2	0,5**	[0,3-0,7]	0,5	0,7	[0,3-1,4]

<b>Situation professionnelle</b>	***			***			*		
Travail (réf.) (n=8 950)	1,3	- 1 -		1,9	- 1 -		0,6	- 1 -	
Chômage (n=1 251)	3,9	2,4***	[1,6-3,4]	6,2	2,3***	[1,5-3,5]	1,6	2,6**	[1,3-5,4]
Inactif (n=2 866)	1,1	1,3	[0,8-2,2]	1,6	1,0	[0,5-1,9]	0,7	1,9	[0,9-4,0]
<b>Perception situation financière</b>	***			***			***		
À l'aise (réf.) (n=2 283)	0,8	- 1 -		1,1	- 1 -		0,5	- 1 -	
Ça va (n=5 557)	0,9	0,9	[0,5-1,5]	1,4	1,0	[0,5-1,8]	0,4	0,8	[0,3-2,1]
C'est juste (n=3 342)	1,6	1,4	[0,8-2,3]	2,7	1,6	[0,9-2,9]	0,4	0,8	[0,3-2,4]
Difficile/dettes (n=1 875)	3,8	2,9***	[1,7-4,9]	5,6	2,9***	[1,5-5,3]	2,3	2,9*	[1,1-7,4]

Note : \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**TABLEAU 7 : Facteurs sociodémographiques associés à l'expérimentation de poppers parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 041)			Hommes (n=6 135)			Femmes (n=6 906)		
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 152)	10,1	- 1 -							
Femme (n=6 921)	5,4	0,5***	[0,4-0,6]						
<b>Âge</b>	**						***		
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	8,8	- 1 -		9,6	- 1 -		7,9	- 1 -	
26-34 ans (n=3 864)	7,9	0,8**	[0,6-0,9]	11,1	1,0	[0,8-1,3]	4,9	0,5***	[0,4-0,7]
35-44 ans (n=5 355)	6,6	0,6***	[0,5-0,7]	9,9	0,8	[0,6-1,1]	3,4	0,4***	[0,3-0,5]
<b>Niveau de diplôme</b>	***			***			*		
<Bac (réf.) (n=5 312)	6,8	- 1 -		8,6	- 1 -		4,8	- 1 -	
Bac (n=2 864)	9,6	1,5***	[1,3-1,8]	12,7	1,5***	[1,2-1,8]	6,9	1,5**	[1,1-1,9]
>Bac (n=4 897)	8,0	1,4***	[1,2-1,6]	11,5	1,4***	[1,2-1,7]	5,2	1,4*	[1,0-1,8]
<b>Situation professionnelle</b>							**		
Travail (réf.) (n=8 945)	7,5	- 1 -		10,4	- 1 -		4,4	- 1 -	
Chômage (n=1 251)	9,4	1,2	[1,0-1,5]	11,6	1,1	[0,8-1,4]	7,2	1,4*	[1,0-1,9]
Inactif (n=2 865)	7,5	1,0	[0,8-1,2]	8,8	0,9	[0,7-1,2]	6,6	1,1	[0,8-1,4]
<b>Perception situation financière</b>	***			***			***		
À l'aise (réf.) (n=2 279)	7,8	- 1 -		9,3	- 1 -		6,2	- 1 -	
Ça va (n=5 552)	6,2	0,9	[0,7-1,0]	8,2	0,9	[0,7-1,1]	4,2	0,8	[0,6-1,1]
C'est juste (n=3 342)	8,4	1,1	[0,9-1,4]	11,6	1,2	[0,9-1,5]	5,2	1,1	[0,8-1,5]
Difficile/dettes (n=1 880)	10,7	1,7***	[1,4-2,1]	14,1	1,6***	[1,2-2,2]	7,7	1,8**	[1,2-2,5]

Note : \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## **Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel**

Globalement, l'ensemble des facteurs précédemment décrits se révèle associé à l'usage actuel de cocaïne, d'ecstasy, d'héroïne ou de poppers, même si certaines associations n'apparaissent plus significatives en raison du plus faible nombre d'utilisateurs dans l'année. La situation de chômage est ainsi fortement associée à l'usage actuel de cocaïne, d'ecstasy ou d'héroïne, mais pas de poppers, qui concerne davantage les inactifs (dont les étudiants) et les personnes les plus diplômées. De même que pour l'expérimentation, la perception d'une mauvaise situation financière apparaît nettement liée à l'usage d'ecstasy dans l'année, alors que l'association entre faible niveau de diplôme et usage actuel d'héroïne est renforcée. Quelques nuances méritent cependant d'être apportées. Notamment, l'usage de cocaïne dans l'année n'est associé ni au niveau de diplôme, ni à la perception de la situation financière (annexes A-1 à A-4).

## **Évolution des facteurs associés aux usages**

Globalement, l'expérimentation de cocaïne, d'ecstasy ou de poppers a eu tendance à augmenter depuis 2005 parmi les 15-44 ans, quels que soient le niveau d'études ou la situation professionnelle. Pour la cocaïne, la hausse est particulièrement forte parmi les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac, témoignant d'une diffusion de ce produit à un spectre plus large de la population, même si, toutes choses égales par ailleurs, aucun lien entre niveau de diplôme et usage de cocaïne ne ressort ni en 2010, ni en 2005 et 2000. En revanche, l'association entre faible niveau de diplôme et expérimentation et usage actuel d'héroïne est de plus en plus marquée depuis 2000. La situation de chômage reste fortement associée à tous les usages, même si la force du lien diminue depuis 2000 (tableau 8).

**TABLEAU 8 : Odds-ratios associés à l'expérimentation et à l'usage actuel de drogues illicites autres que le cannabis, issus de régressions logistiques ajustées sur le sexe, l'âge, la situation de chômage et le fait d'avoir un diplôme inférieur au baccalauréat, parmi les 15-44 ans en 2000, 2005 et 2010<sup>49</sup>**

	2000		2005		2010	
	Chômage	Inférieur au bac	Chômage	Inférieur au bac	Chômage	Inférieur au bac
<b>Expérimentation</b>						
Cocaïne	3,9***	0,9	2,6***	0,9	1,8***	1,1
Ecstasy	3,2***	0,9	2,5***	1,1	1,8***	1,2
Héroïne	5,2***	0,7	3,1***	1,6**	2,6***	2,3***
Poppers	nd	nd	1,7***	0,8**	1,3*	0,8*
<b>Usage actuel</b>						
Cocaïne	5,8***	0,7	3,2***	0,9	2,2***	1,0
Ecstasy	4,8***	0,9	2,7***	0,9	2,4***	1,4
Héroïne	7,0**	1,2	4,9***	2,0	3,1**	3,7***
Poppers	nd	nd	1,9**	0,6*	0,8	0,7*

Note : \* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, INPES.

## LES CONSOMMATIONS DES ÉTUDIANTS

Les étudiants sont souvent considérés comme surconsommateurs d'alcool et de drogues illicites dans un contexte festif. Il s'agit donc ici de comparer les consommations de substances licites ou illicites des étudiants par rapport aux actifs occupés et aux chômeurs du même âge. L'analyse porte sur les 18-30 ans, et par étudiants nous entendons les étudiants du supérieur (tableau 9).

Les étudiants apparaissent moins souvent fumeurs que les actifs du même âge qui travaillent et sont moins nombreux à avoir une consommation régulière d'alcool. La consommation régulière ou quotidienne de cannabis est également moins fréquente parmi les étudiants que parmi les actifs, que ces derniers soient occupés ou non. En revanche, ils déclarent plus souvent un usage actuel de poppers et sont également plus nombreux à déclarer avoir été ivres au moins trois fois au cours de l'année. Leur usage dans l'année de produits illicites autres que le poppers n'est pas significativement différent de celui des actifs occupés.

Les chômeurs de 18-30 ans sont quant à eux les plus nombreux à fumer, à avoir une consommation d'alcool à risque chronique et à consommer du cannabis régulièrement (au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Leurs prévalences d'usage de cocaïne, d'ecstasy et surtout d'héroïne dans l'année sont également les plus élevées.

<sup>49</sup> La perception de la situation financière n'a pas été introduite dans les modèles, car elle n'était pas disponible en 2000 et 2005.

**TABLEAU 9 : Usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-30 ans<sup>50</sup>**

	Pourcentage				Étudiants vs actifs occupés		Chômeurs vs actifs occupés	
	Actifs occupés (n=2860)	Étudiants (n=945)	Chômeurs (n=666)	P	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Tabagisme quotidien	42,3%	23,4%	56,2%	***	0,5***	0,4-0,6	1,6***	1,3-1,9
Alcool régulier	11,2%	6,9%	15,8%	***	0,7**	0,5-0,9	1,2	1,0-1,6
Trois ivresses ou plus dans l'année	18,8%	28,9%	21,1%	***	1,4**	1,2-1,8	0,9	0,8-1,1
Consommation d'alcool à risque chronique (Audit-C)	10,7%	13,0%	18,5%	***	1,0	0-8-1,3	1,4**	1,1-1,8
Cannabis au cours de l'année	17,0%	24,8%	24,4%	***	1,1	0,9-1,4	1,3**	1,1-1,6
Cannabis au cours du mois	9,4%	11,8%	16,7%	***	0,9	0,6-1,1	1,4*	1,1-1,8
Cannabis régulier	5,1%	3,3%	11,1%	***	0,5**	0,3-0,8	1,7**	1,2-2,4
Cannabis quotidien	2,6%	1,1%	6,4%	***	0,4**	0,2-0,8	1,5	1,0-2,5
Poppers au cours de l'année	1,4%	5,4%	1,0%	***	2,3**	1,4-3,7	0,8	0,4-1,5
Cocaïne au cours de l'année	1,9%	2,0%	3,5%	*	0,8	0,4-1,3	1,8*	1,1-2,8
Champignons au cours de l'année	0,6%	0,5%	1,1%	ns	0,3	0,1-1,0	1,2	0,5-2,9
Ecstasy/MDMA au cours de l'année	0,7%	0,6%	1,6%	ns	0,6	0,2-1,5	2,1*	1,0-4,3
Héroïne au cours de l'année	0,5%	0,1%	1,5%	**	0,2	0,0-1,7	2,7*	1,1-6,6
Toute drogue illicite hors cannabis (année)	4,0%	7,9%	6,7%	***	1,2	0,9-1,7	1,3	0,9-1,8

Note : \* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Ces résultats peuvent être mis en regard de ceux observés dans les précédents Baromètres santé menés en 2000 (Beck *et al.* 2005) et en 2005 (Legleye *et al.* 2008). Dans ces travaux antérieurs, les étudiants rapportaient déjà un tabagisme nettement inférieur, des usages d'alcool moins réguliers, mais des ivresses alcooliques plus fréquentes que les jeunes sortis du système scolaire. Les usages occasionnels de cannabis apparaissaient en revanche plus fréquents en 2000 alors qu'ils étaient similaires à ceux des actifs en 2005 comme en 2010. Aucune

<sup>50</sup> Les odds-ratios présentés sont issus de régressions logistiques par produit, ajustées sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et le fait de vivre en couple.

différence significative n'apparaissait en 2000 pour les autres drogues illicites, tandis qu'en 2005 les chômeurs se révélaient plus consommateurs de toutes les drogues. La surconsommation de poppers par les étudiants est donc une nouveauté de l'enquête de 2010. En outre, la différenciation sexuelle des usages apparaît nettement atténuée parmi les étudiants en 2010, comme en 2005 (tableau 10).

**TABLEAU 10 : Sex-ratios associés aux usages de produits psychoactifs dans les populations étudiante, active occupée et chômeuse de 18-30 ans**

	Actifs occupés (n=2 860)	Étudiants (n=945)	Chômeurs (n=666)
Tabagisme quotidien	1,2***	1,1	1,2
Alcool régulier	4,7***	2,2**	2,1*
Trois ivresses ou plus dans l'année	3,6***	1,8***	3,1***
Consommation d'alcool à risque chronique (Audit-C)	4,3***	2,1***	2,3***
Cannabis au cours de la vie	1,3***	1,3**	1,4***
Cannabis au cours de l'année	2,3***	1,6***	2,3***
Cannabis au cours du mois	2,5***	1,7**	3,0**
Cannabis régulier	4,2***	1,6	2,7
Cannabis quotidien	3,0***	1,6	1,9
Poppers au cours de la vie	1,9***	1,1	2,1*
Cocaïne au cours de la vie	2,6***	1,3	1,9
Champignons au cours de la vie	3,0***	1,1	4,2**
Ecstasy/MDMA au cours de la vie	2,3***	2,2	4,4***
Héroïne au cours de la vie	2,7*	1,6	6,1***
Toute drogue illicite hors cannabis (vie)	1,8***	1,2	1,9*
Toute drogue illicite hors cannabis (année)	2,0**	1,3	4,5***

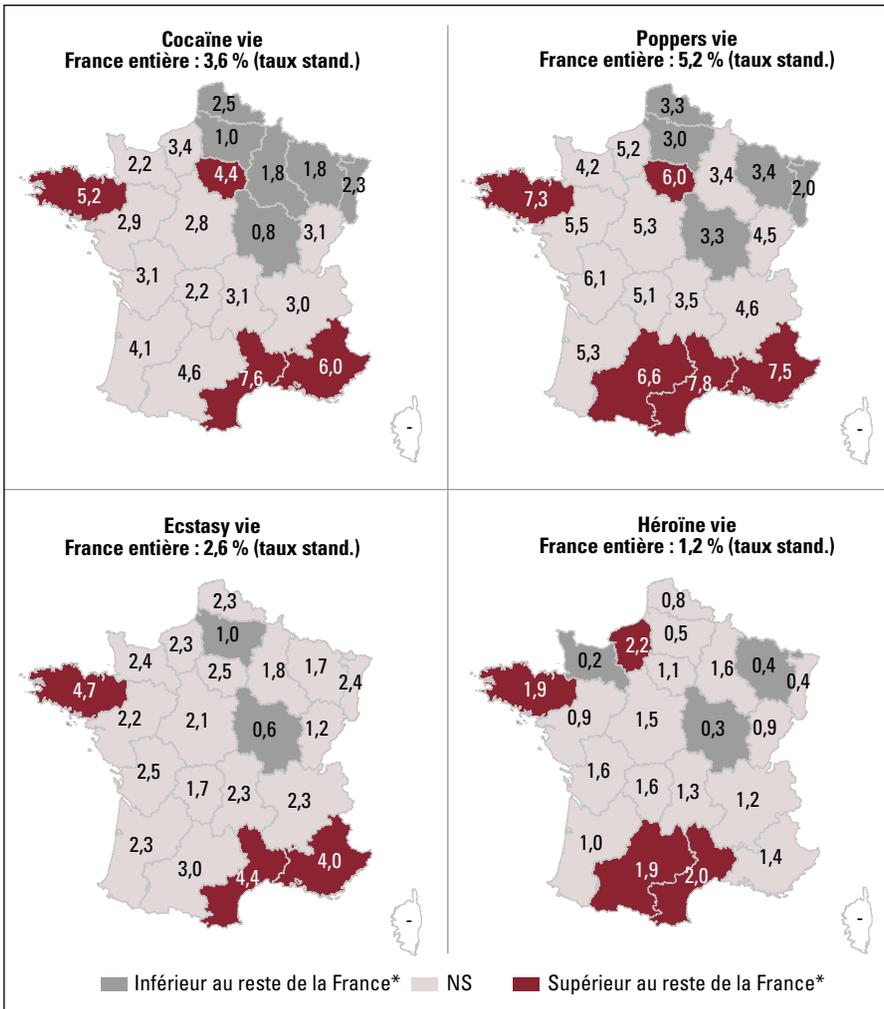
\*\*\* : p<0,001 ; \*\* : p<0,01 ; \* p<0,05

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## CARTOGRAPHIE (EXPÉRIMENTATION ET USAGE ACTUEL)

Parmi les 15-64 ans, quel que soit le produit parmi la cocaïne, le poppers, l'ecstasy ou l'héroïne, la Bretagne et le Languedoc-Roussillon sont les régions qui comptent le plus d'expérimentateurs. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (pour la cocaïne, le poppers et l'ecstasy), Île-de-France (cocaïne et poppers), Midi-Pyrénées (poppers et héroïne) et Haute-Normandie (héroïne) se distinguent également par des fréquences élevées d'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis. Les régions dont les proportions d'expérimentateurs sont les plus faibles se situent dans le quart nord-est du pays, ainsi qu'en Basse-Normandie pour l'héroïne (figures 21 à 24).

**FIGURES 21 à 24 : Analyse régionale de l'expérimentation de cocaïne, poppers, ecstasy et héroïne parmi les 15-64 ans**



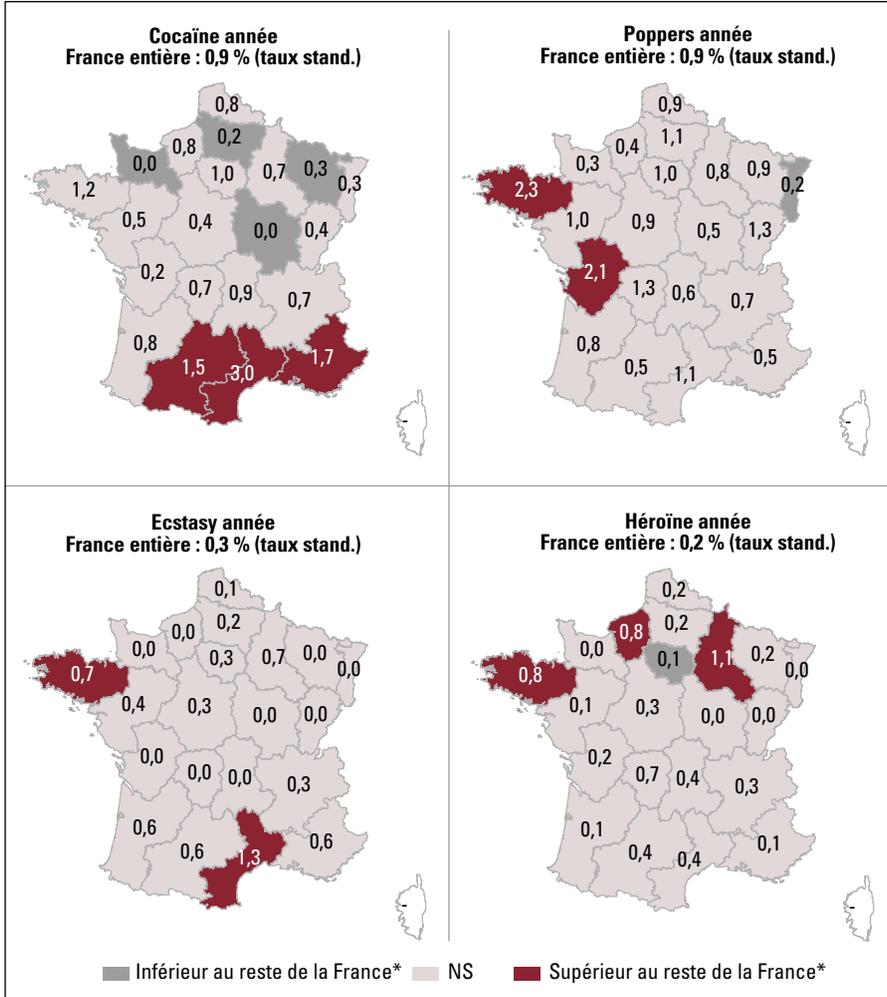
\* Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Concernant l'usage dans l'année, les différences sont moins marquées, probablement parce que ce type d'usage est encore plus rare. Les régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur se distinguent par des niveaux plus élevés d'usage de cocaïne dans l'année, ainsi que d'ecstasy pour le Languedoc-Roussillon. La Bretagne présente des niveaux plus élevés que la moyenne nationale concernant l'usage actuel de poppers, d'ecstasy et d'héroïne. Le Poitou-Charentes compte également davantage d'utilisateurs de poppers, la

Haute-Normandie et Champagne-Ardenne d'usagers d'héroïne. L'usage actuel de cocaïne est moins fréquent en Basse-Normandie, Picardie, Bourgogne et Lorraine, celui de poppers en Alsace. L'Île-de-France se distingue par une moindre proportion d'usagers d'héroïne dans l'année.

**FIGURES 25 à 28 : Analyse régionale de l'usage de cocaïne, poppers, ecstasy et héroïne dans l'année parmi les 15-64 ans**



\* Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## TRANSFORMATION DE COCAÏNE EN FREE-BASE

Parmi les individus ayant déjà consommé de la cocaïne ou du crack, 7,6 % (n=56) ont déjà transformé leur cocaïne en free-base, autant les hommes (8,4 %) que les femmes (5,5 %, écart non significatif).

Les expérimentateurs de cocaïne ou de crack ayant déjà transformé leur cocaïne en free-base sont majoritairement âgés de 26 à 34 ans (55 % de ceux qui l'ont transformée contre 35 % parmi ceux n'ayant jamais effectué une telle pratique,  $p < 0,01$ ). Leur niveau d'éducation est nettement plus faible que celui des expérimentateurs n'ayant jamais eu ce comportement (76 % n'ont pas le bac contre 50 %,  $p < 0,001$ ) et leur niveau de revenu également (52 % ont un revenu par UC inférieur à 1 100 euros par mois et 45 % entre 1 100 et 1 800 euros par mois, contre respectivement 34 % et 35 % parmi les expérimentateurs de cocaïne n'ayant jamais transformé leur cocaïne en free-base,  $p < 0,001$ ). En outre, ils sont plus souvent ouvriers (46 % contre 28 %,  $p < 0,05$ ). En revanche, aucune association significative n'est observée relativement à la situation de chômage. Un tel profil sociodémographique apparaît concordant avec les observations relatives aux scènes ouvertes de consommation de crack (Decorte 2000), alors même que la cocaïne dans son ensemble s'est diffusée dans toutes les classes sociales au cours de la dernière décennie (Karila *et al.* 2009).

## INJECTION DE DROGUES OU DE PRODUITS DE SUBSTITUTION

Parmi les 15-64 ans, 0,4 % (n=79) ont déjà eu recours à l'injection d'une drogue ou d'un produit de substitution, et 0,1 % l'ont fait dans les douze derniers mois (n=18). L'âge moyen à la première injection est de 24 ans : 28 % déclarent l'avoir fait la première fois avant 20 ans, 43 % entre 20 et 25 ans, 21 % entre 26 et 35 ans et 8 % au-delà de 35 ans.

Dans l'ensemble des individus s'étant déjà injectés, on trouve 70 % d'hommes ; 8 % ont entre 15 et 25 ans, 22 % entre 26 et 34 ans, 27 % entre 35 et 44 ans, 32 % entre 45 et 54 ans et 11 % entre 55 et 64 ans. En termes de niveau de diplôme, 26 % n'ont aucun diplôme, 45 % ont un diplôme inférieur au bac, 15 % ont le bac et 14 % un diplôme supérieur au bac. Près de la moitié ont un travail (49 %), 23 % sont au chômage et 28 % sont inactifs. Concernant leur niveau de revenu, plus de la moitié (54 %) appartiennent au premier tercile de la distribution des revenus par UC de l'ensemble des personnes enquêtées (revenu par UC  $< 1$  100 euros), 32 % au deuxième tercile (entre 1 100 et 1 800 euros) et 14 % au troisième tercile (plus de 1 800 euros). On compte 34 % d'ouvriers<sup>51</sup>, 29 % de professions intermédiaires, 19 % d'employés, 12 % de cadres et professions intellectuelles supérieures, 3 % d'artisans et moins de 1 % d'agriculteurs (2 % sont sans activité professionnelle).

51 PCS du répondant ou du chef de famille si le répondant est inactif.

Les répondants ayant déjà eu recours à l'injection sont en moyenne plus âgés que les expérimentateurs d'héroïne n'ayant jamais injecté de drogues : 42,0% ont plus de 45 ans contre seulement 16,5% des expérimentateurs d'héroïne n'ayant jamais pratiqué l'injection. En revanche, ces deux populations ne se distinguent pas significativement en termes de sexe, de niveau de diplôme et de revenu, de situation professionnelle et de PCS.

## DISCUSSION

### MISE EN REGARD DES AUTRES SOURCES DE DONNÉES

Depuis le début des années 1990, les niveaux de consommation des produits stimulants ont notablement augmenté en France (cocaïne ou autres drogues de synthèse, de type ecstasy ou amphétamines). C'est également au cours des années 1990 que l'on a assisté à l'émergence puis à la diffusion du crack, dont la consommation reste toutefois circonscrite à un nombre restreint de personnes et d'espaces sociaux. La diffusion de la cocaïne apparaît assez nette dans l'ensemble de la population, traduisant la « démocratisation » d'un produit autrefois quasi exclusivement accessible dans des catégories aisées et qui s'est élargi, depuis quelques années, à d'autres sphères de la société (Karila et al. 2009).

Concernant les amphétamines, une tendance à la hausse est également observée, tandis que l'ecstasy semble pour sa part moins présente en 2010 qu'au début des années 2000. Les tendances observées à la fin de l'adolescence par l'OFDT apparaissent très similaires, avec une expérimentation passant de 1% en 2000 à 3% en 2011 pour la cocaïne, de 1% à 2,5% pour les amphétamines, tandis que l'expérimentation d'ecstasy est passée de 2% en 2000 à 4% en 2002, avant de retomber à 2% en 2011 (Spilka et al. 2012). Il faut toutefois noter une possible recrudescence de la forme poudre du MDMA signalée dans la presse spécialisée, sous l'appellation « MD », sans qu'il soit toutefois possible de quantifier cette tendance.

