

*Drogues
et
dépendances*

*Indicateurs
et tendances
2002*

Avant-propos

Développer les connaissances sur les drogues et les comportements d'addiction, et plus encore, les mettre à disposition du public, constituent un des axes clés du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté par le gouvernement en juin 1999.

À cet égard, la préoccupation des pouvoirs publics n'est pas seulement de fonder des politiques sur des données scientifiquement validées, elle est aussi de faire en sorte que ces données soient partagées par tous. Il n'y a pas d'autres voies si l'on veut, d'un côté, nourrir un véritable débat public sur la question des drogues, affranchi de tout a priori idéologique et, de l'autre, faire adhérer l'opinion publique à la politique conduite qui vise de manière pragmatique à réduire les risques humains, sanitaires et sociaux de l'usage des drogues.

Dans cette perspective, la MILDT a essayé de promouvoir une politique active de synthèse et de diffusion des données et des connaissances disponibles auprès des professionnels spécialisés ou non mais aussi du grand public : commandes à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) d'expertises collectives (bilans de connaissances) sur des questions controversées (effets sur la santé de la consommation de produits comme le cannabis ou l'alcool ; installation de la dépendance au tabac) ; diffusion de brochures d'information pour le grand public (comme le livre Drogues : savoir plus, risquer moins diffusé à plus de cinq millions d'exemplaires) ; campagnes nationales d'information dans la presse écrite et audiovisuelle.

La diffusion des travaux conduits par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies sur les différents aspects de la consommation de produits psychoactifs et leurs conséquences obéit aux mêmes objectifs : savoir qui consomme quoi et en suivre l'évolution au cours du temps, disposer d'indicateurs pertinents sur les conséquences mesurables de la consommation des divers produits, connaître l'activité des services chargés de réprimer ou de prendre en charge ; voilà des connaissances descriptives précieuses aussi bien pour les responsables publics que pour l'ensemble des personnes concernées ou simplement intéressées.

Aussi suis-je particulièrement heureuse de saluer cette quatrième édition de Indicateurs et tendances de l'OFDT. Au passage, il me semble essentiel de rappeler que l'autonomie scientifique dont dispose l'Observatoire dans ses activités d'observation statistique et épidémiologique constitue le meilleur gage de l'impartialité et de la qualité de ses travaux. Cette autonomie ne peut que conforter l'OFDT dans son statut de lieu de référence et d'expertise incontournable pour le suivi et l'analyse de la consommation de l'ensemble des substances psychoactives : drogues illicites mais aussi alcool, tabac et médicaments psychotropes détournés de leur usage.

**Nicole MAESTRACCI,
Présidente de la MILDT**

Préface

L'accroissement des données disponibles dans le domaine des drogues et des toxicomanies n'a pas réduit l'intérêt d'un document de synthèse. Au contraire, la mise en ligne de nombreuses enquêtes et de textes d'analyse dans leur intégralité sur le site internet www.drogues.gouv.fr rend indispensable une présentation concise de l'état de nos connaissances.

L'édition de 1996 avait 125 pages, celle de 1999 atteignait 270 pages, celle-ci en a 368 et cependant, plusieurs domaines ne sont pas encore suffisamment couverts, notamment certains aspects de la consommation de tabac et d'alcool entrés plus récemment que les drogues illicites dans le champ analysé par l'OFDT. La présentation détaillée des connaissances sur les maladies et la mortalité liées à la consommation de tabac et d'alcool devra être complétée, comme la présentation de données concernant l'accidentalité liée à la consommation inadaptée d'alcool ou de produits illicites. Le développement de connaissances au niveau départemental ou régional fait également partie des objectifs à atteindre.