Le développement de l'usage de cocaïne et du crack se trouve également corroboré par d'autres indicateurs tels que les statistiques de l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants, qui montrent que les interpellations pour usage de ces produits ont été multipliées par presque cinq depuis le début des années 1990 (environ 1 000 interpellations au début des années 1990, contre 4 679 en 2010 pour ces deux produits), même si les niveaux restent très bas en regard des interpellations pour usage de cannabis (122 439 interpellations en 2010), tandis que l'ecstasy ne représente plus que 200 interpellations en 2010, alors qu'il y en avait environ 1 000 par an de 1995 à 1999, jusqu'à 1 659 en 2004. L'héroïne a quant à elle fait l'objet de 7 255 interpellations en 2010. L'ensemble des autres produits a donné lieu à moins de 1 000 interpellations en 2010 (OCRTIS 2011). Il convient de

préciser que ces statistiques émanant des services de police et de gendarmerie reflètent avant tout l'activité des services, ne mesurant ainsi que les comportements définis par l'institution productrice des données : elles sont dans ce sens victimes du « syndrome du réverbère », qui consiste à n'observer que la face la plus visible d'un phénomène, ce qui est le mieux « éclairé » (Aubusson de Cavarlay 1999). Ainsi, par exemple, suivant les instructions ministérielles des gouvernements successifs, indiquant de prendre en compte, ou non, tel ou tel type de comportement délictueux, les pratiques d'usage peuvent être plus ou moins rigoureusement recherchées par les services de police et de gendarmerie et enregistrées dans les statistiques. Après une baisse dans les années 1990, notamment liée aux efforts entrepris pour faire face à l'épidémie de SIDA parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse dans le cadre de la réduction des risques, l'héroïne a connu une nouvelle phase de diffusion dans les années 2000 se traduisant par une légère hausse de l'expérimentation observée entre 2005 et 2010, passant de 0,9 % à 1,2 % parmi les 15-64 ans. Les observations ethnographiques de terrain mettent en évidence une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans la seconde moitié des années 2000, avec l'apparition de nouveaux profils de consommateurs (OFDT, 2013). Il s'agit principalement de personnes relativement bien insérées et fréquentant les milieux festifs. Les variations observées pour d'autres données (saisies, décès par surdoses, recours au soin) incitent à conclure à une augmentation de la diffusion de l'héroïne entre 2002 et 2009, suivie d'un plafonnement au tout début des années 2010 (OFDT, 2013).

Les enquêtes ESPAD et ESCAPAD menées au cours de l'adolescence montrent également que le poppers est la seconde substance illicite consommée après le cannabis et qu'il se trouve en hausse en population adolescente. Les champignons hallucinogènes, le LSD et l'héroïne montrent pour leur part une grande stabilité entre 2000 et 2011 (Spilka et Le Nézet 2013).

## **ÉLÉMENTS DE COMPARAISONS EUROPÉENNES**

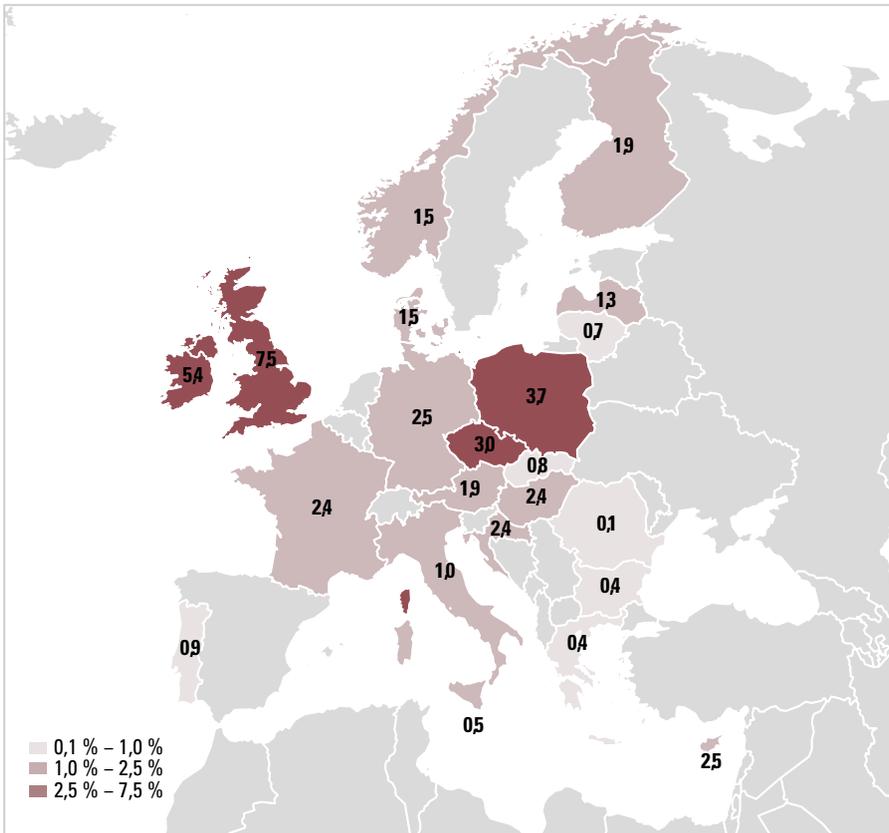
Le minutieux travail d'harmonisation des méthodes de collecte des résultats nationaux réalisé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) permet de disposer d'une cartographie européenne de plus en plus complète sur les usages de drogues illicites (OEDT 2013).

La France se situe à une position intermédiaire concernant la diffusion du LSD au sein de la population. Selon les chiffres de l'OEDT, avec 2,4 % d'expérimentateurs pour la tranche d'âge des 15-34 ans, la France apparaît au niveau de pays tels que l'Allemagne, la Hongrie, l'Autriche, la Croatie ou la Finlande, tandis que les pays les plus concernés sont le Royaume-Uni (7,5 %), l'Irlande (5,4 %) et la Pologne (3,7 %). La France se situe également dans la moyenne européenne concernant la cocaïne, avec 6,0 % d'expérimentateurs parmi les 15-34 ans, aux côtés de l'Italie et

de l'Allemagne. Le Royaume-Uni se distingue ici aussi par une prévalence élevée d'expérimentateurs (12,8% des 15-34 ans), suivi par l'Espagne (11,1%) et l'Irlande (9,4%). Avec 4,5% de 15-34 ans ayant expérimenté l'ecstasy, la France se trouve aux côtés de pays comme la Croatie, l'Allemagne, la Lettonie ou la Hongrie, loin derrière le Royaume-Uni (13,5%), les Pays-Bas (11,6%), l'Irlande (10,9%) et la République tchèque (9,7%). La diffusion d'amphétamines s'avère relativement basse en France (2,4% des 15-34 ans) par rapport aux autres pays européens, proche des niveaux observés en Italie et en Lituanie. Le Royaume-Uni apparaît encore comme le pays qui compte le plus d'expérimentateurs (16,8%), devant le Danemark (10,3%) et la Pologne (8,2%). La France arrive cependant en tête concernant l'expérimentation de cannabis (45,1% d'expérimentateurs parmi les 15-34 ans) avec le Danemark (44,5%), les niveaux observés au Royaume-Uni étant légèrement en deçà (41,9%).

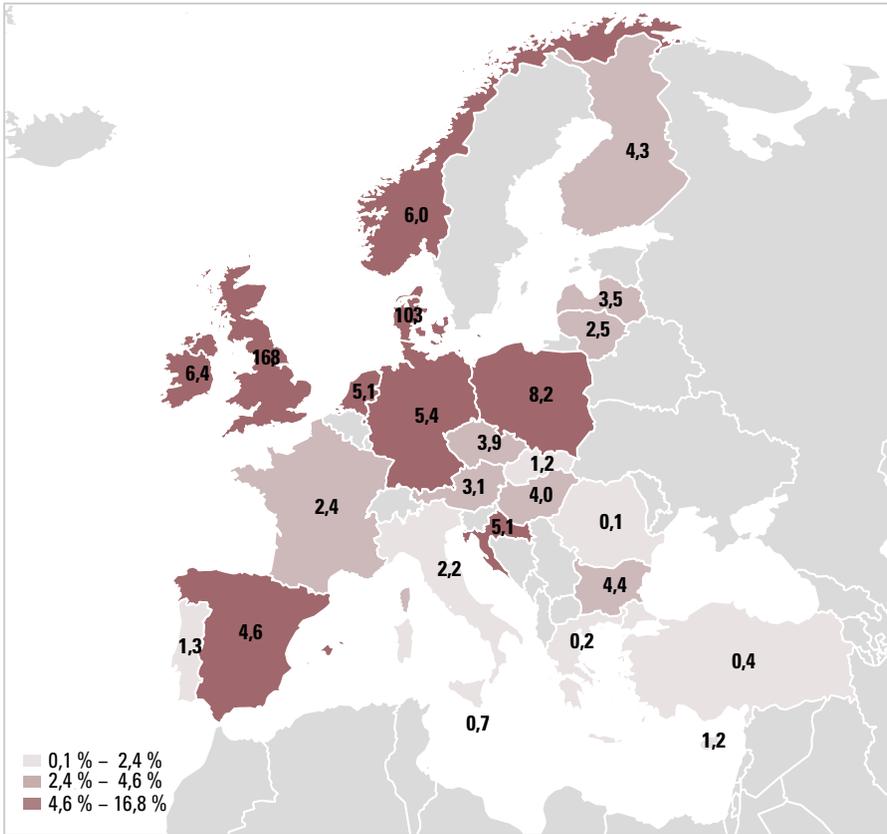
### FIGURES 29 à 32 : Comparaisons des niveaux d'expérimentation en Europe du LSD, des amphétamines, de la cocaïne et de l'ecstasy, parmi les 15-34 ans

#### Expérimentation de LSD parmi les 15-34 ans



Source : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

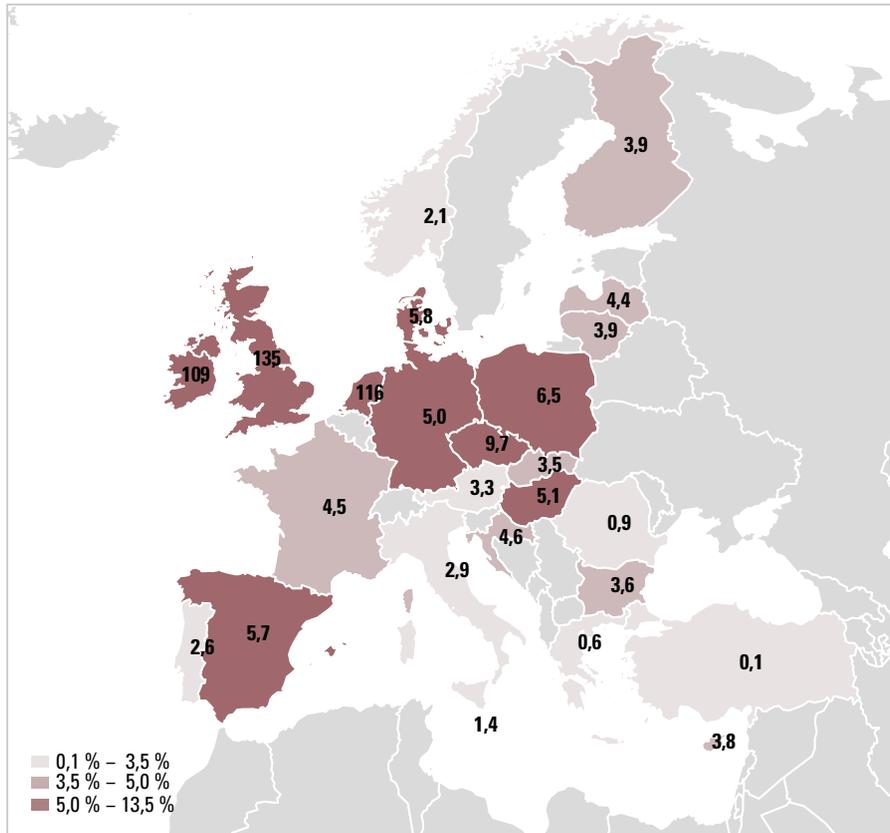
### Expérimentation d'amphétamines parmi les 15-34 ans



Source : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).



## Expérimentation d'ecstasy parmi les 15–34 ans



Source : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

On ne dispose malheureusement pas de chiffres sur le poppers, alors même que ce produit est souvent parmi les plus répandus derrière le cannabis (Romanelli et al. 2004), une étude récente montrant qu'environ 10% de la population anglaise en a déjà consommé (Davies et al. 2012).

## À PROPOS DE QUELQUES LIMITES DE L'APPROCHE PAR ENQUÊTE EN POPULATION GÉNÉRALE SUR LES DROGUES ILLICITES AUTRES QUE LE CANNABIS

Les résultats des enquêtes déclaratives en population générale sur les drogues illícites autres que le cannabis présentent quelques limites : risque de sous-déclaration (ou de surdéclaration) de certains comportements qui s'avèrent particulièrement stigmatisés (notamment l'injection ou encore la consommation d'héroïne ou de crack), biais de mémorisation, biais de recrutement des personnes interrogées. Ainsi, si l'enquête en population générale se révèle être un bon outil d'observation des ménages « ordinaires », ce mode d'investigation peut s'avérer inadapté

pour certaines populations particulières. Cela peut être le cas pour des raisons techniques (individu fréquemment absent de son domicile, voire sans domicile, vivant en hébergement précaire, incarcéré ou hospitalisé, individu appartenant à un ménage non francophone...) mais aussi pour des raisons culturelles et juridiques (pudeur, méfiance, réticence à dévoiler des comportements intimes et illicites dans une enquête par téléphone...). Il faut aussi noter que les données épidémiologiques ne prennent pas en considération les notions de quantité consommée ou de qualité des produits, pourtant indissociables de l'évaluation de la sévérité des comportements d'usage. Si ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause les niveaux globaux de consommation, elles entraînent toutefois une sous-estimation des usages les plus marginalisés : un sous-échantillon issu d'une telle enquête ne serait pas représentatif des populations les plus difficiles à atteindre. Malgré ces limites, le Baromètre santé permet d'évaluer, grâce à une méthodologie répétée au fil des enquêtes, l'ampleur de la consommation de drogues illicites autres que le cannabis au niveau national et de dégager des tendances assez robustes sur l'ensemble de la population résidant en France.

Cependant, la complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire le recours à des outils d'observation de nature différente et qui s'avèrent complémentaires. Les enquêtes en population générale ne peuvent répondre à toutes les interrogations soulevées par l'étude d'un comportement aussi multidimensionnel que l'usage de drogues illicites, manquant de fait certains comportements atypiques, pour lesquels les approches ethnographiques semblent plus adaptées. Celles-ci reposent sur l'observation minutieuse, sur de longs entretiens semi-directifs ou sur des systèmes de recueil de l'information multifocaux qui synthétisent une importante quantité de données provenant de différents sites, privilégiant une approche de réseau, comme c'est le cas dans le système Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT (Cadet-Tairou et al. 2012) : la perspective est ici participative, la distance entre enquêteurs et population observée étant réduite à son minimum. C'est ce type d'études qui permet de mieux connaître les modes d'usage des substances les plus rares telles que le GHB, la kétamine, la Salvia... La principale difficulté rencontrée par ce type de dispositif de recueil de l'information est de parvenir à dégager des tendances générales d'évolution des pratiques et, plus généralement, à quantifier les comportements observés, ne permettant pas de trancher sur les fantasmes que suscitent souvent les phénomènes liés aux drogues. Soulignons enfin que ce chapitre ne traite pas des « nouveaux produits de synthèse » (NPS), substances qui imitent les effets de différents produits illicites (cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne, etc.) et qui semblent en essor (en particulier les cannabinoïdes de synthèse), acquis notamment sur Internet par les usagers (Lahaie et al. 2013). Ces produits pourraient faire l'objet d'une investigation dans la prochaine édition du Baromètre santé afin que la situation en population générale puisse être quantifiée.

## CONCLUSION

Les résultats du Baromètre santé montrent que les usages de drogues autres que le tabac, l'alcool et le cannabis ne concernent qu'une petite minorité de la population. Il faut souligner que les usages semblent étroitement liés aux contextes de vie, et notamment à la situation sociale et professionnelle. D'autres travaux à partir de ces données permettront d'étudier plus en détail le lien avec la détresse psychologique, les violences subies... Les motivations incitant à consommer des substances psychoactives sont nombreuses et variées, comme cela a été établi par l'étude des motifs d'expérimentation ou d'abandon de cannabis (Beck et al. 2007). Les modes de socialisation et les significations que les individus donnent à leurs conduites addictives restent toutefois difficiles à appréhender dans le cadre des enquêtes quantitatives, ce qui invite à une confrontation interdisciplinaire des données issues de telles enquêtes avec les autres sciences sociales.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aubusson de Cavarlay B., « Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère – le cas des ILS », dans *Les Drogues en France : politiques, marchés, usages*, Genève, Georg, 1999, p. 151-159.
- Beck F., Bonnet N., « The substance ou l'histoire mouvementée du LSD », *Médecine/science*, n° 29, 2013, p. 430-433.
- Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P., « Les usages de produits psychoactifs des étudiants », *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, n° 11, 2005, p. 31-52.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », dans *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, 2007, p. 169-221.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, 2012, p. 1-6.
- Davies A., Kelly S., Naylor S., Bhatt P., Mathews J., Sahni J., Haslett R., McKibbin M., « Adverse ophthalmic reaction in poppers users: case series of "poppers maculopathy" », *Eye*, n° 26, 2012, p. 1479-1486.
- Decorte T., *The Taming of Cocaine: cocaine use in European and American cities*, Bruxelles, VUB University Press, 2000, 499 p.
- Karila L., Beck F., Legleye S., Reynaud M., « Cocaïne : de l'expérimentation à la dépendance », *La Revue du praticien*, n° 59, 2009, p. 821-825.
- Lahaie E., Martinez M., Cadet-Taïrou A., « Nouveaux produits de synthèse et Internet », *Tendances*, 2013, p. 1-8.
- Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., « Travail, chômage et études : les usages de drogue des 18-25 ans en 2005 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 56, 2008, p. 345-355.
- OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010*, Nanterre, OCRTIS, 2011.
- OEDT, *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne, Observatoire européen des drogues et toxicomanies, 2013, 74 p.
- OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, 2013, 399 p.

Romanelli F., Smith K. M., Thornton A. C., Pomeroy C., « Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse », *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, n° 24, 2004, p. 69-78.

Spilka S., Le Nézet O., *Les Substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2011*, OFDT, 2013.

Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, 2012, p. 1-4.

## ANNEXES

**TABLEAU A-1 : Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel de cocaïne parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 058)			Hommes (n=6 144)			Femmes (n=6 914)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 161)	2,1	- 1 -							
Femme (n=6 930)	0,7	0,4***	[0,3-0,5]						
<b>Âge</b>	***			***			**		
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	1,9	- 1 -		2,8	- 1 -		1,1	- 1 -	
26-34 ans (n=3 871)	1,7	0,7	[0,5-1,1]	2,6	0,8	[0,5-1,3]	0,9	0,6	[0,3-1,1]
35-44 ans (n=5 366)	0,6	0,3***	[0,2-0,4]	1,0	0,3***	[0,2-0,5]	0,2	0,2***	[0,1-0,4]
<b>Niveau de diplôme</b>									
<Bac (réf.) (n=5 318)	1,4	- 1 -		2,0	- 1 -		0,6	- 1 -	
Bac (n=2 865)	1,7	1,4	[1,0-2,0]	2,4	1,4	[0,9-2,2]	1,0	1,3	[0,7-2,5]
>Bac (n=4 908)	1,2	1,1	[0,8-1,6]	2,0	1,2	[0,8-1,9]	0,6	0,9	[0,5-1,9]
<b>Situation professionnelle</b>	***			**					
Travail (réf.) (n=8 958)	1,2	- 1 -		1,8	- 1 -		0,6	- 1 -	
Chômage (n=1 252)	2,7	2,1***	[1,4-3,1]	4,0	2,2**	[1,4-3,6]	1,2	1,7	[0,8-3,6]
Inactif (n=2 869)	1,2	0,8	[0,5-1,3]	2,0	0,8	[0,5-1,4]	0,6	0,9	[0,4-1,8]
<b>Perception situation financière</b>							*		
À l'aise (réf.) (n=2 283)	1,6	- 1 -		2,4	- 1 -		0,7	- 1 -	
Ça va (n=5 561)	1,1	0,7	[0,5-1,1]	1,9	0,7	[0,4-1,1]	0,4	0,7	[0,3-1,6]
C'est juste (n=3 346)	1,4	1,0	[0,6-1,5]	2,1	0,9	[0,5-1,5]	0,7	1,1	[0,5-2,6]
Difficile/dettes (n=1 880)	1,8	1,4	[0,9-2,3]	2,4	1,1	[0,6-2,1]	1,4	2,0	[0,8-4,7]

Note : \* p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

**TABLEAU A-2 : Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel d'ecstasy parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 038)			Hommes (n=6 134)			Femmes (n=6 904)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	*								
Homme (réf.) (n=6 150)	0,7	- 1 -							
Femme (n=6 920)	0,4	0,5**	[0,3-0,8]						
<b>Âge</b>	***			**			*		
15-25 ans (réf.) (n=3 853)	0,9	- 1 -		1,3	- 1 -		0,5	- 1 -	
26-34 ans (n=3 864)	0,6	0,5	[0,3-1,0]	0,6	0,5	[0,2-1,1]	0,5	0,6	[0,2-1,7]
35-44 ans (n=5 353)	0,2	0,2***	[0,1-0,4]	0,3	0,2**	[0,1-0,6]	0,1	0,1**	[0,0-0,5]
<b>Niveau de diplôme</b>									
<Bac (réf.) (n=5 317)	0,6	- 1 -		0,9	- 1 -		0,4	- 1 -	
Bac (n=2 857)	0,5	1,0	[0,5-1,8]	0,5	0,8	[0,4-1,9]	0,6	1,3	[0,5-3,5]
>Bac (n=4 896)	0,4	1,0	[0,5-1,9]	0,6	1,1	[0,5-2,3]	0,2	0,8	[0,3-2,4]
<b>Situation professionnelle</b>	**			***					
Travail (réf.) (n=8 944)	0,4	- 1 -		0,4	- 1 -		0,4	- 1 -	
Chômage (n=1 250)	1,1	2,5**	[1,3-4,8]	2,0	3,6**	[1,6-7,9]	0,2	1,2	[0,4-4,1]
Inactif (n=2 865)	0,7	1,1	[0,5-2,2]	1,2	1,5	[0,6-3,7]	0,4	0,6	[0,2-1,9]
<b>Perception situation financière</b>	**						**		
À l'aise (réf.) (n=2 282)	0,4	- 1 -		0,4	- 1 -		0,3	- 1 -	
Ça va (n=5 554)	0,5	1,4	[0,6-3,1]	0,7	1,5	[0,6-4,3]	0,3	1,1	[0,3-4,0]
C'est juste (n=3 341)	0,4	1,4	[0,6-3,5]	0,7	2,0	[0,7-5,8]	0,1	0,6	[0,1-3,2]
Difficile/dettes (n=1 872)	1,2	3,1*	[1,3-7,4]	1,4	3,0	[1,0-9,4]	1,0	2,9	[0,7-11,5]

Note : \* p&lt;0,05; \*\* : p&lt;0,01; \*\*\* : p&lt;0,001

**TABLEAU A-3 : Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel d'héroïne parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 044)			Hommes (n=6 134)			Femmes (n=6 910)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***								
Homme (réf.) (n=6 150)	0,6	- 1 -							
Femme (n=6 926)	0,1	0,3***	[0,1-0,6]						
<b>Âge</b>	*			*					
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	0,5	- 1 -		0,9	- 1 -		0,1	- 1 -	
26-34 ans (n=3 866)	0,5	1,0	[0,5-2,3]	0,9	1,1	[0,4-2,7]	0,2	1,0	[0,2-5,9]
35-44 ans (n=5 356)	0,1	0,3*	[0,1-0,8]	0,2	0,2*	[0,1-0,8]	0,1	0,6	[0,1-3,6]
<b>Niveau de diplôme</b>	***			**					
<Bac (réf.) (n=5 315)	0,6	- 1 -		0,9	- 1 -		0,2	- 1 -	
Bac (n=2 860)	0,3	0,6	[0,3-1,4]	0,6	0,8	[0,4-1,9]	0,0	0,2	[0,0-1,9]
>Bac (n=4 901)	0,1	0,2**	[0,0-0,5]	0,1	0,2*	[0,0-0,8]	0,1	0,1*	[0,0-1,0]
<b>Situation professionnelle</b>	***			***					
Travail (réf.) (n=8 949)	0,3	- 1 -		0,3	- 1 -		0,2	- 1 -	
Chômage (n=1 251)	1,2	3,2**	[1,5-6,7]	2,1	3,3**	[1,4-7,7]	0,2	2,7	[0,6-12,8]
Inactif (n=2 865)	0,3	1,0	[0,4-2,5]	0,7	1,4	[0,5-4,2]	0,1	0,3	[0,0-2,9]

Perception situation financière	*			*					
À l'aise (réf.) (n=2 283)	0,2	- 1 -		0,4	- 1 -		0,1	- 1 -	
Ça va (n=5 557)	0,2	1,0	[0,4-3,0]	0,3	0,8	[0,2-2,8]	0,2	1,6	[0,2-14,2]
C'est juste (n=3 342)	0,5	1,4	[0,5-4,1]	1,0	1,8	[0,5-6,1]	0,0	0,4	[0,0-7,0]
Difficile/dettes (n=1 873)	0,8	2,2	[0,7-6,7]	1,4	3,0	[0,9-10,2]	0,2	1,0	[0,1-11,7]

Note : \* p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

**TABLEAU A-4 : Facteurs sociodémographiques associés à l'usage actuel de poppers parmi les 15-44 ans, dans l'ensemble et par sexe**

Variables explicatives	Ensemble (n=13 041)			Hommes (n=6 135)			Femmes (n=6 906)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	*								
Homme (réf.) (n=6 152)	1,6	- 1 -							
Femme (n=6 921)	1,1	0,5***	[0,4-0,7]						
<b>Âge</b>	***			***			***		
15-25 ans (réf.) (n=3 854)	2,7	- 1 -		2,9	- 1 -		2,5	- 1 -	
26-34 ans (n=3 864)	1,0	0,4***	[0,3-0,7]	1,3	0,6	[0,3-1,0]	0,6	0,3***	[0,1-0,6]
35-44 ans (n=5 355)	0,3	0,2***	[0,1-0,3]	0,6	0,3***	[0,2-0,6]	0,1	0,0***	[0,0-0,1]
<b>Niveau de diplôme</b>	*			*			*		
<Bac (réf.) (n=5 312)	1,2	- 1 -		1,3	- 1 -		1,1	- 1 -	
Bac (n=2 864)	1,9	1,6*	[1,1-2,3]	2,2	1,7*	[1,0-2,7]	1,6	1,4	[0,8-2,5]
>Bac (n=4 897)	1,2	1,5*	[1,0-2,2]	1,9	1,9**	[1,2-3,1]	0,5	1,0	[0,5-1,9]
<b>Situation professionnelle</b>	***			***			***		
Travail (réf.) (n=8 945)	0,8	- 1 -		1,1	- 1 -		0,4	- 1 -	
Chômage (n=1 251)	0,9	0,9	[0,5-1,6]	0,9	0,7	[0,3-1,6]	0,9	1,1	[0,5-2,8]
Inactif (n=2 865)	2,8	1,8**	[1,2-2,6]	3,4	1,8*	[1,1-3,1]	2,4	1,8	[1,0-3,4]
<b>Perception situation financière</b>							**		
À l'aise (réf.) (n=2 279)	1,8	- 1 -		1,7	- 1 -		2,0	- 1 -	
Ça va (n=5 552)	1,2	0,8	[0,5-1,2]	1,7	1,0	[0,6-1,7]	0,6	0,4*	[0,2-0,9]
C'est juste (n=3 342)	1,1	1,0	[0,6-1,5]	1,5	1,0	[0,5-1,7]	0,8	0,9	[0,5-1,9]
Difficile/dettes (n=1 880)	1,6	1,7*	[1,1-2,8]	1,4	1,5	[0,8-2,9]	1,8	1,9	[1,0-3,8]

Note : \* p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001



# Médicaments psychotropes



---

## Résumé

En 2010, 35% des 15-85 ans déclarent avoir pris au moins une fois au cours de leur vie un médicament psychotrope et 18% en avoir consommé au cours des douze derniers mois. Les femmes consomment davantage de médicaments psychotropes (42% au cours de la vie et 22% au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27% et 13%). La consommation au cours des douze derniers mois est la plus élevée chez les hommes de 45 à 54 ans, alors qu'elle est maximale chez les femmes entre 55 et 74 ans. Elle est à tous les âges plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Parmi les 15-75 ans, alors que la prévalence de l'usage au cours de la vie de médicaments psychotropes se révèle stable entre 2005 et 2010 (35%), la prévalence de l'usage dans l'année apparaît en hausse, passant de 14% à 18%. Cette hausse très significative se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les médicaments psychotropes les plus consommés au cours de l'année sont les anxiolytiques (10%), suivis par les hypnotiques (6%) et les antidépresseurs (6%). Le niveau de consommation de thymorégulateurs est de 0,7%, celui des neuroleptiques est de 0,8%. Le niveau d'usage d'antidépresseurs est resté stable entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans. En revanche, le niveau d'usage dans l'année de la catégorie regroupant les anxiolytiques et les hypnotiques a augmenté de façon significative entre 2005 (12%) et 2010 (14%).

Les cadres consomment légèrement moins de médicaments psychotropes que les autres professions, tandis que les chômeurs de longue durée en consomment plus fréquemment. Cependant, le lien avec la situation de chômage observé en 2005 semble avoir diminué en 2010. Cette évolution pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail parmi les actifs occupés, près d'un quart des individus déclarant une telle dégradation ayant consommé des médicaments psychotropes dans l'année.

Le recours à des médicaments psychotropes correspond souvent à un choix des médecins généralistes pour contribuer à la prise en charge d'affections chroniques non psychiatriques et de troubles somatiques. La prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs accompagne également, même si c'est dans une moindre mesure, la prise en charge des difficultés socioprofessionnelles de tous ordres et des ruptures conjugales ou familiales.

Que ce soit en population adulte ou adolescente, les études menées depuis les années 1990 concordent toutes pour situer la France parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en particulier concernant les classes des anxiolytiques et des hypnotiques, tandis que pour les antidépresseurs, la situation apparaît moins claire, les données disponibles étant parfois contradictoires.

## INTRODUCTION

Rédiger un chapitre sur les médicaments psychotropes dans un ouvrage sur les usages de drogues peut apparaître incongru au premier abord. Un tel choix repose néanmoins sur l'idée que la nature du produit ne conditionne pas mécaniquement l'usage qui pourra en être fait. Ainsi, la prescription peut ne pas être suivie, ou seulement en partie, avant que le médicament en question rejoigne l'armoire à pharmacie et se trouve utilisé, le cas échéant, par un tiers. Les médicaments psychotropes ont pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale. Ils peuvent dès lors être pris pour soulager une souffrance psychique, trouver le sommeil (mais c'est aussi le cas pour certaines drogues illicites, voire pour l'alcool) et parfois aussi dans une recherche d'état modifié de conscience, en lien ou non avec d'autres produits, contexte qui peut alors s'avérer très proche de celui de l'usage des drogues illicites. Ils peuvent entraîner des perturbations de la vigilance et une dépendance. Certaines classes de médicaments psychotropes, comme les anxiolytiques et les hypnotiques, font fréquemment l'objet de mésusages par les usagers de drogues tandis que d'autres le sont peu (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium) (INSERM 2012).

La France est régulièrement identifiée comme un pays où le recours aux médicaments psychotropes est fréquent voire excessif (Legrain 1990, Zarifian 1996). Ainsi, dans l'enquête en population générale European Study for the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) conduite en 2002-2003 dans six pays européens auprès de 21 425 adultes, la France occupait d'assez loin le premier rang européen pour la consommation de médicaments psychotropes avec 21 % de consommateurs, devant l'Espagne (15 %), l'Italie (14 %), la Belgique (13 %), et loin devant les Pays-Bas (7 %) et l'Allemagne (6 %) (Alonso *et al.* 2004). En France, dans le détail, cette étude avait montré que 18,6 % des sujets déclaraient avoir consommé au moins un anxiolytique ou un hypnotique au cours de l'année précédente, 6,0 % un antidépresseur et 0,8 % un antipsychotique.

La consommation de médicaments psychotropes en population générale peut ainsi être suivie à travers les enquêtes déclaratives. La répétition de ce type d'enquête permet de suivre dans le temps les comportements de consommation, complétant ainsi le dispositif français de surveillance épidémiologique qui s'appuie également sur l'exploitation des bases de données de remboursement des caisses primaires d'assurance maladie. Ces bases apportent des informations sur les prescriptions de médicaments psychotropes et permettent d'estimer indirectement les niveaux de consommation, montrant ainsi que près d'un quart des assurés (24,5 %) ont eu au moins une prescription remboursée contenant un médicament psychotrope en 2000 (Lecadet *et al.* 2003), les anxiolytiques arrivant

là encore en tête (17,4%), suivis des antidépresseurs (9,7%) et des hypnotiques (8,8%). Cependant, le remboursement ne signifie pas mécaniquement une consommation effective par le bénéficiaire de la prescription et dans le respect de cette dernière. Le Baromètre santé de l'INPES, par son rythme quinquennal, permet d'observer l'évolution des usages des grandes catégories de médicaments psychotropes en population générale mais aussi d'étudier les facteurs associés à ces pratiques en les croisant avec des indicateurs sociodémographiques, géographiques et comportementaux.

En 2010, dans le souci de réduire la durée moyenne de questionnaire, les questions sur la consommation de médicaments psychotropes n'ont été posées qu'à un sous-échantillon aléatoire (n=4 520). Ces données restent néanmoins représentatives de la population résidant en France métropolitaine.

### Définitions des différentes classes de médicaments psychotropes

---

**Anxiolytiques (ou tranquillisants) :** médicaments destinés à réduire l'anxiété. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet sédatif et myorelaxant. Les durées d'action sont variables selon la molécule, et la dépendance peut survenir rapidement avec un niveau de tolérance parfois élevé.

**Hypnotiques (ou somnifères) :** médicaments destinés à lutter contre les troubles du sommeil. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet anxiolytique.

**Antidépresseurs :** médicaments destinés à réduire l'effet des épisodes dépressifs. Certains d'entre eux peuvent également diminuer l'intensité des troubles anxieux.

**Thymorégulateurs :** médicaments destinés à réguler l'humeur, en particulier dans des pathologies comme les psychoses maniaco-dépressives ou troubles bipolaires. Il s'agit principalement du lithium et des sels de lithium. Les thymorégulateurs peuvent être prescrits pour de longues périodes, même entre les épisodes, dans le cadre d'une thérapie de maintenance.

**Neuroleptiques (ou antipsychotiques) :** médicaments destinés à réduire ou atténuer les psychoses, notamment la schizophrénie. Ils peuvent avoir diverses actions (antidélirante, antihallucinoïde, anticonfusionnelle, désinhibitrice, sédatif...).

Les médicaments présents sur le marché peuvent avoir chacun plusieurs des effets décrits ci-dessus.

---

## RÉSULTATS

### NIVEAUX D'USAGE ET ÉVOLUTIONS RÉCENTES

Les questions sur les médicaments psychotropes ayant évolué depuis le début des années 1990, il n'est pas toujours possible de comparer les données des différentes enquêtes. À partir des données du Baromètre santé 2010, l'expérimentation<sup>52</sup> ou la consommation actuelle de médicaments psychotropes sont exprimées en regard d'autres substances psychotropes licites ou illicites ainsi que selon l'âge, le genre et autres caractéristiques de la population.

#### Selon l'âge et le sexe

D'après l'exploitation de plusieurs sources de données combinées (Baromètre santé, ESCAPAD, ESPAD), le nombre d'expérimentateurs de médicaments psychotropes en France est estimé à 16 millions parmi les 11-75 ans, environ deux fois moins que d'expérimentateurs de tabac (35,5 millions) et légèrement supérieur au nombre d'expérimentateurs de cannabis (13,4 millions), plaçant l'expérimentation de médicaments psychotropes en troisième position après l'alcool et le tabac.

En 2010, 35,1 % de la population de 15 à 85 ans déclare avoir expérimenté les médicaments psychotropes<sup>53</sup>, et 17,8 % en a consommé au cours de l'année écoulée<sup>54</sup>. Les femmes consomment davantage de médicaments psychotropes par rapport aux hommes : 42,4 % vs 27,1 % au cours de la vie, et 22,1 % vs 13,1 % au cours de l'année écoulée.

L'expérimentation de médicaments psychotropes la plus basse est observée chez les jeunes de 15-24 ans (19,4 %), deux fois inférieure à celle du cannabis (38,1 %) pour cette classe d'âge. Les données de consommation au cours de la vie montrent une augmentation jusqu'à l'âge de 64 ans chez les femmes, jusqu'à l'âge de 74 ans chez les hommes, pour diminuer ensuite (figure 1). La consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois est la plus élevée chez les hommes de 45 à 54 ans, alors qu'elle est maximale chez les femmes entre 55 et 74 ans. La consommation est toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

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

53 Selon la réponse à la question : « Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ? » Cette formulation a été inspirée par les travaux ethnologiques de Claudie Haxaire (2002) sur les consommations de médicaments psychotropes en milieu populaire.

54 À partir du recodage des médicaments psychotropes cités par les enquêtés. Sont pris en compte les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les thymorégulateurs et les neuroleptiques.

Parmi les 15-75 ans, alors que la prévalence de l'usage au cours de la vie de médicaments psychotropes se révèle stable entre 2005 (35,2%) et 2010 (34,9%), la prévalence de l'usage dans l'année apparaît en hausse, passant de 14,5% à 17,6% ( $p < 0,001$ )<sup>55</sup>. Cette hausse se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En revanche, selon l'âge, seule la hausse importante (+8 points) chez les femmes de 55 à 75 ans apparaît significative, mais on ne peut écarter un manque de puissance lié à la taille de l'échantillon chez les hommes (tableau 1).

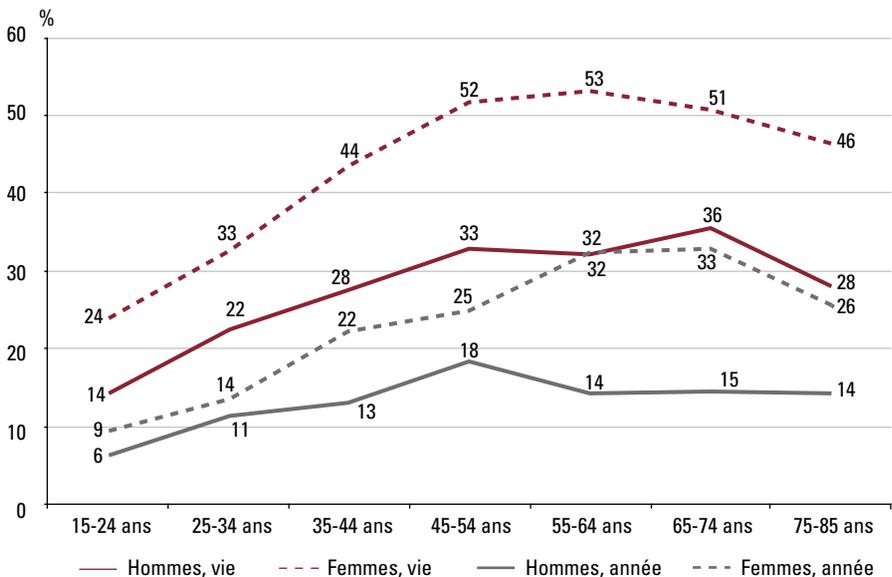
**TABLEAU 1 : Usage de médicaments psychotropes dans l'année selon le sexe et l'âge, en 2005 et 2010<sup>56</sup> (%)**

	Hommes			Femmes		
	2005	2010	p-value	2005	2010	p-value
15-34 ans	6,2 %	8,8 %	ns	11,1 %	11,5 %	ns
35-54 ans	12,4 %	15,6 %	ns	21,5 %	23,5 %	ns
55-75 ans	11,7 %	14,1 %	ns	24,6 %	32,6 %	***
Total	10,0 %	12,9 %	*	18,9 %	22,0 %	**

Note : \*  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$

Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

**FIGURE 1 : Consommation de médicaments psychotropes (%) au cours de la vie et au cours de l'année selon l'âge et le sexe**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

55 Test du chi-deux effectué à partir de la prévalence obtenue chez les détenteurs de ligne fixe en 2010 (17,1%), ces questions n'ayant pas été posées en 2005 aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile.

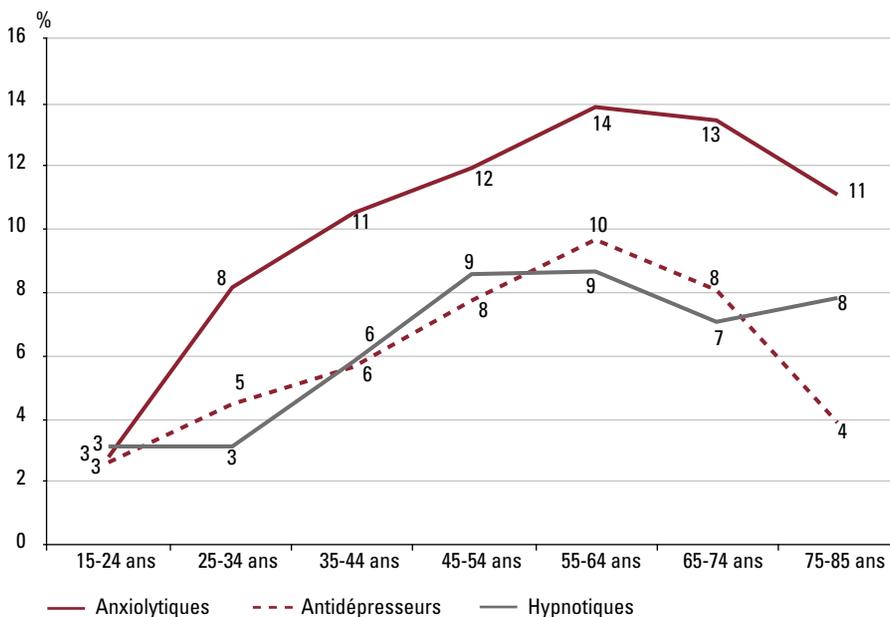
56 Tests du chi-deux effectués à partir de la prévalence obtenue chez les détenteurs de ligne fixe en 2010.

## Selon la classe de médicaments

Les usages au cours de l'année analysés par type de médicaments psychotropes apparaissent relativement élevés : les plus consommés sont les anxiolytiques (10,0%), suivis par les hypnotiques (6,1%) et les antidépresseurs (6,0%). Le niveau de consommation de thymorégulateurs au cours de l'année est de 0,7%, celui des neuroleptiques est de 0,8%. Le niveau d'usage d'antidépresseurs est resté stable entre 2005 et 2010 parmi les 15-75 ans. En revanche, le niveau d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques dans l'année a augmenté entre 2005 (11,9%) et 2010 (14,2%) ( $p < 0,01$ )<sup>57</sup>.

Quelle que soit la classe des médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), leur usage apparaît plus élevé chez les femmes, notamment pour les antidépresseurs et anxiolytiques. Globalement toutes les consommations augmentent avec l'âge puis diminuent ou se stabilisent au-delà de la tranche 55-64 ans (figure 2).

**FIGURE 2 : Prévalence d'usage dans l'année de médicaments psychotropes, par âge et classe (en %)**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

<sup>57</sup> Test du chi-deux effectué à partir de la prévalence obtenue chez les détenteurs de ligne fixe en 2010. L'amélioration du processus de codification entre 2005 et 2010 ne permet pas de mesurer les évolutions séparément pour les anxiolytiques et les hypnotiques.

## FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONSOMMATIONS DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES ET STATUT D'ACTIVITÉ)

Parmi les actifs âgés de 16 à 64 ans, la comparaison de la prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois entre les catégories socioprofessionnelles (ouvriers; agriculteurs; artisans, commerçants ou chefs d'entreprise; cadres et professions intellectuelles supérieures; professions intermédiaires; employés) révèle peu de différences, à l'exception des cadres et professions intellectuelles supérieures qui sembleraient en consommer moins que les ouvriers (OR=0,7;  $p<0,05$ ), après ajustement sur le sexe et l'âge (tableau 2). Les ouvriers, employés et professions intermédiaires sont ceux qui en consomment le plus.

**TABLEAU 2 : Facteurs associés à la prise de médicaments psychotropes dans l'année parmi les actifs de 16-64 ans**

n=2 665 observations			
Variables explicatives	%	OR	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	***		
Homme (réf.) (n=1217)	12,7	- 1 -	
Femme (n=1448)	21,0	2,0***	[1,6-2,5]
<b>Âge</b>	***		
16-25 ans (réf.) (n=257)	10,7	- 1 -	
26-34 ans (n=611)	12,8	1,2	[0,8-1,9]
35-44 ans (n=821)	16,1	1,6*	[1,0-2,4]
45-54 ans (n=657)	21,1	2,3***	[1,5-3,6]
55-64 ans (n=319)	23,6	2,7***	[1,7-4,4]
<b>PCS individu</b>	*		
Agriculteurs exploitants (n=36)	7,4	0,4	[0,1-1,3]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=111)	11,3	0,7	[0,4-1,2]
Cadres, professions intellectuelles supérieures (n=482)	13,5	0,7*	[0,5-1,0]
Professions intermédiaires (n=761)	18,9	1,0	[0,8-1,4]
Employés (n=775)	19,2	0,9	[0,7-1,2]
Ouvriers (réf.) (n=500)	14,8	- 1 -	

Note : \*  $p<0,05$ ; \*\* :  $p<0,01$ ; \*\*\* :  $p<0,001$

Lecture : les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année (21,0% contre 12,7%, écart significatif à  $p<0,001$ ). Cet écart est confirmé après contrôle de certains effets de structure, les femmes ayant plus de chances (2,0 fois) que les hommes d'en avoir consommé ( $p<0,001$ ). L'intervalle de confiance (IC) de l'odds-ratio (OR) est compris entre 1,6 et 2,5.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Contrairement à ce qu'on observait en 2005 (tableau 3), la prévalence de consommation des médicaments psychotropes chez les 16-64 ans au cours des douze derniers mois n'est pas associée à la situation professionnelle (17,4% chez les chômeurs vs 16,7% chez les actifs travaillant; écart non significatif). Ces données révèlent une augmentation significative du recours aux médicaments psychotropes au sein de la population active occupée (16,7% en 2010 vs 13,8% en 2005), alors

qu'il est resté stable parmi les chômeurs. Il apparaît en 2010 que parmi les actifs occupés qui considèrent que leurs conditions de travail se sont dégradées par rapport à il y a cinq ans, 23,6% ont pris des médicaments psychotropes dans l'année, contre seulement 14,4% des autres ( $p < 0,001$ ).

À partir des données du Baromètre santé 2005 dans lequel les questions sur les médicaments psychotropes étaient posées à l'ensemble de l'échantillon, on avait observé que la consommation de médicaments psychotropes augmentait significativement avec la durée du chômage : ils étaient 13,8% à prendre des médicaments pour une durée de chômage inférieure à un an et 22,2% pour une durée supérieure à deux ans. Chez les 16-65 ans, le lien entre chômage et usage de médicaments psychotropes apparaissait différent selon le sexe : la prise de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois était significativement plus importante chez les hommes au chômage (13,6% vs 9,6% ; ORa=1,6 ;  $p < 0,01$ ), contrairement aux femmes (20,4% vs 18,5% , écart non significatif). Des différences de consommation étaient également constatées en fonction des tranches d'âge : une augmentation sensible apparaissait chez les 16-25 ans en situation de chômage (ORa=2,2 ;  $p < 0,05$ ), de même que parmi les 45-65 ans (ORa=1,6 ;  $p < 0,01$ ) (en revanche, il n'y avait pas de différence observée chez les 26-44 ans).

En 2010, parmi les 55-64 ans, l'usage dans l'année des médicaments psychotropes n'est pas significativement différent entre les actifs et les retraités (24% dans les deux cas), alors que l'usage quotidien de tabac par exemple est significativement plus élevé chez les actifs (21%) que chez les retraités (14%).

**TABLEAU 3 : Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez les actifs occupés et chez les chômeurs de 16 à 65 ans au cours des douze derniers mois en 2005 (en %)**

Pourcentage des 16-65 ans ayant pris des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois	
<b>Actifs occupés</b>	
Ensemble (n=15 994)	13,8
Hommes	9,6
Femmes	18,5***
<b>Chômeurs</b>	
Ensemble (n=2 594)	17,4◊◊◊
Hommes	13,6
Femmes	20,4**
<b>Durée du chômage</b>	
Inférieure à 1 an	13,8
De 1 à 2 ans	16,5
2 ans et plus	22,2**

Tests de significativité :

Comparaison « Sexe » et comparaison « Inférieur à 1 an » versus « 2 ans et plus » : \*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

Comparaison « Ensemble actifs occupés » versus « Ensemble chômeurs » : ◊◊◊ :  $p < 0,001$

Source : Baromètre santé 2005, INPES.

## DISCUSSION

### MISE EN REGARD AVEC DES DONNÉES D'AUTRES ENQUÊTES ET COMPARAISONS EUROPÉENNES

Du point de vue de la description des consommateurs, nos données confirment le recours plus féminin aux médicaments psychotropes. Ce sex-ratio s'installe dès l'adolescence (Choquet *et al.* 2004, Legleye *et al.* 2007, Spilka et Le Nézet 2013) et se confirme parmi les plus âgés (Lechevallier-Michel *et al.* 2005, Paterniti *et al.* 1998). Il se retrouve dans d'autres contextes (Alonso *et al.* 2004). Cette tendance doit être resituée dans une consommation de soins plus fréquente parmi les femmes, en particulier dans la dimension de la souffrance psychique (Beck et Maillachon 2012).

D'autres données françaises peuvent être mises en regard de celles du Baromètre santé. C'est en particulier le cas des données issues de cohortes de personnes âgées. Celles-ci ont notamment montré une consommation de médicaments psychotropes plus importante parmi les personnes résidant en institutions que parmi celles vivant à leur domicile. Les médicaments psychotropes sont en deuxième position en termes de consommation après les médicaments cardio-vasculaires. Les benzodiazépines sont les plus utilisées, dans le cas d'antécédents de pathologies mentales, voire d'une dégradation de l'état de santé somatique (Fourrier *et al.* 2001).

Au sein de la population adolescente, selon l'enquête ESCAPAD menée en 2011 et qui présente l'avantage de distinguer les différentes catégories de médicaments psychotropes, 15 % des jeunes de 17-18 ans ont expérimenté des tranquillisants, 11 % des somnifères, 6 % des antidépresseurs. Le recours à des thymorégulateurs (2 %), des neuroleptiques (2 %) et des psychostimulants (1 %) apparaît en revanche, comme c'est le cas en population adulte, nettement moindre. Les somnifères sont les médicaments les plus expérimentés hors de tout contrôle médical (Spilka *et al.* 2012). Il convient de noter que seuls les psychostimulants comme la Ritaline® se révèlent plus souvent consommés par les garçons (2 % vs 1 %).

D'après les données issues de l'enquête ESPAD en 2011, l'expérimentation de tranquillisants ou de somnifères sans prescription médicale concerne en France 11 % des élèves de 16 ans (8 % des garçons et 15 % des filles), ces résultats étant relativement stables depuis 1999 (Spilka et Le Nézet 2013). Cela place la France dans les pays les plus concernés d'Europe, derrière la Pologne (15 %) et la Lituanie (14 %), aux côtés de Chypre (11 %), la République tchèque et l'Italie (10 %), la moyenne européenne se situant à 6 % (Hibell *et al.* 2012).

Pour comparer les niveaux de consommation entre les différents pays en population générale, il est également possible d'utiliser les doses thérapeutiques quotidiennes moyennes (*defined daily dose*) obtenues par les données de vente, correspondant à la quantité de principe actif théorique nécessaire pour traiter un adulte de 75 kg, ce qui permet de pallier les différences de galéniques d'un pays à l'autre. Ainsi, que ce soit en population adolescente ou adulte, les études menées depuis les années 1990 concordent toutes pour situer la France parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en particulier concernant les classes des anxiolytiques et des hypnotiques (Ohayon et Lader 2002, Péissolo et al. 1996, Woods et al. 1992). Pour les antidépresseurs, la situation apparaît moins claire, les données disponibles étant parfois contradictoires (Kovess 2004).