La mise à jour permanente de nos connaissances sur les consommations de drogues et leurs conséquences est une base indispensable pour la conduite d'une politique publique adaptée, tenant compte à la fois des réalités épidémiologiques, de l'évolution de la société et de l'état de la législation. L'OFDT devient le coordonnateur, le commanditaire et l'organisme de synthèse mettant les connaissances à la disposition de tous. Son indépendance par rapport aux structures qui coordonnent et conduisent l'action gouvernementale – garantie par son collège scientifique – associée à son aptitude à produire les données utiles ou indispensables à leur action, permettent de savoir où l'on en est, de préciser ce qu'il faut craindre et d'avoir des raisons d'espérer dans notre action pour réduire le malheur humain lié à l'usage excessif ou inadapté de drogues, qu'elles soient licites ou illicites.

**Robert FINIELZ,
Président du conseil d'administration
de l'OFDT**

**Claude GOT,
Président du collège scientifique
de l'OFDT**

Guide de lecture

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002, OFDT, Paris, 2002, 368 p.

© OFDT 2002
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105 rue La Fayette
75010 Paris

ISBN 2-11-092709-7

Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances est conçu pour permettre une lecture des chapitres indépendamment les uns des autres. Ce choix implique parfois des répétitions et des renvois d'un chapitre à l'autre.

En raison de cette structuration, les chapitres comportent chacun une table des matières détaillée, une fiche « Repères » indiquant les principaux points à retenir, ainsi qu'une bibliographie spécifique (rubrique « Pour en savoir plus »).

La table des matières générale et celles figurant au début des quatre grandes parties sont imprimées sur un fond de couleur bleue, permettant ainsi de se repérer facilement dans le rapport.

Afin de permettre une lecture plus technique de ce rapport, quatre types spécifiques de renvoi ont été utilisés :

(OFDT, 1999)	Renvoi à la bibliographie située à la fin de chapitre ou section, dans laquelle les références sont classées par ordre alphabétique.
①	Renvoi à une description méthodologique de la source statistique utilisée ; ces informations sont regroupées dans les annexes, dans la rubrique « Repères méthodologiques ».
produit primaire	Les termes signalés par une couleur bleue et une police de caractère différente du reste du texte signalent une entrée de lexique situé en annexe et explicitant certains termes propres au vocabulaire des champs abordés.
(1)	Ce renvoi est spécifique au chapitre « Cadre légal et dispositifs » et concerne les principaux textes législatifs et réglementaires dont les références complètes figurent en fin de chapitre.

La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans un chapitre. Il est cependant toujours possible de se référer à la liste complète des listes figurant à la fin de l'ouvrage.

L'index, placé en annexe, vient compléter les outils de lecture de l'ouvrage. Il est précédé par la table des illustrations (tableaux et graphiques) présentes dans le rapport.

Sommaire général

Réseau mobilisé	8		
Contributions au projet	10		
Introduction	13		
Approche transversale	18		
Approche transversale toutes drogues	23		
Approche transversale drogues illicites	37		
Approche par produit	69		
Alcool	71		
Cannabis	95		
Cocaïne et crack	115		
Ecstasy et autres amphétamines	135		
Héroïne et autres opiacés	155		
LSD, champignons et autres hallucinogènes	179		
Médicaments psychotropes	195		
Produits dopants	213		
Tabac	227		
Polyconsommation	251		
		Cadre légal et dispositifs	268
		Cadre légal et orientations récentes de la politique publique de lutte contre les drogues	271
		Dispositifs et moyens de lutte contre les drogues	291
		Annexes	329
		Bibliographie générale	330
		Repères méthodologiques	332
		Table des illustrations	347
		Lexique	355
		Liste des sigles	359
		Index	364

Réseau mobilisé

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
 Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)
 Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM)
 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
 Centre d'analyse et d'intervention sociologique (CADIS)
 Centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT)
 Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société (CESAMES, ex-GDR psychotropes, politiques et société)
 Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
 Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida (CESES)
 Centre français d'éducation pour la santé (CFES)
 Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
 Commission nationale des stupéfiants et psychotropes
 Conseil de prévention et de lutte contre le dopage (CPLD)
 Drogues alcool tabac info service (DATIS, ex DIS)
 Fédération française des spiritueux
 Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)
 Information médicale et statistique sur la santé (IMS Health)
 Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP)
 Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB)
 Institut de veille sanitaire (InVS, ex RNSP)
 Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
 Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
 Institut national de recherche agronomique (INRA)
 Institut national de recherche pédagogique (INRP)
 Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)
 Office français de prévention du tabagisme (OFT)
 Réseau national d'information et de documentation (TOXIBASE)
 Réseau TREND et SINTES