## **MISE EN REGARD AVEC LES DONNÉES DE REMBOURSEMENTS**

En complément des enquêtes déclaratives, les études à partir des remboursements apportent des informations sur les prescriptions sans toutefois préjuger de la consommation. L'intérêt de l'utilisation de ces bases réside dans l'exhaustivité et la limitation du biais de mémorisation pour les médicaments soumis au remboursement. Une étude a été réalisée en 2000 par la CNAMTS sur un échantillon de près d'un million de bénéficiaires du régime général et concernant plusieurs classes de médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques...) (Lecadet et al. 2003). Près de 25 % des personnes bénéficiant du régime général de l'assurance maladie ont eu au moins une ordonnance portée au remboursement avec au moins un médicament psychotrope au cours de l'année 2000 (17 % d'hommes et 31 % de femmes). Le taux atteint 50 % pour les femmes de 50-59 ans. Ce sont les affections chroniques non psychiatriques et les troubles somatiques qui apparaissent prédominants comme facteurs de prescription (INSERM 2012), ce qui pourrait expliquer en partie l'écart avec ce qui est observé dans le Baromètre santé 2010 (à peine un tiers des femmes de cette tranche d'âge déclarent avoir pris un médicament psychotrope au cours de l'année). Il est en effet possible que certaines personnes oublient, voire ne sachent pas qu'elles consomment des psychotropes dans le cas de prescription n'impliquant pas explicitement la santé psychique. Par ailleurs, une partie de ces remboursements concernent des personnes résidant en institution, échappant de fait au champ des enquêtes menées en ménage ordinaire, telles que le Baromètre santé.

Un quart des assurés ont eu au moins une ordonnance remboursée contenant la prescription d'au moins un médicament psychotrope. Pour 17,4 % elle/elles comportai(en) t un anxiolytique (femmes : 22,9 % ; hommes : 11,6 %), pour 9,7 % un antidépresseur (femmes : 13,4 % ; hommes : 5,7 %), pour 8,8 % un hypnotique

(femmes : 11,1 % ; hommes : 6,4 %), pour 2,7 % un neuroleptique (femmes : 3 % ; hommes : 2,5 %) et pour 0,1 % du lithium. Les femmes étaient environ deux fois plus consommatrices que les hommes pour toutes ces classes de médicaments (Lecadet *et al.* 2003). Concernant la répartition du nombre de remboursements par personne et par année, les antidépresseurs apparaissent comme les médicaments à l'origine du plus grand nombre de remboursements. En revanche, les anxiolytiques et les hypnotiques sont plus fréquemment prescrits de manière unique.

En termes d'évolution, les données de remboursement montrent des tendances contrastées. Les remboursements d'antidépresseurs apparaissent en très légère diminution depuis 2005 après un doublement des ventes entre 1990 et 2003 (OFDT 2013), alors que les données du Baromètre santé 2010 montrent plutôt une stabilité entre 2005 et 2010. Il faut rappeler que l'introduction, à la fin des années 1990, des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), catégorie d'antidépresseurs présentant moins d'effets secondaires, a favorisé leur utilisation massive, notamment en médecine générale (Ehrenberg et Lovell 2001). Ils représentent désormais environ le tiers des prescriptions de médicaments psychotropes (Lépine *et al.* 2006). Les remboursements d'hypnotiques sont pour leur part en très légère baisse sur la période 2002-2010 tandis que ceux d'anxiolytiques, après avoir baissé, augmentent en 2010. Enfin, la consommation de benzodiazépines (correspondant à la majorité des hypnotiques/anxiolytiques) a globalement diminué entre 2000 et 2010 (Cavalié *et al.* 2012).

## MOTIFS DE PRESCRIPTION

Les prescriptions de psychotropes correspondent souvent à des affections chroniques non psychiatriques et des troubles somatiques : des travaux sur les consommateurs d'antidépresseurs ont par exemple montré une comorbidité somatique de 60 % d'entre eux (Olié 1996), avec seulement 54 % des consommateurs ayant reçu une prescription conforme à l'autorisation de mise sur le marché (Gasquet *et al.* 1998, Olié *et al.* 2002). D'autres études avaient montré que les symptômes et états morbides mal définis et les maladies somatiques étaient à l'origine de près de la moitié des prescriptions de médicaments psychotropes (Facy *et al.* 1998). L'étude des indications met en avant l'accompagnement du vieillissement, ainsi que la prévention ou la gestion des pathologies cardio-vasculaires et rhumatismales. La prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs accompagne également, même si c'est dans une moindre mesure, la prise en charge des difficultés socioprofessionnelles de tous ordres et des ruptures conjugales ou familiales (Le Moigne 1999). Le traitement de la santé mentale apparaît ainsi très lié, voire conditionné, par le traitement des pathologies somatiques. Soulignons que ce sont surtout les médecins généralistes (80 à 90 % des cas) qui sont les prescripteurs de médicaments psychotropes (Lecadet *et al.* 2003). Le suivi

psychiatrique est identifié pour 10% des personnes recevant un anxiolytique ou hypnotique, pour 17% des assurés recevant un antidépresseur et pour 49% des personnes recevant du lithium.

## **DES USAGES LIÉS À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**

Les données du Baromètre santé 2010 montrent que les cadres consomment moins de médicaments psychotropes que les autres catégories et celles du Baromètre santé 2005 montraient que les chômeurs en consommaient plus fréquemment, ce qui rejoint des résultats antérieurs (Gabe et Lipshitz-Phillips 1984, Guignon *et al.* 1994, Le Moigne 2003, Sermet 1995). Cependant, le lien avec la situation de chômage semble avoir diminué, voire disparu, en 2010. Sans occulter le problème d'une puissance statistique amoindrie en 2010, cette évolution pourrait également être attribuée à une dégradation des conditions de travail parmi les actifs occupés, près d'un quart des individus déclarant une telle dégradation ayant consommé des médicaments psychotropes dans l'année. Pour compléter l'approche par catégorie et statut d'activité professionnelle développée dans ce chapitre, on peut évoquer les résultats d'études locales menées en milieu de travail. Des études menées dans la région toulousaine ont notamment montré un usage plus fréquent parmi les employés que parmi les cadres, usage également plus fréquent parmi les sujets présentant une faible satisfaction au travail (Lapeyre-Mestre *et al.* 2004). Une autre étude menée dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2009 auprès d'une population de travailleurs indépendants en activité affiliés au régime social des indépendants a montré des taux de remboursement d'anxiolytique, d'antidépresseur ou d'hypnotique respectivement de 9%, 6% et 4%, avec des différences significatives entre les secteurs professionnels (Ha-Vinh *et al.* 2011). Même si les données ne sont pas directement comparables (plus récentes et portant sur une population en moyenne plus jeune), il faut souligner que ces taux apparaissent nettement inférieurs à ceux obtenus à partir des bases de données de remboursement de l'assurance maladie du régime général des salariés en 2000, qui étaient respectivement de 17%, 10% et 9% (Lecadet *et al.* 2003), ouvrant l'hypothèse d'un recours différencié et assez nettement lié aux conditions et au milieu de travail.

## **LIMITES DES DONNÉES DÉCLARATIVES**

On ne saurait conclure cette discussion sans rappeler les limites des données déclaratives sur les médicaments psychotropes, au premier rang desquelles les biais de mémoire concernant le nom des médicaments (ceux-ci étant recodés *a posteriori*) et la connaissance de la classe réelle du médicament le cas échéant, difficultés qui s'ajoutent aux biais classiques des enquêtes déclaratives. Notre

enquête ne permet pas d'avancer d'hypothèse sur le contexte ou les motivations de l'usage, ni *a fortiori* du mésusage, du médicament psychotrope. D'autres travaux, notamment ceux menés en milieu de travail, ont montré qu'au-delà du soulagement de la souffrance psychique, une proportion importante d'usages relèvent de la recherche d'une amélioration de la performance (Ngoundo-Mbongue *et al.* 2005). Des travaux menés à partir d'entretiens longs ont montré que les motivations sont parfois complexes, difficiles à exprimer et relèvent souvent d'une volonté de « rester dans la course, rester à flot » (Haxaire 2002). Les études épidémiologiques ayant comparé les prescriptions aux diagnostics posés, notamment par les médecins généralistes qui sont dans la majorité des cas les prescripteurs, et qui ont montré d'importants décalages entre les pratiques et les recommandations sanitaires, ne permettent pas vraiment non plus de comprendre les motivations au recours (Le Moigne 1999).

Le niveau élevé de la consommation des médicaments psychotropes en France doit être abordé en prenant en compte l'ensemble des déterminants et facteurs de risque associés à une consommation inappropriée, mais aussi les bénéfices associés à la consommation perçus par les consommateurs ou par les prescripteurs, avec une dimension importante autour de la gestion de la qualité de vie. Ainsi, de nombreuses recherches en sciences sociales ont mis au jour un recours aux médicaments psychotropes inscrit dans une définition de la santé intégrant l'histoire de vie du patient et de son milieu de vie, et l'évolution de ses diverses pathologies (Le Moigne et Velpy 2006). La question de l'usage approprié ou non des médicaments psychotropes s'avère particulièrement complexe et ne doit pas occulter leur apport considérable en termes thérapeutiques, notamment dans le traitement des troubles psychiatriques sévères, avec des bénéfices qui excèdent le plus souvent les risques et effets secondaires indésirables (INSERM 2012).

## CONCLUSION

On peut estimer qu'environ 16 millions de personnes résidant en France métropolitaine ont expérimenté un médicament psychotrope au cours de leur vie. En 2010, 18 % des personnes résidant en France (soit environ 11 millions) ont fait usage de tels médicaments au moins une fois au cours de l'année. Les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs sont les médicaments psychotropes les plus consommés. Les femmes sont environ deux fois plus consommatrices que les hommes. Les consommations augmentent avec l'âge pour se stabiliser aux alentours de la soixantaine (55-64 ans). Après 60 ans, la prévalence au cours de l'année est d'environ 30 % chez les femmes et de 15 % chez les hommes.

À l'avenir, les possibilités d'appariement des données d'enquêtes déclaratives en population générale et des bases de données de l'assurance maladie devraient permettre de disposer d'informations plus complètes et d'aller au-delà des défauts des deux systèmes que nous avons évoqués en introduction.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T. S., Bryson H., De Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J. M., Katz S. J., Kessler R. C., Kovess V., Lépine J. P., Ormel J., Polidori G., Russo L. J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M. A., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S. S., Martinez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacin C., Romera B., Taub N., Vollebergh W. A., ESEMeD/MhedeA Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project, « Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004, p. 55-64.
- Beck F., Maillolochon F., « Genre, santé et soins », dans *E 7 Santé, Société, Humanité*, cours, Paris, Elsevier/Masson, 2012, p. 559-567.
- Cavalié P., Richard N., Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2012, 46 p.
- Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S., *Les Substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans*, OFDT, 2004, 6 p.
- Ehrenberg A., Lovell A. M., *La Maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Odile Jacob, 2001.
- Facy F., Casadebaig F., Thurin J., Widlöcher D., *Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : indicateurs de santé mentale. Analyse seconde des données de l'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, vol. 1, Paris, Mission de recherche, ministère du Travail et des Affaires sociales, 1998, 218 p.
- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J. F., Moore N., Begaud B., « Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use », *Eur J Clin Pharmacol*, n° 57, 2001, p. 419-425.
- Gabe J., Lipshitz-Phillips S., « Tranquillisers as social control? », *The Sociological Review*, n° 32, 1984, p. 524-546.
- Gasquet I., Zagury P., Pigeon M., Davy O., Denis C., Rozet K., Golinelli D., Fleurette F., Agence du médicament, *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Paris, Agence du médicament, 1998, 29 p.
- Guignon N., Mormiche P., Sermet C., *La Consommation régulière de psychotropes*, INSEE, 1994, 4 p.
- Ha-Vinh P., Régnard P., Sauze L., « Consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs indépendants français en activité », *La Presse médicale*, n° 40, 2011, p. e173-e180.
- Haxaire C., « "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, n° 20, 2002, p. 63-88.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012, 390 p.
- INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Paris, INSERM, 2012.

- Kovess V., *The state of Mental Health in the European Union*, Luxembourg, European Community, 2004, 79 p.
- Lapeyre-Mestre M., Sulem P., Niezborala M., Ngoundo-Mbongue T., Briand-Vincens D., Jansou P., Bancarel Y., Chastan E., Montastruc J., « Taking drugs in the working environment: a study in a sample of 2106 workers in the Toulouse metropolitan area », *Thérapie*, n° 59, 2004, p. 615-623.
- Le Moigne P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation », Documents du GDR *Psychotropes, politiques et sociétés*, n° 1, janvier-mars, 1999.
- Le Moigne P., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et société*, n° 27, 2003, p. 285-296.
- Le Moigne P., Velpry L., « Le regard des sciences sociales », dans *Le Bon Usage des médicaments psychotropes*, Paris, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), 2006, p. 147-173.
- Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, n° 34, 2003, p. 75-84.
- Lechevallier-Michel N., Berr C., Fourier-Réglat A., « Incidence and characteristics of benzodiazepine use in an elderly cohort: the EVA study », *Thérapie*, n° 60, 2005, p. 561-566.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O., *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, Paris, OFDT, 2007, 77 p.
- Legrain M., *Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France*, Paris, ministère des Affaires sociales et de la solidarité, 1990, 145 p.
- Lépine J.-P., Gasquet I., Nordmann R., Pessac B., Akiskal H., « Usage des psychotropes en France : évolution temporelle et comparaison avec les pays européens proches. Discussion : Séance thématique "Actualités en psychiatrie" », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n° 190, 2006, p. 1139-1145.
- Ngoundo-Mbongue T., Niezborala M., Sulem P., Briant-Vincens D., Bancarel Y., Jansou P., Chastan E., Montastruc J., Lapeyre-Mestre M., « Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, n° 14, 2005, p. 81-89.
- OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, 2013, 399 p.
- Ohayon M. M., Lader M. H., « Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom », *The Journal of Clinical Psychiatry*, n° 63, 2002, p. 817-825.
- Olié J.-P., El Omari F., Spadone C., Lépine J.-P., « Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française », *L'Encéphale*, n° 28, 2002, p. 411-417.
- Olié J.-P., « Le bon usage des antidépresseurs », *L'Encéphale*, n° 22, 1996, p. 1-2.
- Paterniti S., Bisserbe J. C., Alperovitch A., « [Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population. The EVA study] », *Rev épidémiol santé publique*, n° 46, 1998, p. 253-62.
- Péissolo A., Boyer P., Lépine J.-P., Bisserbe J.-C., « Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde », *L'Encéphale. Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 1996, p. 187-196.
- Sermet C., *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques : enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, Paris, CREDES, 1995, 22 p.
- Spilka S., Le Nézet O., *Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2011*, OFDT, 2013.
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, 2012, p. 1-4.
- Woods J. H., Katz J. L., Winger G., « Benzodiazepines: use, abuse, and consequences », *Pharmacological Reviews*, n° 44, 1992, p. 151-347.
- Zarifian E., *Le Prix du bien-être : psychotropes et sociétés*, Odile Jacob, 1996, 276 p.



# **Polyconsommation** **de substances** **psychoactives**



---

## Résumé

À partir des données du Baromètre santé 2010, la polyconsommation peut être abordée par le biais de trois indicateurs : la polyconsommation régulière d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis; l'expérimentation et l'usage actuel de drogues illicites selon le niveau d'usage de cannabis; le cumul de consommation, au cours de l'année, d'au moins deux drogues illicites autres que le cannabis, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'il s'agisse d'usages concomitants.

La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne 8% de la population âgée de 15 à 64 ans, un niveau similaire à celui qui était observé en 2005. Elle culmine parmi les 20-24 ans, qui se révèle être une des tranches d'âge les plus consommatrices de tabac et de cannabis, avec 12% de polyconsommateurs réguliers. La polyconsommation régulière des trois produits apparaît particulièrement rare, puisqu'elle n'est le fait que de 0,7% des individus de 15 à 64 ans; elle culmine parmi les 20-29 ans, avec moins de 3% de la tranche d'âge. La principale association de ces produits reste donc celle de l'alcool et du tabac, qui est majoritaire dès l'âge de 20 ans. Les polyconsommations incluant le cannabis deviennent très rares au-delà de 34 ans. Les facteurs associés à la polyconsommation régulière varient peu selon les produits considérés : il s'agit principalement du fait d'être un homme, de l'âge, d'un faible niveau de diplôme et de la situation de chômage. Le fait de vivre en couple apparaît au contraire comme un facteur protecteur.

Il existe par ailleurs un lien fort entre consommation de cannabis et usages d'autres produits psychoactifs illicites. Le cumul d'usage au cours de la vie de produits psychoactifs illicites hors cannabis concerne 7% des 15-34 ans; pour l'usage au cours de l'année, il s'élève à 1,6%. Les facteurs associés à ces usages dans l'année sont les situations de chômage, le fait d'être un homme, d'être jeune et de ne pas vivre en couple, tandis que l'inscription dans des études supérieures apparaît plutôt être une situation éloignant les jeunes adultes des différentes formes de polyconsommation.

Les pratiques de polyconsommation se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques. Les enquêtes en population générale ne couvrent pas les populations les plus vulnérables et les plus désocialisées et ne permettent pas de décrire les formes problématiques des polyconsommations. En revanche, elles fournissent des éléments de cadrage utiles pour apprécier la diffusion des polyconsommations les plus courantes dans la population.

## INTRODUCTION

Dans la lettre de mission adressée par le Premier ministre à Danièle Jourdain-Menninger à l'occasion de sa nomination à la présidence de la MILDT, en octobre 2012, les termes du prochain plan 2013-2015 portant sur le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes, les stupéfiants, la pratique du dopage et les addictions sans substance prennent en compte la polyconsommation. De fait, la présence de plus en plus visible en France, depuis la fin des années 1990, de personnes présentant des usages de plusieurs produits dans les centres d'accueil ou de soins a conduit les intervenants en toxicomanie et les chercheurs à travailler davantage la question des polyconsommations (Beck *et al.* 2004, Delile *et al.* 2001, Spilka *et al.* 2012). Cette réflexion a notamment abouti à la création des centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA), structures ouvertes à toutes les addictions et réunissant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ces centres, s'appuyant sur des équipes composées de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et assistantes sociales, privilégient une approche générique des addictions axée prioritairement sur le comportement, c'est-à-dire pour lesquelles tout produit peut être à l'origine de la prise en charge. Les recherches épidémiologiques et sociologiques engagées autour de la polyconsommation s'avèrent relativement nombreuses et ont suscité une abondante littérature, que ce soit à l'adolescence (Briere *et al.* 2011, Collins *et al.* 1998, Conway *et al.* 2013, Lynskey *et al.* 1998, Smit *et al.* 2002), en population étudiante (Barrett *et al.* 2006, Martin *et al.* 1992, Simons *et al.* 2005), en population générale adulte (Beck *et al.* 2008, Degenhardt *et al.* 2001, Grant et Harford 1990) ou encore auprès d'usagers (Best *et al.* 2000, Carlson *et al.* 2005, Kuramoto *et al.* 2011, Leri *et al.* 2003, Staines *et al.* 2001). Elles restent néanmoins relativement rares en France, en particulier à partir d'un échantillon représentatif de la population.

Le terme « polyconsommation » recouvre en fait des significations différentes suivant le domaine de recherche ou de pratique. En addictologie, il désigne généralement le fait de consommer en même temps ou consécutivement plusieurs produits lors d'une même occasion (Earleywine et Newcomb 1997). Les buts recherchés par les polyusagers peuvent être très variables. Les observations ethnographiques en milieu festif auprès de participants réguliers de rassemblements musicaux soulignent que le but des usagers est le plus souvent de potentialiser ou de gérer les effets d'un produit soit lorsque ceux-ci culminent (afin de parvenir à un état particulier choisi), soit lors de leur affaiblissement (moment couramment appelé « descente ») (Fontaine *et al.* 2001, Reynaud-Maurupt et Verchere 2003). Dans de nombreux autres cas, les polyusagers consomment de façon plus habituelle ou pour gérer leur dépendance suivant leurs opportunités de consommation, même si la gestion des effets et l'existence de préférences viennent s'ajouter aux

considérations de disponibilité et d'accès aux produits. Toutefois, les individus ayant ces types de pratiques s'avèrent, à l'échelle de l'ensemble de la population, relativement rares et donc peu susceptibles d'être interrogés dans les enquêtes en population générale. Il existe aussi quelques cas particuliers d'associations de produits à des fins thérapeutiques, tels que par exemple le recours au LSD dans le cadre de traitement de l'alcoolisme dans les années 1950 (Dyck 2006).

C'est donc au prix d'un recentrage sur une acception plus littérale et plus générale du terme que la polyconsommation peut être traitée à travers les indicateurs d'usages de drogues disponibles dans les enquêtes telles que le Baromètre santé, sans tenir compte de leur licéité. Il s'agira dès lors de décrire à la fois les cumuls de consommation des principaux produits psychoactifs diffusés dans la population, à savoir l'alcool, le tabac et le cannabis, mais aussi les cumuls d'usages au cours de la vie et de l'année des autres substances psychoactives illicites. Notons que les enquêtes en population générale fournissent généralement des données à partir de questions disjointes, sans relation entre elles (par exemple : « Avez-vous pris du cannabis au cours des douze derniers mois ? » puis : « Avez-vous bu une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois ? »), qui correspondent à des usages successifs. Les individus qui boivent régulièrement de l'alcool et sont fumeurs quotidiens de tabac seront donc par exemple considérés comme polyconsommateurs. Il est clair que cette définition se distingue de celles couramment utilisées en addictologie. Nous étudierons ici en premier lieu la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis, puis les liens entre niveau de consommation de cannabis et usages d'autres drogues illicites. Enfin, un regard sera porté sur les individus qui cumulent les usages d'au moins deux substances illicites autres que le cannabis, au cours de leur vie ou des douze derniers mois.

## RÉSULTATS

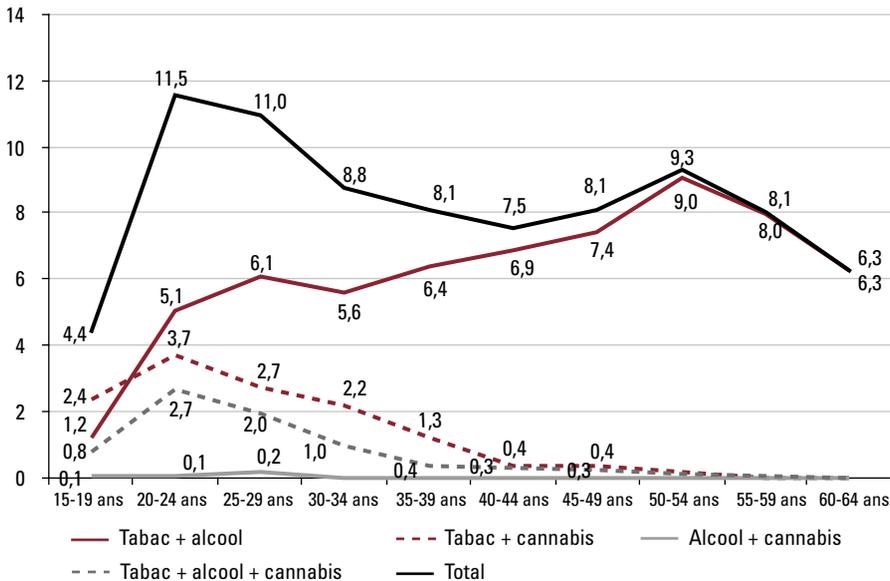
### LA POLYCONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL, TABAC ET CANNABIS

L'usage régulier de tabac concerne environ un tiers (32,2%) de la population adulte âgée de 15 à 64 ans, 16,1% sont usagers réguliers d'alcool et 2,2% ont un usage régulier de cannabis<sup>58</sup>. La polyconsommation régulière, à savoir le cumul d'au moins deux usages réguliers parmi ces trois produits qui sont les plus consommés

58 L'usage régulier de tabac correspond à une consommation quotidienne de tabac; l'usage régulier d'alcool est défini par au moins quatre à six jours de consommation d'alcool par semaine pour au moins un type d'alcool parmi le vin, la bière, les alcools forts ou les autres alcools, ou par deux à trois jours de consommation d'alcool pour au moins deux types d'alcool, au cours des douze derniers mois; l'usage régulier de cannabis correspond à au moins dix « fois » au cours des trente derniers jours.

en population générale, concerne 8,3% des 15-64 ans (12,8% des hommes contre 4,0% des femmes,  $p < 0,001$ ). La forme la plus répandue est l'association alcool-tabac (6,3%), devant les cumuls tabac-cannabis (1,3%), et alcool-tabac-cannabis (0,7%), ces derniers étant caractéristiques des jeunes générations, comme l'ont déjà montré les enquêtes en population adolescente (Beck *et al.* 2004). L'association alcool-cannabis hors consommation quotidienne de tabac s'avère quasi inexistante ( $< 0,1\%$ ), l'usage de cannabis s'accompagnant de fait quasi systématiquement d'un usage régulier de tabac<sup>59</sup>. Les variations suivant l'âge du niveau de la polyconsommation régulière ainsi définie apparaissent relativement faibles : il est maximal parmi les 20-24 ans (11,5%), puis décroît pour remonter parmi les 50-54 ans (9,3%) avant de diminuer à nouveau jusqu'à 64 ans (6,3% parmi les 60-64 ans). Néanmoins, la nature de la polyconsommation se modifie beaucoup : elle est surtout due aux associations alcool-tabac et tabac-cannabis parmi les jeunes, cette dernière laissant rapidement le pas, dès 25-29 ans, à la première qui domine largement à tous les âges de la vie. Le cumul des trois consommations régulières reste inférieur à 3% parmi les 20-24 ans et va en s'amenuisant rapidement par la suite (figure 1).

**FIGURE 1 : Fréquence et types de polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge<sup>60</sup>**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

59 Le tabac intervient presque toujours dans la confection des joints de cannabis; mais il n'est alors pas comptabilisé ici comme une consommation de tabac en tant que telle.

60 Les types de polyconsommations régulières sont exclusives les unes des autres dans ce graphique : ainsi, la polyconsommation tabac + cannabis n'inclut pas la polyconsommation tabac + alcool + cannabis.

**TABLEAU 1 : Facteurs associés à la polyconsommation régulière chez les 15-64 ans**

<b>n=22 717 observations</b>			
<b>Variabiles explicatives</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Sexe</b>			
	<b>***</b>		
Homme (n=10316)	12,8	3,4***	[3,0-3,8]
Femme (réf.) (n=12418)	4,0	- 1 -	
<b>Âge</b>			
	<b>***</b>		
15-19 ans (réf.) (n=1 575)	4,4	- 1 -	
20-25 ans (n=2 266)	11,2	2,3***	[1,7-3,1]
26-34 ans (n=3 864)	10,0	2,5***	[1,9-3,4]
35-44 ans (n=5 358)	7,8	2,1***	[1,5-2,8]
45-54 ans (n=4 632)	8,7	2,3***	[1,8-3,1]
55-64 ans (n=5 039)	7,2	2,2***	[1,7-2,9]
<b>Niveau de diplôme</b>			
	<b>***</b>		
<Bac (réf.) (n=10 858)	9,4	- 1 -	
Bac (n=4 320)	7,5	0,8*	[0,7-1,0]
>Bac (n=7 556)	6,4	0,7***	[0,6-0,8]
<b>Vit en couple</b>			
	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=9 835)	9,8	- 1 -	
Oui (n=12 899)	7,4	0,7***	[0,6-0,8]
<b>Taille d'agglomération</b>			
	<b>***</b>		
Rurale (réf.) (n=6251)	7,8	- 1 -	
2 000-20 000 habitants (n=4 250)	8,3	1,0	[0,9-1,2]
20 000-200 000 habitants (n=3 958)	8,3	1,0	[0,8-1,1]
200 000 habitants et plus (n=5 033)	8,8	1,0	[0,9-1,2]
Agglomération parisienne (n=3 242)	8,6	1,1	[0,9-1,3]
<b>Type de ligne</b>			
	<b>***</b>		
Fixe (réf.) (n=19 872)	7,3	- 1 -	
Mobile only (n=2 862)	14,1	1,5***	[1,3-1,7]
<b>Situation professionnelle</b>			
	<b>***</b>		
Travail (réf.) (n=14 731)	8,3	- 1 -	
Chômage (n=1 825)	16,0	1,7***	[1,4-2,0]
Inactif (n=6 161)	5,8	0,9	[0,8-1,1]

Note : \* p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Les principaux facteurs associés à la consommation régulière d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis sont le sexe et l'âge. Les facteurs sociaux semblent aussi jouer un rôle majeur dans la survenue des polyconsommations : un faible niveau de diplôme, le fait de ne pas disposer d'une ligne de téléphone fixe, la situation de chômage sont liés à la polyconsommation régulière, tandis que le fait de vivre en couple apparaît comme un facteur protecteur et la taille d'agglomération sans lien.

Il convient de noter que les liens entre ces facteurs et la polyconsommation régulière sont assez similaires d'une association de produits à l'autre. Deux exceptions

sont toutefois à souligner (tableaux non présentés) : un lien assez fort entre la taille d'agglomération et la consommation régulière de tabac et de cannabis, tandis que les autres formes de polyconsommation n'apparaissent pas du tout liées à la taille d'agglomération ; une absence de lien entre le fait d'être consommateur régulier des trois produits et le niveau de diplôme, tandis que les autres formes de polyconsommation se révèlent liées à un faible niveau de diplôme.

## ÉVOLUTIONS SUR LA PÉRIODE 2005-2010

Les évolutions récentes observées en population adulte à travers les résultats des derniers Baromètres santé de 2005 (Beck *et al.* 2008) et 2010 montrent que la structure de la polyconsommation régulière ne s'est pas modifiée ces dernières années. Elles reflètent la diminution de la consommation d'alcool observée dans l'ensemble de la population française : la consommation régulière d'alcool est ainsi passée de 18,6% à 16,1% des 15-64 ans entre 2005 et 2010. Concernant le tabagisme, alors que l'usage quotidien avait diminué entre 2000 (32,9% des 15-64 ans) et 2005 (29,8%), il est reparti à la hausse entre 2005 et 2010, atteignant 32,2% de la population dans cette tranche d'âge. En revanche, la proportion de consommateurs réguliers de cannabis est restée stable entre 2005 (2,2%) et 2010 (2,2%) parmi les 15-64 ans. Ainsi, en population générale, la proportion de polyconsommateurs réguliers s'est-elle avérée stable entre 2005 (8,4%) et 2010 (8,3%). Dans le détail, chaque type de polyconsommation est apparu stable entre 2005 et 2010 : l'usage cumulé de tabac et de cannabis (sans consommation régulière d'alcool) (1,3% en 2005 comme en 2010), tout comme l'usage cumulé de tabac et d'alcool (sans consommation régulière de cannabis) (6,4% en 2005 et 6,3% en 2010), ainsi que l'association alcool-tabac-cannabis (0,5% en 2005 et 0,7% en 2010).

## USAGES DE CANNABIS ET EXPÉRIMENTATION DES AUTRES DROGUES ILLICITES

Les usages de drogues illicites sont très rares au-delà de 35 ans dans la population générale : parmi les personnes de 35-64 ans interrogées dans le Baromètre santé en 2010, on dénombre en effet 24,1% d'expérimentateurs de cannabis et 6,9% d'expérimentateurs d'une autre drogue illicite, et seulement 2,8% de consommateurs de cannabis et 0,9% de consommateurs d'une autre drogue illicite au cours de l'année. Nous avons donc restreint l'analyse de la polyconsommation de drogues illicites à la tranche d'âge 15-34 ans. Au-delà, en effet, la polyconsommation se résume très largement à l'association alcool-tabac.

Il existe un lien très fort entre le niveau d'usage actuel de cannabis et l'expérimentation d'autres drogues illicites. Ainsi, si seulement 2,3% des 15-34 ans

n'ayant jamais consommé de cannabis ont expérimenté une autre drogue illicite, près du tiers (29,4%) des expérimentateurs de cannabis, près de la moitié des usagers actuels (46,8%) et les deux tiers des usagers réguliers de cannabis (65,4%) déclarent avoir déjà consommé une autre substance illicite. L'expérimentation d'au moins trois substances illicites autres que le cannabis concerne 18,0% des usagers actuels de cannabis et 29,3% des usagers réguliers. Sans surprise, les produits les plus fréquemment expérimentés par les usagers de cannabis se révèlent être ceux qui sont les plus répandus dans la population générale (à savoir poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne et ecstasy).

**TABLEAU 2 : Usages de drogues illicites selon la fréquence de consommation de cannabis parmi les 15-34 ans (%)**

	Abstinent vie	Expérimen- tateur	Usager actuel	Usager récent	Usager régulier	Total
	N=4 029	N=3 693	N=1 328	N=711	N=330	N =7 727
<b>Expérimentation</b>						
Poppers	1,7	16,5	26,3	30,8	36,3	8,4
Champignons hallucinogènes*	<0,1	11,2	20,8	26,9	30,8	5,1
Cocaïne	0,1	12,9	23,0	29,3	36,4	5,9
Ecstasy/MDMA*	<0,1	10,7	17,7	23,3	30,2	4,8
Produits à inhaler	0,4	5,4	9,4	12,0	16,4	2,6
LSD*	<0,1	5,3	9,7	12,7	15,2	2,4
Amphétamines	0,3	4,8	8,9	12,2	16,3	2,3
Héroïne*	<0,1	3,3	6,1	8,0	11,3	1,5
Crack*	0,0	1,4	2,4	3,3	5,1	0,6
<b>Cumul d'expérimentations (hors cannabis)</b>						
0	97,7	70,6	53,2	44,7	34,6	85,5
1	2,1	15,0	20,6	21,4	24,1	7,9
2	0,1	4,6	8,2	10,1	12,0	2,1
3+	0,1	9,8	18,0	23,8	29,3	4,5
<b>Cumul d'usages au cours de l'année (hors cannabis)</b>						
0	99,3	91,1	80,2	73,6	68,7	95,6
1	0,7	5,4	11,1	13,1	13,2	2,8
2	<0,1	2,0	4,9	7,0	9,6	0,9
3+	0,0	1,6	3,8	6,3	8,5	0,7

Note : l'expérimentation et l'usage actuel des produits avec un \* étaient recueillis par une question ouverte (« Avez-vous déjà consommé une autre drogue ? laquelle ? », « avez-vous fait dans les douze derniers mois ? ») pour les individus ayant déclaré n'avoir jamais consommé de cannabis.

Lecture : parmi les individus déclarant n'avoir jamais fumé de cannabis au cours de leur vie, 1,7% disaient avoir expérimenté le poppers, 2,1% disaient avoir expérimenté une seule drogue illicite hors cannabis (au sein des produits listés dans le tableau) et 0,7% disaient en avoir pris une au cours des douze derniers mois.

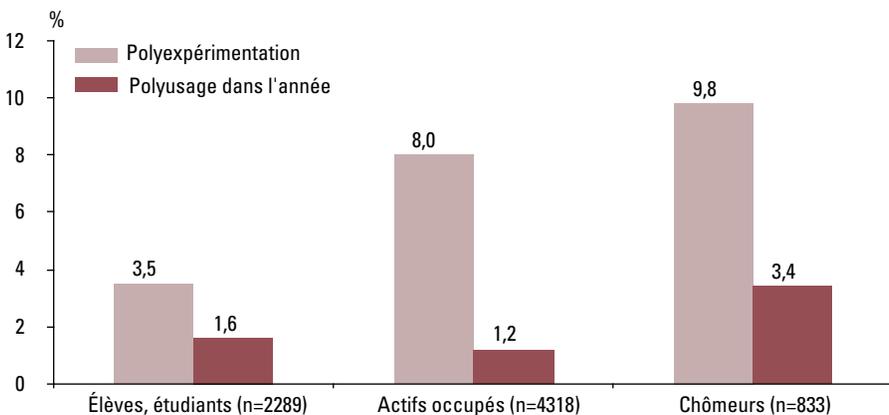
Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La proportion d'usagers au cours de l'année de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis croît également avec le niveau d'usage de cannabis : elle passe de 0,7 % parmi les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis au cours de leur vie à plus de 30 % parmi les usagers réguliers de cannabis. Les abstinents au cannabis qui ont déjà pris une autre drogue illicite sont majoritairement des expérimentateurs de poppers.

Globalement, ces comportements de cumul d'usages (cannabis + au moins une autre drogue illicite, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit de prises concomitantes) concernent 14,5 % des 15-34 ans pour ce qui est de la polyexpérimentation, et 4,4 % pour ce qui est de l'usage au cours de l'année (tableau 2).

Si les personnes ayant expérimenté plusieurs drogues illicites autres que le cannabis sont rares dans la population, leur répartition parmi les 15-34 ans suivant le statut d'activité n'apparaît pas homogène. Ainsi, ce sont les actifs occupés et surtout les chômeurs qui présentent les plus hauts niveaux d'expérimentation d'au moins deux substances illicites autres que le cannabis, comparativement aux élèves ou étudiants. Concernant la polyconsommation dans l'année, seuls les chômeurs se distinguent par une prévalence supérieure (figure 2). Ces résultats contrastent en partie avec ceux qui avaient été observés en 2005, qui montraient des chômeurs mais également des étudiants plus concernés par la polyconsommation que les actifs occupés.

**FIGURE 2 : Polyexpérimentation et polyusages au cours de l'année de produits illicites hors cannabis parmi les 15-34 ans**



Lecture : 8,0% des actifs occupés âgés de 15 à 34 ans disent avoir déjà pris au moins deux substances illicites (autres que le cannabis) au cours de leur vie ; ils sont 1,2% à déclarer un tel polyusage dans l'année.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Une régression logistique contrôlant les principaux facteurs associés aux usages de produits psychoactifs illicites permet de confirmer en partie ces résultats (tableau 2).

**TABLEAU 3 : OR ajustés pour le cumul d'usage d'au moins deux produits psychoactifs illicites autres que le cannabis au cours de la vie et de l'année parmi les 15-34 ans en 2010**

	Vie N=534			Année N=120		
	OR	IC95 %		OR	IC95 %	
<b>Sexe</b> (réf.=femmes)	- 1 -			- 1 -		
Hommes	<b>2,4</b>	2,0	3,0	<b>2,7</b>	1,8	4,2
<b>Âge</b> (réf.=15-19 ans)	- 1 -			- 1 -		
20-24 ans	<b>3,4</b>	2,2	5,3	<b>2,3</b>	1,2	4,5
25-29 ans	<b>4,1</b>	2,5	6,6	2,0	0,9	4,3
30-34 ans	<b>4,1</b>	2,5	6,7	1,5	0,6	3,5
<b>Diplôme</b> (réf.=inférieur au bac)	- 1 -			- 1 -		
Bac	1,0	0,8	1,2	0,9	0,6	1,5
Supérieur	<b>0,8</b>	0,6	1,0	<b>0,6</b>	0,3	1,0
<b>Vie de couple</b> (réf.=non)	- 1 -			- 1 -		
Oui	<b>0,7</b>	0,6	0,9	<b>0,3</b>	0,2	0,5
<b>Agglomération</b> (réf.=rural)	- 1 -			- 1 -		
2 000-20 000 h	1,1	0,8	1,5	1,1	0,5	2,2
20 000-200 000 h	1,3	1,0	1,8	1,6	0,9	3,0
200 000 et plus	1,2	0,9	1,6	1,8	1,0	3,2
Agglomération parisienne	1,1	0,8	1,5	1,4	0,7	2,7
<b>Équipement téléphonique</b> (réf.=ligne fixe)	- 1 -			- 1 -		
Mobile exclusif	<b>1,3</b>	1,1	1,7	1,3	0,9	1,9
<b>Situation scolaire et professionnelle</b> (réf.=actifs occupés)	- 1 -			- 1 -		
Élèves, étudiants	0,8	0,6	1,1	1,1	0,6	1,9
Chômeurs	1,2	0,9	1,5	<b>1,8</b>	1,1	3,0

En gras, les associations significatives au seuil de 5 %

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

En effet, comparativement aux actifs exerçant un emploi, les chômeurs présentent des niveaux de polyusage dans l'année nettement plus élevés. En revanche, les trois situations ne se distinguent pas en termes de polyexpérimentation, après ajustement sur les autres caractéristiques socio-économiques. Si le sexe et l'âge restent des facteurs très discriminants pour le cumul d'usage de plusieurs produits psychoactifs illicites autres que le cannabis, le fait de ne pas vivre en couple ainsi qu'un faible niveau de diplôme apparaissent également, toutes choses égales par ailleurs, fortement associés à de telles pratiques. Contrairement à ce qui était observé en 2005, la taille d'agglomération n'est plus associée à de tels usages.

## DISCUSSION

### MISE EN REGARD AVEC D'AUTRES SOURCES DE DONNÉES EN POPULATION ADULTE

Le polyusage est un phénomène observé assez massivement dans les espaces dédiés aux usagers de drogues (centres de soins, structures d'accueil...) et rapporté par les enquêtes ethnographiques auprès de populations usagères. Ainsi, en 2010, 82% des usagers actuels de cocaïne vus dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ont également consommé au moins un opiacé dans le mois (Cadet-Taïrou 2012). Il apparaît également que parmi les usagers suivant un traitement de substitution, la consommation en parallèle d'autres substances psychoactives est courante, en particulier des produits tels que les benzodiazépines, le tabac, l'alcool ou encore la cocaïne (Cadet-Taïrou 2012, Escots et Fahet 2003, Guichard *et al.* 2003). Par ailleurs, dans environ la moitié des décès par surdose, les analyses toxicologiques *post mortem* révèlent la présence de plusieurs substances (OCRTIS 2004). Il convient encore de souligner combien la mise à disposition, au milieu des années 1990, des produits de substitution, a modifié le paysage des polyusages de drogues. Si cette pratique a permis, en plus des indéniables avancées sanitaires, une certaine régulation des modes de vie et des pratiques des usagers de drogues, elle s'est également accompagnée d'une diversification dans les produits consommés, la drogue illicite à l'origine du traitement de substitution étant rarement complètement abandonnée, au moins dans les premiers temps (Best *et al.* 2000, Martin *et al.* 1996) et l'alcool souvent très présent (Chatham *et al.* 1997, Fischer *et al.* 2006, Joseph et Appel 1985, Magura *et al.* 1998, Roszell *et al.* 1986, Stastny et Potter 1991).

Les enquêtes en population générale n'ont pas vocation à décrire les polyconsommations observées dans les populations les plus vulnérables ou les plus marginalisées, ne serait-ce que parce que ces publics sont peu nombreux et difficiles à joindre, alors même qu'ils sont très concernés par les usages de multiples produits (Grinman *et al.* 2010, Thompson et Hasin 2011). Néanmoins, elles offrent des données de cadrage concernant la diffusion de certaines polyconsommations de produits courants dans la population. Dans une optique différente, certaines enquêtes menées en France ont interrogé l'usage simultané (ou concomitant) de produits. Dans l'enquête en milieu scolaire ESPAD par exemple, il était demandé aux élèves combien de fois, au cours de leur vie, ils avaient pris de l'alcool avec du cannabis d'une part et de l'alcool avec des médicaments d'autre part (Hibell *et al.* 2004). Dans le Baromètre santé 2000 et les enquêtes ESCAPAD menées entre 2000 et 2003, il s'agissait d'une question ouverte permettant de recueillir les usages concomitants, l'enquêté précisant quels produits il avait consommés

au cours d'une même occasion (Beck *et al.* 2001, Beck *et al.* 2004). Ainsi, lors du Baromètre santé 2000, 19% des 18-44 ans déclaraient avoir consommé simultanément au moins deux substances psychoactives licites ou illicites en une même occasion. Dans 90% des cas, il s'agissait d'alcool et de cannabis, cette prépondérance rejoignant les résultats d'enquêtes américaines (Martin *et al.* 1996, Staines *et al.* 2001). La consommation simultanée d'alcool et de cannabis, parfois instrumentalisée par les usagers pour soulager des épisodes de mal-être (Boys et Marsden 2003), reste souvent considérée comme prédicteur d'un basculement vers un usage problématique de cannabis (Roffman *et al.* 1988, Smucker Barnwell *et al.* 2005), en dépit du fait qu'elle est fréquente dans des contextes amicaux et festifs, notamment à l'adolescence et parmi les jeunes adultes. Pour le reste, les « mélanges » les plus fréquents observés en 2000 avaient pour base l'alcool et (ou) le cannabis additionné(s) de cocaïne, de médicaments ou de LSD. Notons que le tabac n'apparaissait jamais dans les usages concomitants cités, alors que la combinaison alcool-tabac est la plus fréquente et que l'association tabac-cannabis est la forme ordinaire de consommation du cannabis sous forme de joint en France. Les usagers distinguent clairement les rôles des substances : l'effet psychoactif du tabac est comparativement plus faible et ils n'ont pas le sentiment de procéder à une association de produits lorsqu'ils boivent un verre en fumant une cigarette. Précisons que cette question n'a plus été posée après l'exercice 2000, au profit d'autres explorations thématiques sur les drogues.

## **MISE EN REGARD AVEC D'AUTRES SOURCES DE DONNÉES EN POPULATION ADOLESCENTE**

Il est utile de mettre le tableau des polyconsommations en population adulte en regard de celui observé à l'adolescence.

En 2011, 3,9% des adolescents de 17 ans se déclarent à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers (plus de dix fois par mois) de boissons alcoolisées; 3,6% sont à la fois fumeurs quotidiens de tabac et réguliers (plus de dix fois par mois) de cannabis. Enfin, seuls 1,9% sont des polyconsommateurs réguliers de tabac, alcool et cannabis et 0,2% sont des usagers réguliers de cannabis et d'alcool (Spilka *et al.* 2012). À 17 ans, l'usage concomitant (prise en une même occasion ou simultanée) de plusieurs substances psychoactives au cours de la vie est un comportement déclaré par environ quatre jeunes sur dix. Il s'agit dans la très grande majorité des cas (plus du tiers des enquêtés) de l'association alcool-cannabis (pratiquée principalement dans un cadre festif), le tabac ayant été exclu de la question toujours en raison de ses faibles potentialités de modification de l'état de conscience comparé aux autres produits. Le second type d'usage concomitant déclaré est l'association alcool-médicaments psychotropes (un enquêté sur dix); les autres apparaissent beaucoup plus rares, l'association la

plus courante est ensuite celle des champignons hallucinogènes et du cannabis (2% des jeunes) (Beck *et al.* 2004). Ces usages moins fréquents concernent des contextes particuliers qui s'avèrent mieux décrits par les enquêtes centrées sur les usagers de drogues telles que les approches ethnographiques et les études menées à partir des statistiques sanitaires et répressives.

Les polyusages concomitants les plus souvent observés à l'adolescence sont plutôt des pratiques de circonstance (plusieurs produits sont disponibles et consommés en même temps), c'est typiquement le cas des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis lors des soirées, un ou plusieurs de ces produits étant éventuellement associé(s) avec un autre produit plus rare (champignons hallucinogènes, ecstasy...). Ils peuvent aussi relever d'un désir de potentialiser, maximiser ou prolonger les effets (alcool + médicaments psychotropes, ecstasy + LSD...). Il apparaît raisonnable de penser que ces usages concomitants ne sont que très rarement dus à un besoin de « gérer la descente » (effets négatifs, malaise), en prenant par exemple un opiacé de type héroïne ou rachacha<sup>61</sup> après des stimulants type amphétamines ou ecstasy, pratique qui se rencontre plutôt dans des sous-populations plus âgées et expérimentées (Goldsamt *et al.* 2005, Pedersen et Skrondal 1999).

## **LIENS ENTRE USAGE DE CANNABIS ET EXPÉRIMENTATION D'AUTRES DROGUES ILLICITES**

Il existe un lien très fort entre le niveau d'usage actuel de cannabis et l'expérimentation d'autres drogues illicites. Cette association statistique forte ne prouve pas l'existence d'un mécanisme incitant les usagers de cannabis à consommer d'autres drogues<sup>62</sup>. Cela illustre cependant le fait que la pratique et la sociabilité associées à l'usage de cannabis sont susceptibles d'offrir des opportunités d'expérimentations. En outre, dans un contexte de hausse des niveaux d'usage de poppers et de cocaïne notamment, le lien entre usage de cannabis et usage d'autres drogues illicites semble s'être renforcé entre 2005 et 2010 : les usagers réguliers de cannabis sont notamment plus nombreux en 2010 à avoir expérimenté d'autres drogues illicites par rapport à ce qui était observé en 2005, la même tendance étant observée pour l'usage dans l'année de drogues illicites autres que le cannabis. Cela pourrait refléter la porosité grandissante entre les différents marchés des substances illicites, à mettre en relation avec la hausse de l'offre de produits autres que le cannabis.

---

61 Il s'agit d'une décoction de pavot.

62 Cette idée est ce que l'on appelle communément la théorie de l'escalade.

## PROFIL DES POLYCONSOMMATEURS ET CONSÉQUENCES DE LA POLYCONSOMMATION

À partir des études anglo-saxonnes menées en population adulte et adolescente, il est possible de dresser quelques traits généraux liés à la polyconsommation. Celle-ci apparaît toujours masculine et concernant plutôt des individus caractérisés comme impulsifs et à la recherche de sensations (Andrucci *et al.* 1989, Jaffe et Archer 1987, Single *et al.* 1974). Les usages simultanés de plusieurs substances s'avèrent par ailleurs, par rapport aux usages d'un seul produit, plus souvent associés à une évolution vers la dépendance (Nakawaki et Crano 2012), parfois vers l'injection (Trenz *et al.* 2012), ainsi qu'à des conséquences négatives et à une détresse psychologique (Conway *et al.* 2003, Devlin et Henry 2008, Sumnall *et al.* 2004, Yen *et al.* 2007). Les dommages sanitaires d'ordre somatique sont également très importants, notamment dans le cas de l'alcool et du tabac (Licaj *et al.* 2013). En termes de séquence d'entrée dans les usages, il apparaît enfin une certaine constance d'une étude à l'autre avec un enchaînement classique de l'alcool à l'héroïne en passant par le tabac, le cannabis, les médicaments psychotropes, l'ecstasy, la cocaïne et les amphétamines (Schensul *et al.* 2005, Smit *et al.* 2002).

Enfin, il convient de souligner que les liens entre les usages de différentes substances peuvent conduire à adopter des stratégies particulières pour certaines actions de prévention. Par exemple, dans la mesure où la consommation d'alcool a été identifiée comme un frein aux tentatives d'arrêt du tabac des jeunes (Kelly et Lapworth 2006), il apparaît opportun de prendre en compte la dimension alcool dans les actions visant une réduction du tabagisme.

## CONCLUSION

La polyconsommation de produits psychoactifs est un comportement plutôt masculin et surtout répandu parmi les jeunes générations, en particulier lorsqu'elle implique des drogues illicites, ce qui corrobore la littérature anglo-saxonne sur le sujet (Smith *et al.* 2011). Elle reste globalement peu fréquente à l'échelle de la population, mais les niveaux observés dans cette enquête parmi les jeunes adultes justifient les préoccupations contemporaines autour de cette question. La polyconsommation la plus répandue est celle associant la consommation quotidienne de tabac à une consommation régulière d'alcool, qui ne diminue pour sa part que peu avec l'âge. Si certaines formes de polyconsommation relèvent d'un attrait particulier pour les différentes formes d'état modifié de conscience, elles révèlent également souvent des situations de vulnérabilité et/ou de prise de risque qui justifient de porter une attention particulière à ces pratiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Andrucci G. L., Archer R. P., Pancoast D. L., Gordon R. A., « The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use », *Journal of Personality Assessment*, n° 53, 1989, p. 253-266.
- Barrett S. P., Darredeau C., Pihl R. O., « Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students », *Hum Psychopharmacol*, n° 21, 2006, p. 255-63.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., « Drogues illicites : pratiques et attitudes », dans *Baromètre santé 2000*, Vanves, Les éditions du CFES, 2001, p. 237-274.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., « Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005 », *La Presse médicale*, n° 37, 2008, p. 207-215.
- Best D., Harris J., Gossop M., Farrell M., Finch E., Noble A., Strang J., « Use of non-prescribed methadone and other illicit drugs during methadone maintenance treatment », *Drug and Alcohol Review*, n° 19, 2000, p. 9-16.
- Boys A., Marsden J., « Perceived functions predict intensity of use and problems in young polysubstance users », *Addiction*, n° 98, 2003, p. 951-963.
- Briere F. N., Fallu J. S., Descheneaux A., Janosz M., « Predictors and consequences of simultaneous alcohol and cannabis use in adolescents », *Addictive Behaviors*, n° 36, 2011, p. 785-8.
- Cadet-Tairou A., *Résultats ENa-CAARUD 2010 : profils et pratiques des usagers*, OFDT, Saint-Denis, 2012, p. 1-8.
- Carlson R. G., Wang J., Falck R. S., Siegal H. A., « Drug use practices among MDMA/ecstasy users in Ohio: a latent class analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 79, 2005, p. 167-179.
- Chatham L. R., Rowan-Szal G. A., Joe G. W., Simpson D. D., « Heavy drinking, alcohol-dependent vs nondependent methadone-maintenance clients: a follow-up study », *Addictive Behaviors*, n° 22, 1997, p. 69-80.
- Collins R. L., Ellickson P. L., Bell R. M., « Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors », *Journal of Substance Abuse*, n° 10, 1998, p. 233-53.
- Conway K. P., Kane R. J., Ball S. A., Poling J. C., Rounsaville B. J., « Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 71, 2003, p. 65-75.
- Conway K. P., Vullo G. C., Nichter B., Wang J., Compton W. M., Iannotti R. J., Simons-Morton B., « Prevalence and patterns of polysubstance use in a nationally representative sample of 10th graders in the United States », *J Adolesc Health*, n° 52, 2013, p. 716-23.
- Degenhardt L., Hall W., Lynskey M., « The relationship between cannabis use and other substance use in the general population », *Drug Alcohol Depend*, n° 64, 2001, p. 319-27.
- Delile J., Facy F., Dally S., *Épidémiologie des polyconsommations alcool, drogue*, Paris, EDK (Coll. Les rencontres ANIT/INSERM/ANPA), 2001, 170 p.
- Devlin R. J., Henry J. A., « Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption », *Crit Care*, n° 12, 2008, p. 202.
- Dyck E., « "Hitting Highs at Rock Bottom": LSD Treatment for Alcoholism, 1950-1970 », *Social History of Medicine*, n° 19, 2006, p. 313-329.
- Earleywine M., Newcomb M. D., « Concurrent versus simultaneous polydrug use: Prevalence, correlates, discriminant validity, and prospective effects on health outcomes », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, n° 5, 1997, p. 353-364.
- Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage, investigation menée en France en 2002-2003*, ORSMIP/OFD, Saint Denis, 2003.
- Fischer B., Cruz M., Rehm J., « Illicit opioid use and its key characteristics: A select overview and evidence from a Canadian multi-site cohort of illicit opioid users (OPICAN). », *Can J Psychiatry*, n° 51, 2006, p. 624-34.
- Fontaine A., Fontana C., Verchere C., Vischi R., *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, OFDT, Paris, 2001.