Ministère de la Défense

Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA)
 Direction centrale du service national (DCSN)
 Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) : Service technique de recherches judiciaires et de documentation

Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) : Sous-direction des affaires juridiques et contentieuses, lutte contre la fraude, bureau D3
 Laboratoire des douanes d'Ile-de-France

Ministère de l'Éducation nationale

Direction de l'enseignement scolaire (DESCO)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Direction générale de la santé (DGS) : bureau « Pratiques addictives » (SD6B) et bureau « Lutte contre le VIH » (SD6A, ex-Division Sida)
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES)
 Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) : bureau Organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques (O2)

Ministère de l'Intérieur

Mission de lutte antidrogue (MILAD)
 Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS)
 Laboratoire de police scientifique de Lyon

Ministère de la Jeunesse et des Sports

Direction des sports : Bureau de la protection des sportifs et du public
 Direction de la jeunesse et de l'éducation populaire

Ministère de la Justice

Direction de l'administration générale et de l'équipement (DAGE) : Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED)
 Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) : Sous-direction des personnes placées sous main de Justice, Bureau des études, de la prospective et du budget (PMJ1)

Contributions au projet

Directeur de publication

Jean-Michel COSTES

Coordinatrice du projet

Hélène MARTINEAU

Membres du groupe projet du rapport, rédacteurs

François BECK

Jean-Michel COSTES

Thierry DELPRAT

Cristina DIAZ-GOMEZ

Nicolas GILIO

Alain LABROUSSE

Stéphane LEGLEYE

Hélène MARTINEAU

Carine MUTATAYI

Christophe PALLE

Abdalla TOUFIK

Contributions spéciales

Pierre-Yves BELLO

Claude FAUGERON

Claude GOT

Olivier GUÉRIN

Patrick PERETTI-WATEL

Patrick SANZOY

Membres du Collège scientifique de l'OFDT

Président : Claude GOT

Gérard BADEYAN

Joseph CANDALOT

Sylvain DALLY

Alain EHRENBERG

Alain EPELBOIN

Claude FAUGERON

Jean-Dominique FAVRE

Olivier GUERIN

Claude JACOB

Monique KAMINSKI

Serge KARSENTY

Pierre KOPP

Antoine LAZARUS

Dominique PÉCHEUX

Alain SAGLIO

Annie SASCO

Michel SETBON

François CLANCHÉ

Marc VALLEUR

Remerciements pour leur participation

Christel ALIAGA

Sylvie ALLOUCHE

Marie ANGUIS

Jacques ARÈNES

Philippe ARVERS

Christine BARBIER

Hassan BERBER

Dominique BILLET

Michel BOUCHET

Norbert BOUTARD

Gérard BROWNE

Gérard CAGNI

Laurence CALLARD

Chloé CARPENTIER

Martine CAUVILLE

Matthieu CHALUMEAU

Baptiste COHEN

Karine COM

Laure COM-RUELLE

François COURAUD

Éric DANON

Christine DEMESSE-BACHELERIE

Françoise DOREY

Simona DRAGOS

Nathalie DUPARC

Julien EMMANUELLI

Anne de l'EPREVIER

Robert FINIELZ

Danielle FONTAINE

Jean FRANKA

Michel GANDILHON

Arnaud GAUTIER

Nathalie GAUTRAUD

Isabelle GREMY

Philippe GUILBERT

Alice GUITON

Martine GIACOMETTI

Maud GUILLONNEAU

Jean-Marie HARDRE

Roger HENRION

Maguy JEANFRANÇOIS

Éric JOUGLA

Annie KENSEY

Jean-Pierre KILQUE

Catherine KUNTZ

Nicole LABROSSE-SOLIER

Hugues LAGRANGE

Nadine LANDREAU

Sylvie LEDOUX

Bernard LEGOUEIX

Nicole LEYMARIE

Dominique LUCIANI

Éliane MICHEL

Hélène MORFINI

Valérie MOUGINOT

Karina ODDOUX

Michèle OOMS

René PADIEU

Isabelle PASSET

Elda PHILIPPE

Guillaume PRUNIER

Jean PUIG

Alain RAUSS

Hubert REDON

Catherine RICHARD

Michel RIEU

Catherine SERMET

Élisabeth SEVENIER

Marie-Françoise SOMBART

Marjorie SOUFFLET

Sergine TELLIER

Xavier THIRION

Frédéric THOMAS

Odile TIMBART

Alain TRUGEON

Jean-Paul TRUCHOT