- Goldsamt L. A., O'Brien J., Clatts M. C., McGuire L. S., « The relationship between club drug use and other drug use: a survey of New York City middle school students », *Substance Use & Misuse*, n° 40, 2005, p. 1539-1555.
- Grant B. F., Harford T. C., « Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of national survey », *Drug Alcohol Depend*, n° 25, 1990, p. 97-104.
- Grinman M., Chiu S., Redelmeier D., Levinson W., Kiss A., Tolomiczenko G., Cowan L., Hwang S., « Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status », *BMC Public Health*, n° 10, 2010, p. 94.
- Guichard A., Lert F., Calderon C., Gaigi H., Maguet O., Soletti J. R. M., Brodeur J. M., Richard L., Benigeri M., Zunzunegui M. V., « Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France », *Addiction*, n° 98, 2003, p. 1585-1597.
- Hibell B., Andersson B., Bjarnasson T., Ahlström S., Kokkevi A., Morgan M., *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*, Stockholm, The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN), 2004, 436 p.
- Jaffe L. T., Archer R. P., « The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales », *Journal of Personality Assessment*, n° 51, 1987, p. 243-253.
- Joseph H., Appel P., « Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n° 11, 1985, p. 37-53.
- Kelly A. B., Lapworth K., « The HYP program – Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy », *Preventive Medicine*, n° 43, 2006, p. 466-471.
- Kuramoto S., Bohnert A., Latkin C., « Understanding subtypes of inner-city drug users with a latent class approach », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 118, 2011, p. 237-243.
- Leri F., Bruneau J., Stewart J., « Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use », *Addiction*, n° 98, 2003, p. 7-22.
- Licaj I., Romieu I., Clavel-Chapelon F., Boutron-Ruault M., Ferrari P., « Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition) », *BEH*, 2013, p. 234-238.
- Lynskey M. T., Fergusson D. M., Horwood L. J., « The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence », *J Child Psychol Psychiatry*, n° 39, 1998, p. 995-1005.
- Magura S., Kang S.-Y., Nwakeze P. C., Demsky S., « Temporal patterns of heroin and cocaine use among methadone patients », *Substance Use & Misuse*, n° 33, 1998, p. 2441-67.
- Martin C. S., Clifford P. R., Clapper R. L., « Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students », *J Subst Abuse*, n° 4, 1992, p. 319-26.
- Martin C. S., Kaczynski N. A., Maisto S. A., Tarter R. E., « Polydrug Use in Adolescent Drinkers with and without DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 20, 1996, p. 1099-1108.
- Nakawaki B., Crano W. D., « Predicting adolescents' persistence, non-persistence, and recent onset of nonmedical use of opioids and stimulants », *Addictive Behaviors*, n° 37, 2012, p. 716-721.
- OCRTIS, *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2003*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2004, 108 p.
- Pedersen W., Skrandal A., « Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study », *Addiction*, n° 94, 1999, p. 1695-1706.
- Reynaud-Maurupt C., Verchere C., *Les Nouveaux Usages de l'héroïne*, OFDT, Saint-Denis, 2003.
- Roffman R. A., Stephens R. S., Simpson E. E., Whitaker D. L., « Treatment of marijuana dependence: Preliminary results », *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 20, 1988, p. 129-137.

- Roszell D. K., Calsyn D. A., Chaney E. F., « Alcohol use and psychopathology in opioid addicts on methadone maintenance », *The American Journal of drug and alcohol abuse*, n° 12, 1986, p. 269-278.
- Schensul J. J., Convey M., Burkholder G., « Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research », *Addictive Behaviors*, n° 30, 2005, p. 571-574.
- Simons L., Klichine S., Lantz V., Ascolese L., Deihl S., Schatz B., Wright L., « The relationship between social-contextual factors and alcohol and polydrug use among college freshmen », *J Psychoactive Drugs*, n° 37, 2005, p. 415-24.
- Single E., Kandel D., Faust R., « Patterns of multiple drug use in high school », *Journal of Health and Social Behavior*, 1974, p. 344-357.
- Smit F., Monshouwer K., Verdurmen J., « Polydrug Use Among Secondary School Students: combinations, prevalences and risk profile », *Drugs: education, prevention and policy*, n° 9, 2002, p. 355-365.
- Smith G. W., Farrell M., Bunting B. P., Houston J. E., Shevlin M., « Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 113, 2011, p. 222-228.
- Smucker Barnwell S., Earleywine M., Gordis E. B., « Alcohol consumption moderates the link between cannabis use and cannabis dependence in an Internet survey », *Psychology of Addictive Behaviors*, n° 19, 2005, p. 212-216.
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, 2012, p. 1-4.
- Staines G. L., Magura S., Foote J., Deluca A., Kosanke N., « Polysubstance use among alcoholics », *Journal of Addictive Diseases*, n° 20, 2001, p. 53-69.
- Stastny D., Potter M., « Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes », *British Journal of Addiction*, n° 86, 1991, p. 307-310.
- Sumnall H. R., Wagstaff G. F., Cole J. C., « Self-reported psychopathology in polydrug users », *Journal of Psychopharmacology*, n° 18, 2004, p. 75-82.
- Thompson R. G., Hasin D. S., « Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care », *Drug Alcohol Depend*, n° 117, 2011, p. 66-9.
- Trenz R. C., Scherer M., Harrell P., Zur J., Sinha A., Latimer W., « Early onset of drug and polysubstance use as predictors of injection drug use among adult drug users », *Addictive Behaviors*, n° 37, 2012, p. 367-72.
- Yen C.-F., Hsu S.-Y., Cheng C.-P., « Polysubstance use and its correlates in adolescent ecstasy users in Taiwan », *Addictive Behaviors*, n° 32, 2007, p. 2286-91.

# La pratique des jeux de hasard et d'argent



## Résumé

Parmi les 15-75 ans, près d'une personne sur deux déclare avoir joué de l'argent au cours des douze derniers mois (46 %). Une grande majorité des personnes ne joue qu'occasionnellement et n'investit que de petites sommes : seul un cinquième joue toutes les semaines, et un dixième plus de 500 euros dans l'année.

Parmi les 15-75 ans, le jeu à risque, au sens de l'indice canadien du jeu excessif (ICJE), concerne 1,4% de la population pour le risque faible, 0,9% pour le risque modéré et 0,4% pour le jeu excessif,, soit environ 200 000 personnes concernées par le jeu excessif.

Les moins de 34 ans et les personnes disposant des plus faibles revenus, qui sont pourtant globalement moins concernés par le jeu, présentent à l'inverse un surrisque de développer des problèmes dès lors qu'ils jouent.. Plus le niveau de risque lié au jeu augmente, plus la part d'hommes s'élève, de même que celle des peu diplômés et des plus faibles revenus. Les joueurs excessifs se distinguent par la part d'hommes (75%), leur âge (84% entre 25 et 54 ans), leurs faibles revenus (la moitié d'entre eux sont dans le 1<sup>er</sup> quintile), leur lieu de vie urbain, la forte proportion de chômeurs/inactifs (43%), d'ouvriers (53%) et d'individus vivant seuls pour un quart d'entre eux. Des tendances similaires, quoique moins prononcées, ressortent en ce qui concerne le jeu à risque modéré.

L'étude des facteurs de risques et de vulnérabilités confirme la forte association entre le jeu à risque et certaines addictions (tabac, consommation à risque d'alcool), la souffrance psychique, l'isolement social, les difficultés financières, les événements graves ou les violences subies au cours de la vie.

Les jeux les plus fréquemment pratiqués sont les jeux de tirage (75%) et de grattage (63%). Viennent ensuite le PMU (23%), les machines à sous dans les casinos (18%), les autres types de jeux étant pratiqués par environ une personne sur dix. Certains jeux se révèlent sensiblement plus fréquents parmi les joueurs à risque. Pour le Rapido, le PMU et les paris sportifs, la part de personnes y jouant est d'autant plus importante que le risque de développer des problèmes est élevé. En ce qui concerne les machines à sous, les jeux de tables dans les casinos, le poker et les jeux en lignes, la pratique est plus fréquente parmi l'ensemble des joueurs à risque, quel que soit son niveau et sans observer de forts différentiels entre les niveaux de risque. Les jeux présentant les ratios «joueurs excessifs / joueurs non problématiques» les plus élevés sont le Rapido (5,6) et les jeux de tables dans les casinos (5,4), devant les paris sportifs (4,2).

Le jeu pratiqué avec le plus d'assiduité est le PMU, ses adeptes y jouent en moyenne deux fois par semaine (101 fois/an), suivi des jeux en ligne (79 fois/an en moyenne). Selon le niveau de risque, les plus fortes disparités s'observent dans la pratique des jeux de table dans les casinos, du poker, des machines à sous, finalement assez peu fréquemment pratiqués par les joueurs sans problèmes. Le PMU est joué d'autant plus assidûment que le niveau de risque est élevé (191 fois/an parmi les joueurs excessifs). Il est à tous les niveaux de risque le jeu pratiqué le plus intensément. Les paris sportifs sont pour leur part pratiqués environ une fois par semaine par tous les joueurs. Enfin, certains jeux semblent être pratiqués de façon particulièrement intenses par les joueurs excessifs, comme les jeux en ligne (179 fois/an), le Rapido (118 fois/an) et les jeux de grattage (113 fois/an).

## INTRODUCTION

Les addictions sans produit, telles que les différentes formes de jeu pathologique, certains troubles de l'appétit, ou encore la dépendance à l'égard de certaines activités comme le travail ou les pratiques sexuelles n'ont pas encore fait, en France, l'objet d'études en population générale. Plusieurs rapports ont été consacrés aux jeux d'argent, mais ceux-ci étaient centrés sur leur impact économique et les problèmes personnels et sociaux potentiellement engendrés par cette activité en cas de pratique excessive, sans toutefois être en mesure de proposer une quantification de l'ampleur de ces pratiques (INSERM 2008, Trucy 2006). Quelques tentatives peuvent néanmoins être évoquées, par exemple une étude exploratoire sur les joueurs dépendants menée en 1993 sur un échantillon de 238 appelants à l'association SOS joueurs, permettant une étude des caractéristiques de cette population à partir de discussions engagées au cours des appels (Achour-Gaillard 1993). Mais ces entretiens étaient menés sans grille, car l'objectif premier était de répondre, souvent dans l'urgence, à une demande d'aide. La prévalence du jeu pathologique a été étudiée au sein d'une population d'étudiants (Lejoyeux *et al.* 2002), tandis qu'une étude régionale a été menée pour l'estimer dans un échantillon de 368 joueurs de PMU ou de la Française des jeux et de 161 personnes en population générale (Romo *et al.* 2011). D'autres enquêtes, telles que les enquêtes « Budget de familles » de l'INSEE, renseignent sur les dépenses des ménages en jeux tels que le PMU, loteries ou jeux instantanés, mais une telle approche reste sommaire.

Les jeux de hasard et d'argent se définissent comme des activités où de l'argent ou des biens sont misés dans un contexte où la probabilité de gagner est incertaine. Pour être conforme à la définition, le pari doit être irréversible et le résultat du jeu doit reposer au moins en partie sur le hasard (INSERM 2008). Entre 1960 et 2005, les dépenses des Français en jeux de hasard et d'argent ont augmenté de 148% (Trucy 2006), avec une dépense (nette de gain) moyenne de 130 euros par habitant en 2003 (Besson 2005). En 2005, près de 30 millions de Français avaient joué au moins une fois de l'argent, soit 3 adultes sur 5 (Venisse 2007). Le jeu en ligne connaît la croissance la plus rapide des jeux de hasard et d'argent, avec des recettes annuelles dépassant 6,16 milliards d'euros en 2008 en Europe, soit 7,5% des recettes annuelles de l'ensemble du marché des jeux de hasard et d'argent (Commission européenne 2011). En France, la loi du 12 mai 2010 a ouvert et organisé le jeu d'argent et de hasard sur Internet. Trois secteurs sont concernés : les paris sportifs, les paris hippiques et le poker. Cette loi comporte un volet économique dont l'objectif est de rendre accessible une offre légale encadrée, économiquement viable et « compétitive » par rapport à l'offre illégale, ainsi qu'un volet juridique ayant pour objectif de lutter contre les sites illégaux. En

2012, l'offre légale de jeu sur Internet a généré 2,2 millions de comptes joueurs actifs, pour une dépense nette de 553 millions d'euros (ARJEL 2013).

L'intégration du jeu pathologique dans la catégorie des addictions comportementales est aujourd'hui largement admise (Goodman 1990, Valleur et Bucher 1997, Valleur et Veale 2002). Le jeu pathologique a été officiellement reconnu comme un trouble psychiatrique en 1980 (DSM-III), et il est défini dans la nosologie psychiatrique figurant dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV) comme une « pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu » et comme un trouble du contrôle des impulsions (APA 1994). Ses effets délétères se manifestent dans toutes les sphères de la vie et affectent également la famille et les proches. La nouvelle version de ce manuel, le DSM V, a maintenu le jeu pathologique au sein des pathologies mentales, n'incluant aucune autre forme d'addiction sans produit. Si les critères du DSM font référence pour le diagnostic clinique du jeu pathologique, d'autres outils ont été développés pour répondre à des besoins d'enquête en santé publique. Les trois principaux outils de repérage de jeu pathologique sont le South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur et Blume 1987), le test adapté du DSM-IV, et le Canadian Problem Gambling Index (CPGI, ou IPJE pour indice canadien du jeu excessif). Ce dernier outil, le plus récent, a fait l'objet d'une solide étude de validité intégrant une comparaison avec les deux précédents (Ferris et Wynne 2001).

### **Le module jeux d'argent et de hasard dans le Baromètre 2010**

Dans le but de répondre au besoin de quantifier précisément la pratique des jeux de hasard et d'argent des Français, les pouvoirs publics ont mandaté l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) pour réaliser une première enquête nationale de prévalence sur le jeu. Celle-ci a été conduite dans le cadre du Baromètre santé 2010 de l'INPES, enquête dont la taille de l'échantillon et la diversité des thèmes de santé abordés permettent, d'une part, d'évaluer la pratique des différents jeux et d'estimer la part de population concernée par le jeu à risque de développer des problèmes, d'autre part, de décrire les profils socio-économiques et de rechercher les facteurs de risque ou de vulnérabilité associés à de telles pratiques.

Les pratiques des types de jeux suivants ont été interrogées lors du Baromètre santé 2010 :

- Jeux de tirage de la Française des jeux (FDJ) : Loto, OXO, Kéno, Euromillion, ...
- Jeux de grattage : Banco, Bingo, Black-Jack, CASH 500 000 €, Dédé, Goal, MENEZ L'ENQUÊTE!, Millionnaire, Morpion, Numéro Fétiche...
- Rapido : jeux de tirage ayant la particularité d'avoir lieu en direct dans les points de vente.
- PMU (Pari mutuel urbain) : entreprise française dont les activités sont la conception, la promotion, la commercialisation et le traitement des paris sur les courses de chevaux.
- Paris sportifs (jeux de pronostics consistant à parier sur l'issue d'une rencontre sportive) : Loto Foot, Cote & Score, Cote & Match.
- Machines à sous dans les casinos.

- Jeux de table dans les casinos : roulette, black-jack, poker.
- Poker, en dehors des casinos.
- Jeux d'argent sur Internet : ces jeux incluaient par exemple les jeux de tirage, de grattage, les jeux de pronostics, le poker en ligne, les jeux de casino hors poker ou les jeux interactifs de type Baraka, Cash 20 000...

Afin de limiter la durée moyenne de passation de ce module, les questions portant sur la fréquence de pratique de ces différents jeux, de même que l'échelle de mesure du jeu problématique, n'ont été posées qu'aux personnes déclarant avoir joué, durant les douze derniers mois, soit à un rythme hebdomadaire, soit au moins 500 euros (c'est-à-dire environ 10 euros par semaine). Par conséquent, tous les résultats de ce chapitre portant sur la population générale, c'est-à-dire incluant les non-joueurs ou les joueurs occasionnels, reposent sur l'hypothèse que ces derniers n'ont pas de pratique problématique avec le jeu. Bien que le filtre soit assez large, il est cependant possible qu'un joueur occasionnel puisse être identifié par l'ICJE comme joueur à risque ou problématique. Ce peut être le cas par exemple de joueurs disposant de très faibles ressources, au point qu'une somme inférieure à 10 euros par semaine puisse générer des difficultés financières.

---

Cette étude présente des résultats sur la pratique de jeu des Français en 2010. La première partie porte sur la prévalence de cette pratique au cours des douze derniers mois, la fréquence de jeu et les montants misés, reprenant en partie des premiers résultats précédemment publiés (Costes *et al.* 2011, OFDT 2013). Une seconde partie vise à caractériser les profils socio-économiques des joueurs en fonction de leur niveau de risque de développer des problèmes avec le jeu, tel que mesuré par l'ICJE, suivie de résultats portant sur leurs différences quant aux jeux pratiqués (type de jeu et fréquence annuelle de pratique). Un certain nombre d'associations entre comorbidités et pratique de jeu à risque ont ensuite été modélisées, la dernière partie illustrant les différences régionales observées dans la pratique des jeux.

## RÉSULTATS

### PRÉVALENCE DU JEU AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

En 2010, près de la moitié des 15-75 ans (n=25 888) (46,4%) ont dépensé de l'argent aux jeux de hasard et d'argent au moins une fois au cours des douze derniers mois. Cette pratique concerne un peu plus souvent les hommes (50,0%) que les femmes (42,9%). Un joueur sur cinq déclare jouer de l'argent au moins une fois par semaine, une proportion identique une fois par mois, les autres jouant moins souvent (57,3%). Les montants joués sont dans 90,3% des cas inférieurs à 500 euros par an, 6,6% jouant entre 500 et 1 000 euros et 3,1% plus de 1 000 euros par an (tableau 1).

On définit comme «joueurs actifs» les personnes ayant soit joué à un rythme hebdomadaire, soit dépensé plus de 500 euros au cours de l'année (ce qui équivaut environ à une dépense hebdomadaire de 10 euros). Ces joueurs représentent 11,6% des 15-75 ans (n=2 778), 15,0% des hommes et 8,4% des femmes.

**TABLEAU 1 : Prévalence année du jeu, fréquence et montants joués parmi les 15-75 ans.**

<b>15-75 ans (n=25 888)</b>	<b>%</b>
Prévalence du jeu douze mois	46,4
Joueurs « actifs »	11,6
<b>Fréquence de jeu (n=11 993)</b>	
Moins d'une fois par mois	57,3
Mensuelle	20,3
Hebdomadaire	22,4
<b>Montants joués (n=11 993)</b>	
Moins de 500 euros	90,3
500-999 euros	6,6
1 000-1 499 euros	1,3
1 500 euros et +	1,8

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Plus la fréquence de jeu est élevée, plus les montants dépensés le sont. Ainsi, près d'un tiers des personnes jouant à un rythme hebdomadaire (31,5%) ont dépensé plus de 500 euros au cours des douze derniers mois, pour environ un dixième des personnes jouant à un rythme mensuel (9,2%) et moins de 2% des joueurs moins réguliers (tableau 2).

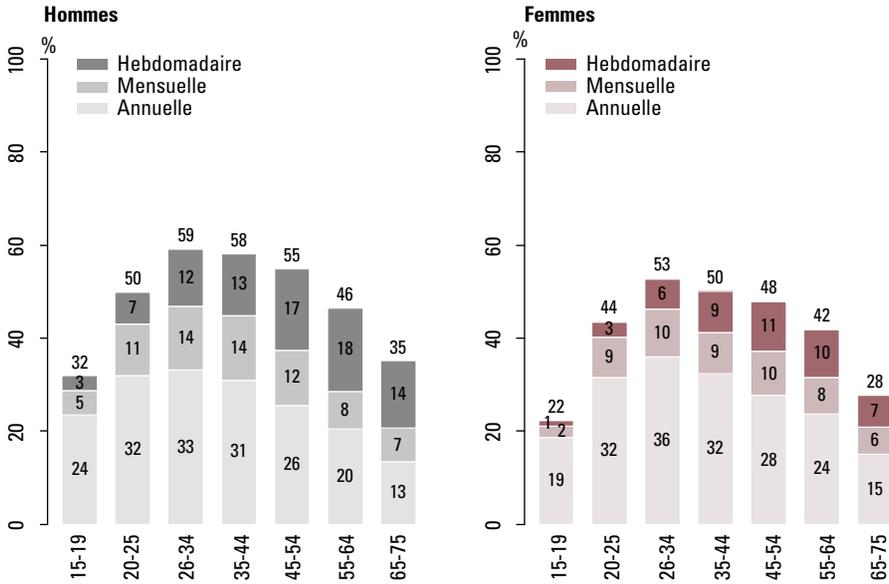
**TABLEAU 2 : Montants annuels dépensés, parmi les personnes ayant joué de l'argent dans l'année, selon la fréquence de jeu (en %)**

Montants annuels dépensés au jeu	Hebdomadaire	Mensuelle	Moins souvent
Moins de 500 euros	68,5	90,8	98,6
500-999 euros	20,6	7,0	0,9
1 000-1 499 euros	4,5	0,9	0,3
1 500 euros et +	6,4	1,3	0,2

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

L'évolution des pratiques de jeux d'argent avec l'âge semble relativement similaire entre hommes et femmes, ces dernières jouant quel que soit l'âge légèrement moins que les hommes. La part de joueurs augmente fortement jusqu'à 26-34 ans puis diminue ensuite légèrement avec l'âge, même si la pratique hebdomadaire tend à augmenter jusqu'à des âges un peu plus avancés : 18% parmi les hommes de 55-64 ans, 11% parmi les femmes de 45-54 ans (figure 1).

**FIGURE 1 : Fréquence de pratique des jeux d'argent et de hasard, selon le sexe et l'âge**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La proportion de joueurs dans l'année varie significativement selon plusieurs variables sociodémographiques. Les hommes, les personnes âgées de 25 à 44 ans, les actifs occupés semblent davantage concernés par cette pratique, à l'inverse des plus diplômés, des étudiants, des personnes disposant des plus faibles revenus, vivant seules, habitant dans l'agglomération parisienne, ainsi que les cadres et professions intermédiaires (tableau 3).

**TABLEAU 3 : Facteurs sociodémographiques associés à la pratique de jeux de hasard et d'argent au cours des douze derniers mois**

Variables	N	%	ORa	IC
<b>Sexe</b>		***		
Homme	11 622	50,0	1,3***	[1,2-1,4]
Femme (réf.)	14 264	42,9	- 1 -	
<b>Âge</b>		***		
15-24 ans	3 419	36,7	1,0	[0,9-1,1]
25-34 ans	4 282	55,4	1,3***	[1,2-1,4]
35-44 ans	5 353	54,0	1,2***	[1,1-1,3]
45-54 ans (réf.)	4 619	51,3	- 1 -	
55-64 ans	5 018	44,1	0,8***	[0,7-0,9]
65-75 ans	3 195	31,0	0,5***	[0,4-0,6]
<b>Diplôme</b>		***		
<Bac (réf.)	12 977	46,2	- 1 -	
Bac	4 712	49,0	1,0	[0,9-1,1]
>Bac	8 197	44,8	0,7***	[0,7-0,8]
<b>Revenus</b>		***		
1 <sup>er</sup> quintile (plus faibles)	4 686	41,5	- 1 -	
2 <sup>e</sup> quintile	4 833	48,8	1,2***	[1,1-1,3]
3 <sup>e</sup> quintile	4 829	51,7	1,3***	[1,2-1,4]
4 <sup>e</sup> quintile	5 087	51,5	1,4***	[1,3-1,5]
5 <sup>e</sup> quintile (plus élevés)	4 594	46,3	1,3***	[1,2-1,5]
Nsp	1 857	31,9	0,8***	[0,7-0,9]
<b>Vit seul</b>		***		
Non (réf.)	19 286	46,9	- 1 -	
Oui	6 600	43,8	0,9**	[0,9-1,0]
<b>Taille d'agglomération</b>		*		
<20 000 (réf.)	12 034	47,1	- 1 -	
≥20 000	10 233	46,6	1,0	[1,0-1,1]
Agglomération parisienne	3 619	43,8	0,9*	[0,8-1,0]
<b>Situation professionnelle</b>		***		
Travaille (réf.)	14 760	53,3	- 1 -	
Études	2 313	30,7	0,5***	[0,4-0,6]
Chômage/inactif	3 345	45,9	0,9**	[0,8-1,0]
Retraité	5 468	36,7	0,9**	[0,8-1,0]
<b>PCS</b>		***		
Artisans...	1 453	44,4	0,9	[0,8-1,1]
Cadres...	4 861	41,1	0,8***	[0,7-0,9]
Prof. intermédiaires...	7 062	47,1	0,9*	[0,8-1,0]
Employés	6 818	48,3	1,0	[0,9-1,1]
Ouvriers (réf.)	5 034	49,5	- 1 -	
Autres	658	27,2	0,5***	[0,5-0,7]

Note : \* p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## PROFILS DES DIFFÉRENTS TYPES DE JOUEURS

La suite de l'étude porte sur les joueurs actifs, c'est-à-dire les personnes ayant soit joué à un rythme hebdomadaire, soit dépensé plus de 500 euros au cours de l'année. L'outil utilisé pour repérer des pratiques de jeu éventuellement à risque est l'ICJE (voir encadré). Il convient de souligner que le filtre retenu dans l'étude (pratique hebdomadaire ou de plus de 500 euros par an) pour repérer de telles pratiques était possiblement sélectif; 14,2% des joueurs ayant misé moins de 500 euros et 37,0% de ceux ayant joué moins d'une fois par semaine ont en effet une pratique à risque au sens de l'ICJE (tableau 4). Dans la suite des analyses, nous ferons cependant l'hypothèse que les personnes jouant moins de 500 euros et moins d'une fois par semaine ne présentent pas de difficultés avec le jeu, et nous analyserons les prévalences de jeu à risque parmi la population générale.

**TABLEAU 4 : Pratiques de jeu à risque parmi les joueurs ayant dépensé moins de 500 euros dans l'année et parmi ceux ayant joué moins d'une fois par semaine**

	Fréquence hebdomadaire et dépense annuelle < 500 euros	Fréquence de jeu mensuelle ou plus rare et dépense annuelle ≥ 500 euros
Joueurs sans problème	85,8 %	63,0 %
Joueurs à faible risque	9,6 %	18,1 %
Joueurs à risque modéré	3,8 %	11,4 %
Joueurs excessifs	0,9 %	7,5 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## Échelle ICJE (indice canadien du jeu excessif)

### Questions :

- Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
- Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?
- Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?
- Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
- Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
- Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?
- Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?
- Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?
- Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

**Réponses et score associé (par question) : Jamais (0), Parfois (1), La plupart du temps (2), Presque toujours (3)**

**Calcul du score : somme des scores des 9 items**

### **Typologie :**

**Joueur sans risque (score = 0) :** joueur ne présentant aucun critère indiquant qu'il pourrait se trouver en difficulté par rapport à sa conduite de jeu.

**Joueur à risque faible (score de 1 à 2) :** joueur répondant à des critères indiquant qu'il a peu de chances de se trouver en difficulté par rapport à sa conduite de jeu.

**[0]Joueur à risque modéré (score de 3 à 7) :** joueur répondant à des critères indiquant qu'il pourrait se trouver en difficulté par rapport à sa conduite de jeu.

**Joueur excessif (score > 7) :** joueur répondant à des critères indiquant qu'il est en grande difficulté par rapport à sa conduite de jeu.

Parmi les 15-75 ans, 53,6% des personnes n'ont pas joué au cours des douze derniers mois, 43,7% ont joué de l'argent sans problème avec le jeu, 1,4% sont à faible risque de développer un problème de jeu, 0,9% à risque modéré de développer un tel problème et 0,4% sont des joueurs pathologiques probables (tableau 5). Ainsi, un quart des joueurs actifs présentent un risque, même s'il reste faible pour la moitié d'entre eux.

**TABLEAU 5 : Typologie des joueurs au cours des douze derniers mois, parmi les 15-75 ans**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Ensemble</b>
<b>Parmi les joueurs actifs (n=2 778)</b>			
Joueurs sans problème	73,7	81,9	76,7
Joueurs à faible risque	12,6	11,2	12,1
Joueurs à risque modéré	9,4	4,5	7,6
Joueurs excessifs	4,3	2,4	3,6
<b>Parmi l'ensemble de la population (n=25 888) <sup>a</sup></b>			
Non joueurs	50,0	57,1	53,6
Joueurs sans problème	46,0	41,4	43,7
Joueurs à faible risque	1,9	0,9	1,4
Joueurs à risque modéré	1,4	0,4	0,9
Joueurs excessifs	0,7	0,2	0,4

a : En faisant l'hypothèse que les joueurs non actifs ne présentent pas de problème avec le jeu.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

La pratique des jeux d'argent se révèle associée aux caractéristiques sociodémographiques de la population, mais de manière différente selon que cette pratique s'associe à des problèmes de jeu ou pas. La comparaison des caractéristiques sociodémographiques des joueurs actifs sans problème de jeu et des joueurs à risque de développer des problèmes de jeu permet de repérer les groupes les plus vulnérables, alors même qu'ils ont parfois moins tendance à jouer. Ainsi, les moins de 34 ans et les personnes disposant des plus faibles revenus, qui sont globalement moins concernés par le fait de jouer « activement », présentent à

l'inverse un surrisque de jeu à problème lorsqu'ils sont joueurs actifs. Un faible niveau de diplôme (inférieur au bac) se révèle associé à une pratique plus active des jeux, mais pas au développement de problèmes associés. Dans d'autres cas, l'association avec la pratique de jeux semble être de plus en plus marquée à mesure que le niveau de risque augmente : les hommes jouent plus fréquemment aux jeux d'argent, et sont également plus souvent concernés par des pratiques à risque ; inversement, les cadres sont moins concernés à la fois par le jeu « actif » et par le jeu problématique. Enfin, le fait de résider en milieu urbain, et en particulier dans l'agglomération parisienne, sans influence particulière sur la pratique active des jeux d'argent, se révèle fortement associé à une pratique à risque (OR=2,6 entre l'agglomération parisienne et le milieu rural par rapport au jeu sans problème) (tableau 6).

L'analyse du profil sociodémographique des joueurs selon le niveau de risque de développer des problèmes permet d'affiner certaines tendances. La part d'hommes est de plus en plus élevée (de la moitié des joueurs sans risques aux trois quarts des joueurs à risque modéré ou plus) lorsque le niveau de risque lié au jeu augmente, de même que celle des plus faibles revenus. Les joueurs excessifs se distinguent par leur âge, (84 % entre 25 et 54 ans), leurs faibles revenus (la moitié d'entre eux sont dans le 1<sup>er</sup> quintile), leur lieu de vie urbain, la forte proportion de chômeurs/inactifs (43%), de milieu ouvrier (53 %) et vivant seul pour un quart d'entre eux. Des caractéristiques moins prononcées mais globalement similaires ressortent en ce qui concerne le jeu à risque modéré (tableau 7).

**TABLEAU 6 : Modèle multinomial : non-joueur ou joueur irrégulier / joueur actif sans risque / joueur à risque, parmi les 15-75 ans. Méthode des Logits adjacents (les OR correspondent au passage d'une catégorie à une autre).**

Variables	Joueurs actifs sans risque vs non-joueurs et joueurs irréguliers		Joueur à risque vs joueurs actifs sans risque	
	OR	IC	OR	IC
<b>Sexe</b> (réf.=femme)				
Homme	<b>1,8</b>	<b>[1,6-2,0]</b>	<b>1,6</b>	<b>[1,3-1,9]</b>
<b>Âge</b> (réf.=45-54 ans)				
15-24 ans	<b>0,4</b>	<b>[0,3-0,5]</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,5-3,5]</b>
25-34 ans	<b>0,6</b>	<b>[0,5-0,7]</b>	<b>1,5</b>	<b>[1,1-2,0]</b>
35-44 ans	<b>0,8</b>	<b>[0,7-0,9]</b>	1,0	[0,7-1,3]
55-64 ans	1,1	[0,9-1,2]	0,7	[0,5-1,0]
65-75 ans	<b>0,7</b>	<b>[0,6-0,9]</b>	0,8	[0,5-1,3]
<b>Diplôme</b> (réf.=>bac)				
<Bac	<b>2,4</b>	<b>[2,1-2,7]</b>	0,9	[0,7-1,2]
Bac	<b>1,6</b>	<b>[1,3-1,8]</b>	0,9	[0,7-1,3]
<b>Quintile de revenus/uc</b> (réf.=médian)				
1 <sup>er</sup> quintile	<b>0,8</b>	<b>[0,7-0,9]</b>	<b>1,8</b>	<b>[1,3-2,5]</b>
2 <sup>e</sup> quintile	1,0	[0,9-1,2]	1,1	[0,8-1,5]
4 <sup>e</sup> quintile	1,1	[0,9-1,2]	1,1	[0,8-1,5]
5 <sup>e</sup> quintile	1,1	[0,9-1,3]	1,1	[0,8-1,6]
NSP	<b>0,7</b>	<b>[0,6-0,9]</b>	0,9	[0,6-1,6]
<b>Situation professionnelle</b> (réf.=travaille)				
Études	<b>0,2</b>	<b>[0,1-0,3]</b>	2,1	[1,1-4,0]
Chômage/inactif	1,0	[0,8-1,1]	1,3	[0,9-1,7]
Retraité	1,0	[0,8-1,1]	1,2	[0,8-1,8]
<b>Vit seul</b> (réf.=non)				
Oui	0,9	[0,8-1,0]	1,3	[1,0-1,6]
<b>Taille d'agglomération</b> (réf.≤20 000 h)				
≥20 000	1,1	[1,0-1,2]	<b>1,5</b>	<b>[1,2-1,8]</b>
Agglomération parisienne	0,9	[0,8-1,1]	<b>2,6</b>	<b>[1,9-3,4]</b>
<b>PCS</b> (réf.=ouvriers)				
Artisans...	0,8	[0,7-1,0]	0,9	[0,6-1,4]
Cadres...	<b>0,7</b>	<b>[0,6-0,9]</b>	<b>0,5</b>	<b>[0,4-0,8]</b>
Prof. intermédiaires...	0,9	[0,8-1,0]	0,8	[0,6-1,0]
Employés	1,0	[0,8-1,1]	0,9	[0,7-1,2]
Autres (agriculteurs, sans activité)	<b>0,3</b>	<b>[0,2-0,5]</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,2-4,6]</b>

En gras les associations significatives au seuil de 1 %. Grille de lecture : les personnes disposant des plus faibles revenus ont moins de chances d'être joueurs actifs (OR=0,8), mais plus de risques de présenter des problèmes de jeux lorsqu'ils le sont (OR=1,8).

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

**TABEAU 7 : Facteurs associés aux différents profils de jeux de hasard et d'argent (en %)**

	<b>Joueurs dans l'année sans risque</b>	<b>Joueurs à risque faible</b>	<b>Joueurs à risque modéré</b>	<b>Joueurs excessifs</b>
<b>N</b>	<b>11418</b>	<b>309</b>	<b>187</b>	<b>79</b>
<b>Sexe</b>				
Homme	51,4	65,6	77,8	75,5
<b>Âge</b>				
15-24 ans	13,2	11,6	21,9	6,8
25-34 ans	19,8	21,5	21,0	30,2
35-44 ans	22,5	16,1	19,2	22,2
45-54 ans	20,5	21,4	15,3	31,6
55-64 ans	16,0	18,6	13,1	9,1
65-75 ans	8,0	10,8	9,5	6,2
<b>Diplôme</b>				
<Bac	58,8	70,4	79,7	78,7
Bac	18,8	16,1	11,5	13,1
>Bac	22,4	13,5	8,8	8,2
<b>Quintile de revenus/uc</b>				
1 <sup>er</sup> quintile	18,5	27,2	39,8	49,4
2 <sup>e</sup> quintile	21,7	25,6	19,1	8,2
3 <sup>e</sup> quintile	21,1	13,8	17,2	19,1
4 <sup>e</sup> quintile	17,9	18,2	10,6	15,2
5 <sup>e</sup> quintile	14,6	11,8	9,4	5,7
Nsp	6,2	3,4	4,0	2,4
<b>Vit seul</b>				
Oui	14,6	19,2	19,0	27,4
<b>Taille d'agglomération</b>				
<20 000	44,7	32,7	30,1	13,5
≥20 000	40,4	46,2	52,5	47,7
Agglomération parisienne	14,9	21,2	17,5	38,8
<b>Situation professionnelle</b>				
Travaille	63,0	56,3	46,9	46,8
Études	7,6	5,3	9,2	1,4
Chômage/inactif	14,1	18,7	27,0	42,8
Retraité	15,3	19,7	16,9	9,0
<b>PCS</b>				
Artisans...	5,8	5,1	8,3	5,9
Cadres...	14,0	8,8	5,9	4,1
Prof. intermédiaires...	25,2	22,1	13,5	14,8
Employés	28,5	25,9	30,0	20,6
Ouvriers	25,0	35,7	39,7	53,2
Autres	1,5	2,5	2,7	1,5

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## PRATIQUES DE JEU

En termes de fréquence globale de dépenses aux jeux d'argent, on observe peu d'écart selon le niveau de risque, les joueurs à risque important étant même plutôt moins nombreux à déclarer une pratique hebdomadaire (77,8% pour les joueurs excessifs contre 91,3% des joueurs sans risque). En revanche, les montants misés augmentent fortement avec le niveau de risque, la part de joueurs misant plus de 1 500 euros par an concernant 3,3% des joueurs sans risque, 10,1% des joueurs à risque faible, 23,1% des joueurs à risque modéré et près de la moitié des joueurs excessifs. Par ailleurs, il s'avère que le nombre moyen de jeux pratiqués augmente également avec le niveau de risque, de 2 jeux en moyenne pour les joueurs sans risque à 3,5 jeux pour les joueurs excessifs, ainsi que la pratique cumulée sur l'année (tableau 8).

**TABLEAU 8 : Fréquence de jeux, montants joués et nombre de jeux pratiqués selon le niveau de risque<sup>63</sup>**

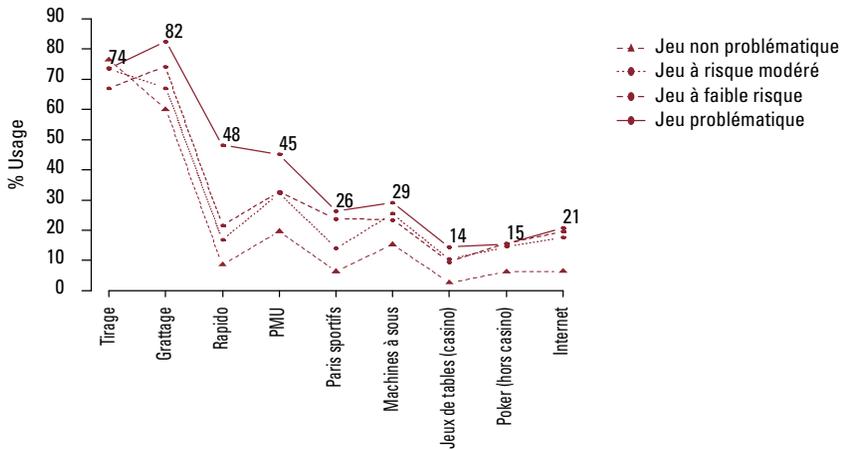
	Joueurs actifs sans risque	Joueurs à risque faible	Joueurs à risque modéré	Joueurs excessifs
<b>Effectifs</b>	<b>2 204</b>	<b>308</b>	<b>187</b>	<b>79</b>
<b>Fréquence de jeu (%)</b>				
Moins d'une fois par mois	2,8	4,1	4,7	7,0
Mensuelle	6,0	11,9	11,2	15,1
Hebdomadaire	91,3	84,0	84,0	77,8
<b>Montants joués (%)</b>				
Moins de 500 euros	68,1	48,3	30,3	15,2
500-999 euros	24,3	32,8	36,0	20,7
1 000-1 499 euros	4,0	8,6	10,4	13,4
1 500 euros et +	3,3	10,1	23,1	48,0
NSP/refus	0,4	0,2	0,2	2,7
Nombre de jeux pratiqués (moyenne)	2,0	2,7	2,8	3,5
Nombre de pratiques/an (moyenne)	96,6	177,8	211,9	378,3
Nombre de pratiques/an (médiane)	57,0	108,0	159,0	272,0

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

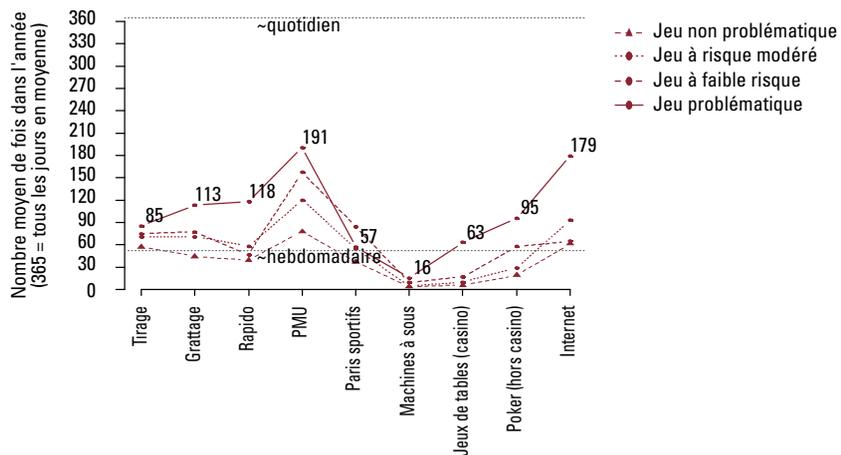
63 Les fréquences supérieures à 365 fois par an ont été recodées à 365.

**FIGURE 2 : Prévalence par type de jeu et fréquence de jeu parmi les joueurs, selon le niveau de risque**

**Part de joueurs aux différents jeux, selon le niveau de risque**



**Fréquence de jeux parmi les joueurs, selon le niveau de risque**



Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Parmi l'ensemble des joueurs « actifs », les deux types de jeux majoritairement pratiqués sont les jeux de tirage (75,2%) et les jeux de grattage (62,7%). Viennent ensuite le PMU, pratiqué par un quart des joueurs (23,1%), et les machines à sous dans les casinos par un sixième des joueurs (17,6%), les autres types de jeux étant pratiqués par environ une personne sur dix, excepté les jeux de table dans les casinos qui se révèlent plus rarement pratiqués (4,5%).

Selon les jeux, la pratique diffère avec le niveau de risque des joueurs, avec des gradients plus ou moins prononcés (figure 2). Si les jeux de tirage sont pratiqués à la même fréquence par tous les types de joueurs, certains jeux se révèlent sensiblement plus pratiqués par les joueurs à risque. Un gradient s'observe entre pratique et niveau de risque pour le Rapido, le PMU et les paris sportifs, c'est-à-dire que la part de personnes y jouant est d'autant plus importante que le risque de développer des problèmes de jeu est élevé : 8,6% des joueurs actifs sans problème jouent au Rapido, 16,8% des joueurs à risque faible, 21,6% de ceux à risque modéré et 48,2% des joueurs excessifs (tableau 9). En ce qui concerne les machines à sous, les jeux de table dans les casinos, le poker et les jeux en ligne, la pratique est plus fréquente parmi l'ensemble des joueurs à risque, quel que soit son niveau et sans observer de forts différentiels entre eux.

Les jeux présentant les ratios fréquence pour les joueurs excessifs/fréquence pour les joueurs actifs non problématiques les plus élevés sont le Rapido (5,6) et les jeux de table dans les casinos (5,4), devant les paris sportifs (4,2).

**TABLEAU 9 : Part de personnes jouant aux différents jeux, selon le niveau de risque**

	Joueurs actifs sans problème	Faible risque	Risque modéré	Excessif	Ensemble	Rapport excessif/sans problème
Part de joueurs	%	%	%	%	%	
Tirage	76,3	73,4	67,0	73,6	<b>75,2</b>	1,0
Grattage	60,0	67,1	74,2	82,4	<b>62,7</b>	1,4
Rapido	8,6	16,8	21,6	48,2	<b>12,0</b>	5,6
PMU	19,6	32,2	32,7	45,1	<b>23,1</b>	2,3
Paris sportifs	6,3	14,0	23,8	26,3	<b>9,3</b>	4,2
Machines à sous	15,2	25,4	23,4	29,2	<b>17,6</b>	1,9
Jeux de table dans les casinos	2,7	10,4	9,5	14,4	<b>4,5</b>	5,4
Poker	6,3	14,5	15,6	15,4	<b>8,3</b>	2,5
Internet	6,4	17,5	19,6	20,8	<b>9,3</b>	3,3

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Au-delà de la proportion de joueurs s'y adonnant, les jeux se différencient également par la fréquence de leur pratique. Parmi les joueurs « actifs », le jeu pratiqué avec le plus d'assiduité est le PMU, puisque ses adeptes y jouent en moyenne 2 fois par semaine (101 fois/an), suivi des jeux en ligne (79 fois/an). Les jeux de tirage, de grattage, le Rapido et les paris sportifs sont pratiqués en moyenne une fois par semaine, le poker 32 fois par an, les jeux de casino (jeux de table et machines à sous) étant pratiqués à une fréquence de l'ordre de 10 fois par an.

À nouveau, les pratiques sont très différentes selon le niveau de risque des joueurs. Les plus fortes disparités s'observent dans la pratique des jeux de table dans les casinos, du poker, des machines à sous, finalement assez peu fréquemment pratiqués par les joueurs sans problèmes. Le PMU semble joué à un rythme d'autant plus fréquent que le niveau de risque est élevé (de 78 fois/an parmi les joueurs de PMU sans problèmes à 191 fois/an parmi les joueurs excessifs). Il est à tous les niveaux de risque le jeu pratiqué le plus intensément (tableau 10). Les paris sportifs sont pour leur part pratiqués environ une fois par semaine par tous les joueurs. Enfin, certains jeux semblent être pratiqués de façon particulièrement intense par les joueurs excessifs : les jeux en ligne (179 fois/an), le Rapido (118 fois/an), les jeux de grattage (113 fois/an). Les jeux présentant les ratios « moyenne de fois jouées pour les joueurs excessifs/moyenne de fois jouées pour les joueurs actifs non problématiques » les plus élevés sont les jeux de table dans les casinos (11,3), le poker (5,0) et les machines à sous (4,5).

**TABLEAU 10 : Nombre moyen de fois jouées par type de jeu parmi ceux qui les pratiquent, selon le niveau de risque**

	Joueurs actifs sans problème	Faible risque	Risque modéré	Excessif	Ensemble	Rapport excessif/sans problème
<b>Moyenne de fois jouées/an</b>						
Tirage	57	71	75	85	<b>61</b>	1,5
Grattage	44	71	77	113	<b>54</b>	2,5
Rapido	39	58	47	118	<b>55</b>	3,0
PMU	78	120	157	191	<b>101</b>	2,5
Paris sportifs	37	55	84	57	<b>51</b>	1,5
Machines à sous	3	4	9	16	<b>5</b>	4,5
Jeux de table dans les casinos	6	10	17	63	<b>15</b>	11,3
Poker	19	29	57	95	<b>32</b>	5,0
Internet	61	93	65	179	<b>79</b>	2,9

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

Les différents jeux semblent correspondre à des personnes aux caractéristiques socio-économiques particulières (tableau 11). Certains jeux apparaissent presque exclusivement pratiqués par les hommes (9 sur 10), comme les paris sportifs, les jeux de table dans les casinos et le poker. Le Rapido, le PMU et les jeux en ligne sont pratiqués par 80% d'hommes, tandis que les machines à sous, les jeux de grattage et de tirage apparaissent les plus mixtes, avec environ 60% d'hommes. Par ailleurs, les jeux de table dans les casinos, le poker, les paris sportifs et les jeux en ligne semblent correspondre à un public plus jeune et plus diplômé. Le PMU se distingue par un âge moyen de ses adeptes plus élevé (48,8 ans), une forte proportion de peu diplômés (80%). Enfin, les joueurs de Rapido apparaissent peu diplômés, mais également plus souvent au chômage ou inactifs (23%) et

disposant de faibles revenus (28 %). Des résultats similaires s'observent en étudiant les caractéristiques des joueurs à risque. Notons que les joueurs de machines à sous se distinguent par la part la plus faible de personnes au chômage, inactives ou disposant de faibles revenus.

**TABLEAU 11 : Caractéristiques socio-économiques des joueurs actifs, selon les différents types de jeux**

	Ensemble des joueurs actifs				
	% Hommes	Âge moyen	% Diplôme < bac	% Chômage/ inactif	% 1 <sup>er</sup> quintile
Tirage	61,8	46,4	71,0	15,6	18,4
Grattage	57,4	44,8	75,4	18,6	24,7
Rapido	80,7	40,9	80,5	23,4	28,1
PMU	84,5	48,8	80,0	15,1	24,0
Paris sportifs	94,6	35,6	63,9	17,3	20,0
Machines à sous	64,4	43,4	68,1	12,7	12,8
Jeux de table dans les casinos	90,0	33,2	50,9	16,2	18,7
Poker	89,3	31,4	57,0	17,7	19,6
Internet	82,0	38,2	57,5	13,9	16,1
<b>Ensemble</b>	<b>62,9</b>	<b>46,9</b>	<b>73,5</b>	<b>16,3</b>	<b>21,1</b>

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

## COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU JEU À RISQUE

L'étude des comorbidités associées au jeu à risque a été réalisée selon trois dimensions : les autres addictions (tabac, alcool, cannabis, autres drogues illicites), la santé mentale et l'isolement social, mesuré par le score social de l'échelle de Duke (Parkerson *et al.* 1990), et certains facteurs de vulnérabilité tels que le fait d'avoir connu des événements graves avant 18 ans, d'avoir été victime de violence sexuelle au cours de la vie ou encore de connaître une situation financière difficile (tableau 12).

Si le lien entre la pratique excessive du jeu, d'une part, le tabac et surtout la consommation à risque d'alcool, évaluée par le test Audit (Saunders *et al.* 1993), d'autre part, apparaît très fort, celui avec les usages de drogues illicites est moindre : seuls les usagers de cannabis dans l'année ont une probabilité plus élevée d'être à risque modéré, relation qui n'est pas significative concernant le jeu excessif. Ce lien est pourtant assez documenté dans la littérature internationale et correspond à des situations cliniques fréquemment rencontrées (Valleur et Bucher 2006).

**TABLEAU 12 : Modèles multinomiaux, relativement aux non-joueurs et joueurs sans risque, parmi les 15-75 ans.**

Variables	Risque faible		Risque modéré		Jeu excessif	
	ORa	IC	ORa	IC	ORa	IC
#----- Autres addictions -----#						
<b>Statut tabagique</b>						
Non fumeur (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Fumeur occasionnel	1,5	[0,9-2,5]	0,3	[0,1-1,2]	1,0	[0,2-4,4]
Fumeur quotidien	1,2	[0,8-1,8]	0,9	[0,5-1,7]	1,2	[0,5-3,0]
Fumeur dix cigarettes ou plus par jour	<b>1,4</b>	<b>[1,1-1,9]</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,6-3,1]</b>	<b>3,2</b>	<b>[1,9-5,4]</b>
<b>Risque alcool selon l'Audit</b>						
Sans problème (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Consommation à risque	<b>1,7</b>	<b>[1,3-2,3]</b>	<b>2,0</b>	<b>[1,4-2,8]</b>	<b>1,9</b>	<b>[1,0-3,6]</b>
Risque de dépendance à l'alcool	<b>2,3</b>	<b>[1,4-3,6]</b>	<b>3,3</b>	<b>[2,0-5,4]</b>	<b>7,4</b>	<b>[4,1-13,5]</b>
<b>Cannabis au cours de l'année</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	1,0	[0,6-1,5]	<b>2,0</b>	<b>[1,3-3,1]</b>	1,8	[0,9-3,4]
<b>Autre drogue au cours de l'année</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	1,4	[0,7-2,9]	1,8	[0,8-3,7]	0,8	[0,2-3,5]
#----- Santé mentale -----#						
<b>Détresse psychologique</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	<b>1,4</b>	<b>[1,0-1,9]</b>	<b>2,1</b>	<b>[1,5-3,1]</b>	<b>6,5</b>	<b>[4,0-10,5]</b>
<b>Score social (Duke)</b>						
Faible	<b>1,4</b>	<b>[1,1-1,8]</b>	<b>1,3</b>	<b>[1,0-1,8]</b>	<b>2,5</b>	<b>[1,5-4,3]</b>
Moyen (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Élevé	1,0	[0,7-1,4]	0,7	[0,4-1,2]	0,8	[0,3-2,2]
<b>Pensées suicidaires</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	0,9	[0,5-1,6]	<b>2,7</b>	<b>[1,7-4,4]</b>	<b>4,9</b>	<b>[2,8-8,7]</b>
<b>Tentative de suicide au cours de la vie</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	1,3	[0,8-1,9]	<b>2,1</b>	<b>[1,3-3,3]</b>	<b>2,6</b>	<b>[1,4-4,9]</b>
#----- Autres facteurs de vulnérabilités -----#						
<b>Événements graves &lt;18 ans</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	1,4	[1,1-1,7]	1,2	[0,9-1,6]	<b>2,2</b>	<b>[1,3-3,6]</b>
<b>Violences sexuelles vie</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	<b>1,6</b>	<b>[1,1-2,3]</b>	<b>1,9</b>	<b>[1,2-3,1]</b>	<b>3,2</b>	<b>[1,8-5,7]</b>
<b>Situation financière jugée « difficile »</b>						
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Oui	1,4	[1,0-1,9]	<b>2,1</b>	<b>[1,5-3,0]</b>	<b>3,4</b>	<b>[2,0-5,6]</b>

Régressions multinomiales (1 régression par variable introduite ; chaque modalité est comparée à la population sans risque), ajustées sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenus, la situation professionnelle, le fait de vivre seul, la PCS et la taille d'agglomération.

Grille de lecture : relativement à la population sans risque, les dépendants à l'alcool ont 2,3 plus de chances d'être joueurs à risque faible, 3,3 d'être joueurs à risque modéré et 7,4 d'être joueurs excessifs.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.



## DISCUSSION

### PROPORTION DE JOUEURS DANS LA POPULATION

Une partie importante de la population française joue au moins occasionnellement aux jeux de hasard et d'argent. Près de la moitié de la population a ainsi joué au moins une fois au cours des douze derniers mois. Selon l'ICJE, une minorité de ces personnes présente des comportements de jeu à risque : 1,4% ont une pratique à risque faible, 0,9% à risque modéré et 0,4% sont identifiées comme joueurs excessifs.

La diversité des tests de repérage du jeu problématique utilisés selon les pays rend délicates les comparaisons internationales, le niveau de prévalence dépendant largement de l'outil utilisé, mais aussi de la méthodologie d'enquête mise en œuvre (Sassen *et al.* 2011). Globalement, il apparaît que les prévalences calculées en faisant appel au South Oaks Gambling Screen (SOGS) sont supérieures à celles établies grâce au DSM-IV, l'ICJE donnant des prévalences intermédiaires. Au début des années 2000, ces écarts ont pu être documentés par des enquêtes utilisant de façon simultanée plusieurs outils de repérage auprès d'échantillons issus de mêmes populations et ont été discutés dans la littérature internationale (Ladouceur *et al.* 2005). Une méta-analyse sur les études menées entre 2000 et 2005 a toutefois montré des valeurs relativement proches entre SOGS, DSM-IV et ICJE (Stucki et Rihs-Middel 2007).

Une étude récente a proposé de standardiser les prévalences de jeu problématique mesurées dans les différents pays, entre 1975 et 2012, tenant compte de la diversité des méthodes d'enquête et des outils utilisés, afin de faciliter leur comparaison (Williams *et al.* 2012). Le taux standardisé de prévalence de jeu problématique varie ainsi de 0,5% (Danemark 2005) à 7,6% (Hong Kong 2011), avec un taux moyen estimé à 2,3% de la population générale. Les prévalences les plus faibles sont observées en Europe, des taux intermédiaires étant mesurés en Amérique du Nord et en Australie et les plus élevés en Asie.

Avec une prévalence totale de 1,3% pour le jeu problématique (0,4% pour le jeu pathologique et 0,9% pour le jeu à risque modéré), la France se classe à un niveau relativement bas par rapport aux autres pays ayant mené ce type d'enquête. Elle se trouve ainsi loin derrière l'Estonie (6,5%), les États-Unis ou l'Australie (autour de 5%) mais également en retrait par rapport au Canada, la Belgique, la Hongrie et la Grande-Bretagne qui se situent plutôt aux alentours de 2% (Kun *et al.* 2012). En revanche, le niveau de jeu problématique n'atteint que 0,5% de la population en Allemagne ou en Norvège.

Le tableau 13 permet de comparer les résultats du Baromètre santé à ceux issus de deux enquêtes menées au Canada et au Royaume-Uni en 2010 et ayant également utilisé l'ICJE pour mesurer les problèmes de jeu. Il ressort que les Français sont, d'une part, nettement moins concernés par la pratique des jeux d'argent en général, d'autre part, moins nombreux à présenter des pratiques de jeu à risque de développer des problèmes, même si, pour l'enquête au Royaume-Uni, l'influence du mode de collecte (enquête ménage à domicile par CAPI) ne peut être écartée.

**TABLEAU 13 : Part de joueurs dans l'année et de joueurs à risque, selon l'ICJE, obtenus dans trois enquêtes en France, au Royaume-Uni et au Canada.**

	France 2010	Royaume-Uni 2010	Canada 2009
Taille de l'échantillon	25 888	7 756	11 888
Population	15-75 ans	16 ans et +	18 ans et +
Part de joueurs dans l'année	46 %	73 %	70 %
Score ICJE 1-2	1,4	5,5	2,4
Score ICJE 3-7	0,9	1,8	1,3
Score ICJE >7	0,4	0,7	0,7

Sources : Baromètre santé 2010, ENHJEU 2009 (Kairouz et al. 2010), British Gambling Prevalence Survey 2010 (Wardle et al. 2011).

## FACTEURS ASSOCIÉS

Si les enquêtes en population générale sont nécessaires pour mesurer l'ampleur du jeu problématique, l'étude des facteurs associés, en termes de profils socio-économiques ou d'habitudes de vie, permet par ailleurs d'identifier les groupes les plus vulnérables (Järvinen-Tassopoulos 2010). Les résultats de cette étude mettent en évidence des profils qui diffèrent selon la pratique de jeu : les hommes, les 25-54 ans, les actifs occupés sont les plus nombreux à avoir joué dans l'année, à l'inverse des personnes disposant des revenus les plus faibles. En revanche, l'étude du profil des joueurs à risque de développer des problèmes avec le jeu souligne l'influence du jeune âge (moins de 34 ans), d'un faible niveau de revenus et d'un lieu de vie urbain. Parmi les joueurs excessifs, la moitié disposent des plus faibles revenus (1<sup>er</sup> quintile), 43 % sont au chômage ou inactifs, plus d'un quart vivent seuls et la moitié sont ouvriers.

De telles différences entre les caractéristiques des « joueurs » et des « joueurs problématiques » ont également été mises en évidence dans d'autres pays. Au Canada, la participation aux jeux de hasard et d'argent est plus élevée parmi les hommes, les personnes âgées de 45-54 ans, vivant en union libre, celles qui travaillent à temps plein, avec un niveau de diplôme et de revenus supérieur à la moyenne. Les joueurs à risque de développer des problèmes avec le jeu sont

en revanche généralement des hommes, âgés de 25-34 ans, séparés, disposant d'un faible niveau de scolarité et rapportant un faible niveau de revenus (Kairouz *et al.* 2010). De même, au Royaume-Uni, alors que la pratique du jeu est la plus élevée parmi les 44-64 ans et les personnes travaillant, le jeu à risque concerne plus souvent les plus jeunes et les personnes au chômage ou inactives (Wardle *et al.* 2011).

Les résultats français concernant les joueurs problématiques se révèlent cohérents avec les données de la littérature internationale. Les facteurs de vulnérabilité sont du même ordre que ceux retrouvés à propos de l'ensemble des conduites addictives, en particulier les addictions à des substances psychoactives. Pour l'ensemble de ces associations, l'intensité du lien augmente avec le niveau de risque dans la pratique du jeu, les personnes les plus concernées étant les hommes, jeunes, sans emploi, à faible revenus et célibataires (Abbott *et al.* 2013, INSERM 2008, Ladouceur *et al.* 2004, Welte *et al.* 2004).

À l'exception du lien avec les consommations de cannabis et des autres drogues illicites, les résultats de cette étude confirment les facteurs de vulnérabilité et certaines comorbidités : tabagisme, consommation d'alcool à risque, détresse psychologique, pensées suicidaires, isolement social, mais aussi le fait d'avoir connu un événement grave avant ses 18 ans, d'avoir été victime de violence sexuelle, d'estimer vivre dans une situation financière difficile.

L'association entre le jeu pathologique et les troubles liés aux substances a été fréquemment évoquée dans la littérature (Griffiths et Sutherland 1998, Ladouceur *et al.* 1994, Lynch *et al.* 2004, Yarko *et al.* 2002), dans la population générale (Cunningham-Williams *et al.* 1998, Welte *et al.* 2001, Welte *et al.* 2004) et en milieux cliniques (Bland *et al.* 1993, Crockford et El-Guebaly 1998). L'enquête NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) aux États-Unis a par exemple révélé que la prévalence du jeu pathologique est six fois plus élevée chez les personnes qui présentent un trouble de dépendance à l'alcool et quatre fois plus élevée chez les personnes présentant un trouble de dépendance aux substances (Blanco *et al.* 2006, Petry *et al.* 2005). Selon des études récentes, il existe une comorbidité entre le jeu pathologique et la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites (Kairouz *et al.* 2010, Lorains *et al.* 2011), ainsi qu'avec certains troubles psychiatriques (troubles de la personnalité, dépression, pensées suicidaires...) (Cunningham-Williams *et al.* 1998, Gill *et al.* 2006, INSERM 2008, Lorains *et al.* 2011, Romo *et al.* 2011).

## PRATIQUES DES DIFFÉRENTS TYPES DE JEUX

L'étude des pratiques par types de jeux met en évidence de très fortes disparités, en termes de popularité, de fréquence de jeu, de profils des joueurs s'y adonnant. En particulier, les jeux de tirage et de grattage se distinguent nettement par la proportion de joueurs dans l'année, respectivement 75 % et 63 %, très loin devant le PMU (23 %), les machines à sous (17 %), le Rapido (12 %) et les autres types de jeux pratiqués par moins d'une personne sur dix. En termes de fréquences de jeu, le PMU se révèle le jeu pratiqué avec le plus de régularité par ses adeptes, avec une fréquence moyenne de 101 fois par an. Par ailleurs, certains types de jeux semblent plus souvent pratiqués par les joueurs à risque, comme le Rapido, le PMU et les paris sportifs, ou par certains profils socio-économiques. Les jeux de table dans les casinos, le poker, les paris sportifs et les jeux en ligne semblent correspondre à un public plus jeune et plus diplômé que celui des autres jeux. Nos données ne permettent toutefois pas de déterminer un lien de causalité entre jeu pratiqué et niveau de risque, en particulier du fait du caractère « multijeu » qui augmente avec le risque, et malgré l'existence de certaines propriétés addictogènes comme un délai réduit entre mise et gain attendu ou la pratique potentiellement très répétée du jeu (INSERM 2008).

## CONCLUSION

Dans ce contexte, le développement des jeux d'argent et de hasard sur Internet soulève certaines inquiétudes. Les jeux en ligne auraient notamment tendance à susciter une dépendance accrue et donc davantage d'effets délétères. Ils répondent en effet aux critères de disponibilité, d'accessibilité, et sont donc plus susceptibles de favoriser des visites fréquentes que dans les établissements en dur. Une étude récente a montré que les personnes jouant en ligne connaissent plus souvent des problèmes de dépendance que celles qui jouent « dans la vraie vie », avec des comorbidités plus importantes (Kairouz *et al.* 2012). Le Baromètre santé 2010 ayant eu lieu juste avant l'ouverture du marché des jeux en ligne le 12 mai 2010, la pratique des jeux d'argent en ligne n'est déclarée que par 9 % des joueurs actifs dont moins de 5 % déclarent une « consommation » hebdomadaire. Toutefois, en 2012, l'offre légale de jeu sur Internet a généré 2,2 millions de comptes joueurs actifs (ARJEL 2013), et, selon l'enquête e-ENHJEU menée en 2012 par l'OFDT et l'Observatoire des Jeux, 10,4 % des personnes ayant joué à un jeu de hasard et d'argent en ligne peuvent être classées comme joueurs à risque modéré, et 6,6 % comme joueurs excessifs (Tovar *et al.* 2013). Afin d'évaluer plus précisément l'impact de l'ouverture des jeux en ligne survenue en 2010 en termes de pratique, éventuellement à risque, l'INPES a mené, en partenariat avec l'Observatoire des jeux, une nouvelle enquête en 2014.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abbott M. W., Romild U., Volberg R. A., « Gambling and problem gambling in Sweden: changes between 1998 and 2009 », *J Gambl Stud*, 2013, 15 p.
- Achour-Gaillard A., « Les joueurs dépendants : Une population méconnue en France », Rapport du CREDOC n° 134, 1993, p. 49.
- APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>e</sup> éd. (DSM-IV), Washington, DC, Paris, traduction française par Guelfi et coll., 1994.
- ARJEL, Rapport d'activité 2012, 2013, 48 p.
- Besson D., *En 25 ans, les Français ont doublé leur mise*, INSEE, 2005, 4 p.
- Blanco C., Hasin D. S., Petry N., Stinson F. S., Grant B. F., « Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Psychol Med*, n° 36, 2006, p. 943-53.
- Bland R. C., Newman S. C., Orn H., Stebelsky G., « Epidemiology of pathological gambling in Edmonton », *Can J Psychiatry*, n° 38, 1993, p. 108-12.
- Commission européenne, *Livre vert sur les jeux d'argent et de hasard en ligne dans le marché intérieur*, Bruxelles, 2011, 40 p.
- Costes J. M., Pousset M., Eroukmanoff V., Le Nézet O., Richard J. B., Guignard R., Beck F., Arwidson P., « Les Niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 », *Tendances*, 2011, 8 p.
- Crockford D. N., El-Guebaly N., « Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review », *Can J Psychiatry*, n° 43, 1998, p. 43-50.
- Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M., Spitznagel E. L., « Taking chances : problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. », *Am J Public Health*, n° 88, 1998, p. 1093-1096.
- Ferris J., Wynne H., *Rapport sur l'indice canadien du jeu excessif*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2001.
- Gill T., Dal Grande E., Taylor A. W., « Factors associated with gamblers: a population-based cross-sectional study of South Australian adults », *J Gambl Stud*, n° 22, 2006, p. 143-64.
- Goodman A., « Addiction : definition and implications », *British Journal of Addiction*, n° 85, 1990, p. 1403-1408.
- Griffiths M., Sutherland I., « Adolescent gambling and drug use », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, n° 8, 1998, p. 423-427.
- INSERM, *Jeux de hasard et d'argent, contextes et addictions*, Paris, INSERM, 2008, 480 p.
- Järvinen-Tassopoulos J., « Les jeux d'argent : un nouvel enjeu social ? », *Pensée plurielle*, n° 23, 2010, p. 65-76.
- Kairouz S., Nadeau L., Paradis C., *Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, Montréal, Canada, Université de Concordia, 2010.
- Kairouz S., Paradis C., Nadeau L., « Are online gamblers more at risk than offline gamblers? », *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, n° 15, 2012, p. 175-180.
- Kun B., Balazs H., Arnold P., Paksi B., Demetrovics Z., « Gambling in Western and Eastern Europe: the example of Hungary », *J Gambl Stud*, n° 28, 2012, p. 27-46.
- Ladouceur R., Dube D., Bujold A., « Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area », *Can J Psychiatry*, n° 39, 1994, p. 289-93.
- Ladouceur R., Jacques C., Chevalier S., Sévigny S., Hamel D., « Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002 », *Can J Psychiatry*, n° 50, 2005, p. 451-6.
- Ladouceur R., Jacques C., Chevalier S., Sévigny S., Hamel D., Allard D., *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec, université Laval, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2004.
- Lejoyeux M., Romo L., Koskas N., Angel P., Ades J., « Étude du jeu et des achats pathologiques dans une population d'étudiants », *Alcoologie et addictologie*, n° 24, 2002, p. 235-241.
- Lesieur H. R., Blume S. B., « The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers », *Am J Psychiatry*, n° 144, 1987, p. 1184-8.

- Lorains F. K., Cowlshaw S., Thomas S. A., « Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys », *Addiction*, n° 106, 2011, p. 490-498.
- Lynch W. J., Maciejewski P. K., Potenza M. N., « Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset », *Arch Gen Psychiatry*, n° 61, 2004, p. 1116-22.
- OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 399 p.
- Parkerson G. R., Broadhead W. E., Tse C. K., « The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction », *Medical Care*, n° 28, 1990, p. 1056-1072.
- Petry N. M., Stinson F. S., Grant B. F., « Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *J Clin Psychiatry*, n° 66, 2005, p. 564-74.
- Romo L., Legauffre C., Genolini C., Lucas C., Morvannou A., Lerfel Y., Adès J., « Prévalence du jeu pathologique en Île-de-France. Étude préliminaire », *L'Encéphale*, n° 37, 2011, p. 278-283.
- Sassen M., Kraus L., Bühringer G., « Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts ? », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, n° 20, 2011, p. e83-e99.
- Saunders J. B., Aasland O. G., T. F. B., De La Fuente J. R., Grant M., « Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II », *Addiction*, n° 88, 1993, p. 791-804.
- Stucki S., Rihs-Middel M., « Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005 : an update », *J Gambl Stud*, n° 23, 2007, p. 245-57.
- Tovar M.-L., Costes J. M., Eroukmanoff V., *Les Jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012*, OFDT, 2013, 6 p.
- Trucy F., *Rapport d'information sur l'évolution des jeux d'argent et de hasard*, Sénat, 2006, 362 p.
- Valleur M., Bucher C., *Le Jeu pathologique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1997, 128 p.
- Valleur M., Bucher C., *Le Jeu pathologique*, Armand Colin, 2006, 127 p.
- Valleur M., Velea D., « Les addictions sans drogue(s) », *Toxibase*, n° 6, 2002, p. 1-13.
- Venisse J. L., *Rapport pour la MILDT concernant le problème des addictions aux jeux*, Paris, MILDT, 2007, 143 p.
- Wardle H., Moody A., Spence S., Orford J., Volberg R., Jotangia D., Griffiths M., Hussey D., Dobble F., *British Gambling Prevalence Survey 2010*, Londres, National Center for Social Research / NHS, 2011.
- Welte J., Barnes G., Wiczorek W., Tidwell M. C., Parker J., « Alcohol and gambling pathology among U. S. adults : prevalence, demographic patterns and comorbidity », *J Stud Alcohol*, n° 62, 2001, p. 706-12.
- Welte J. W., Barnes G. M., Wiczorek W. F., Tidwell M. C., Parker J. C., « Risk factors for pathological gambling », *Addict Behav*, n° 29, 2004, p. 323-35.
- Williams R. J., Volberg R. A., Stevens R. M., *The population prevalence of problem gambling : Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*, Ontario Problem Gambling Research Centre, 2012.
- Yarko N., Gabriel I., Husson M., Sintès J., Benard J.-Y., « Alcoolodépendance et jeu pathologique », *Alcoologie et addictologie*, n° 24, 2002, p. 225-233.



# Postface

Je le répète à l'envi lorsque l'occasion m'est offerte : pour lutter efficacement contre les conduites addictives, il faut avant toute chose savoir ce dont on parle. La question des addictions est polémique et passionnelle. Elle est imprégnée par les représentations collectives comme par l'expérience individuelle. L'ambition du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 repose sur la volonté ferme de dépasser les postures idéologiques et l'émotion pour proposer une réponse sanitaire, sociale et judiciaire définie au plus près des enjeux inhérents aux consommations de drogues. Pour y parvenir, nous avons mobilisé toutes les connaissances scientifiques disponibles. Les données issues du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), aujourd'hui analysées dans cet ouvrage sur les addictions, ont constitué un outil précieux, et ce à chaque étape de la définition du plan gouvernemental.

L'exploitation des données d'observation et des travaux de recherche pluridisciplinaire, des neurosciences aux sciences humaines, a en effet nourri la réflexion interministérielle et permis de dépassionner le débat pour aboutir à des prises de position éclairées.

Féminisation des consommations de tabac et d'alcool, progression des alcoolisations ponctuelles importantes des jeunes, développement de la polyconsommation de substances psychoactives : en mettant en exergue les évolutions des comportements de consommation des Français, le Baromètre santé a d'une certaine manière contribué à façonner les orientations de la stratégie du gouvernement.

Ce plan gouvernemental est désormais la feuille de route de l'ensemble des acteurs investis, à différents niveaux, dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives, pour les quatre années à venir. Il repose sur une approche intégrée de la politique publique. Cela signifie que le respect de la loi et la promotion de la santé se complètent pour bâtir une approche globale de prévention. Cela signifie également que les objectifs de santé et de tranquillité publiques sont complémentaires et qu'il est vain de les opposer.

**Il fixe trois priorités :**

**Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.**

L'effort de recherche et le partage des connaissances sont indispensables à la bonne adéquation de la réponse apportée aux comportements addictifs, en

mutation constante et rapide. Adossée à des données scientifiquement validées, la réponse est non seulement plus efficace mais également plus légitime.

**Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.**

Il ne peut y avoir de politique publique efficace sans priorités clairement définies. Ce plan fait le pari d'un effort orienté vers les populations qui, pour des raisons sanitaires ou sociales, sont plus exposées aux risques et aux dommages associés aux consommations de substances psychoactives.

**Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique** en luttant contre le trafic et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Son déploiement s'appuie sur un vaste plan de sensibilisation et de formation des professionnels confrontés aux conduites addictives. Professionnels de l'enfance, de l'éducation, de la santé, du social, des forces de sécurité ou de la justice, tous sont appelés à intervenir, parfois ensemble, auprès d'un public en difficulté, souvent en souffrance. Aussi le développement d'un socle commun de connaissances sur les problématiques des conduites addictives constitue-t-il un gage essentiel d'efficacité, à tous niveaux d'intervention.

Parce qu'il nous faut viser la prise de conscience et la responsabilisation individuelles et collectives face aux dangers que représentent les consommations de drogues, cette analyse fine des données relatives aux addictions du Baromètre santé a désormais toute vocation à accompagner la déclinaison opérationnelle de la stratégie du gouvernement.

A ce titre, je veillerai à en faciliter la diffusion et à en promouvoir la lecture.

Danièle Jourdain Menninger,  
*Présidente de la mission interministérielle de lutte  
contre les drogues et les conduites addictives.*

Les usages de substances psychoactives et les pratiques addictives sont au cœur des enjeux de santé publique actuels, comptant parmi les comportements qui ont un impact important sur la morbidité et la mortalité des populations. Sur ces questions, il apparaît crucial que la décision puisse s'appuyer sur des faits scientifiques et des données représentatives de l'ensemble de la population. Cet ouvrage s'articule autour d'une analyse approfondie des résultats du Baromètre santé, enquête en population générale mise en œuvre par l'Inpes depuis le début des années 1990 et dont la dernière édition a eu lieu en 2010, sur les usages d'alcool, de tabac, de drogues illicites, de médicaments psychotropes, la polyconsommation ainsi que sur les jeux de hasard et d'argent. L'échantillon de grande taille (plus de 27 000 personnes) offre une grande précision dans l'observation et le suivi des évolutions, et autorise une certaine finesse dans les analyses, permettant notamment de bien distinguer les comportements qui relèvent de l'expérimentation et de l'usage occasionnel de ceux, plus rares, qui présentent un risque sanitaire ou social, à court ou à long terme. Cette puissance statistique permet également d'assurer le suivi des évolutions par situations professionnelles, économiques, sociales ou démographiques, angles d'analyse très utiles dans la mesure des tendances en matière d'inégalités de santé. Cet ouvrage s'adresse à toutes celles et ceux, citoyens, acteurs politiques, associations, chercheurs... qui veulent mieux connaître et mieux comprendre la réalité des pratiques addictives en France.



Diffusion  
Direction de l'information  
légale et administrative

La documentation Française  
Tél. : 01 40 15 70 10  
[www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)  
Imprimé en France  
DF : 5HC37350  
ISBN : 978-2-11-009734-7  
Prix : 18 €