Nicole MAESTRACCI, ainsi que l'ensemble des chargés de mission et du personnel de la MILDT

Introduction

« Pour mener des politiques publiques, il est indispensable de comprendre et mesurer le phénomène que l'on veut traiter » (extrait du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001).

Les pouvoirs publics ont souhaité qu'un rapport sur l'état du phénomène des drogues et des dépendances puisse être établi périodiquement par un organisme indépendant. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, établissement public autonome, s'est vu confier cette mission depuis 1995. Il publie cette quatrième édition de son rapport, trois ans après l'adoption du plan du gouvernement, auquel la précédente édition était annexée. L'état des lieux dressé ici permet de mieux appréhender l'étendue et la complexité du phénomène auquel les pouvoirs publics ont à faire face, son évolution au cours des deux années passées, ainsi que les dispositifs mis en œuvre à cet effet.

La politique publique s'est orientée, à partir de 1999, vers une nouvelle approche qui s'applique à prévenir et à traiter l'ensemble des usages des produits psychoactifs, quel qu'en soit le statut juridique. Cette approche, tout en reconnaissant les spécificités médicales et sociales de chaque produit, accorde une priorité à la notion de comportement d'usage plutôt qu'à celle de produit. Pour mieux répondre à sa mission, orientée vers une perspective d'aide à la décision, l'Observatoire a étendu son champ d'observation en conséquence. Ainsi, le présent rapport prend en compte l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes au même titre que les drogues illicites.

Démarche adoptée

Méthode de travail

Cette synthèse des données et des analyses disponibles sur les drogues et les dépendances a pour ambition de présenter le phénomène, son évolution et ses tendances de façon aussi globale que possible. Ceci suppose un travail visant à explorer et à préciser la signification des séries chiffrées et à les confronter les unes avec les autres, alors que les données proviennent de sources tout à fait différentes, et ont souvent été produites selon des protocoles méthodologiques distincts.

La démarche adoptée poursuit des objectifs à la fois pédagogiques et techniques. Il s'agit non seulement de présenter des indicateurs et de dégager des tendances, mais aussi de préciser leurs origines et leurs limites d'interprétation grâce à la confrontation de points de vue divers.

L'Observatoire a assuré la conduite et la rédaction du rapport en s'appuyant sur un groupe projet, constitué en interne, qui en a défini les orientations et discuté les différentes étapes de réalisation. Le Collège scientifique s'est impliqué pour valider les orientations initiales ainsi que l'ensemble du rapport. Une validation externe a été demandée, chapitre par chapitre, aux experts compétents. Ce rapport est donc le fruit d'un intense travail d'équipe relayé par la mobilisation du réseau d'experts que l'Observatoire a constitué au cours de ses travaux.

Plan du rapport

Le rapport comprend trois parties. La première traite, de façon transversale au regard des différents produits concernés, de la mesure du phénomène « drogues » en France et de la description de ses caractéristiques : les perceptions et les opinions des Français en la matière, les consommations de drogues, leurs conséquences sanitaires, sociales et pénales, l'offre de drogues et enfin la géographie de la consommation. Cette partie présente également certains aspects spécifiques aux drogues illicites, de manière transversale aux produits.

La deuxième partie décline produit par produit le plan d'analyse de l'approche transversale précédente. Les chapitres la composant peuvent sembler partiellement redondants en raison de la ligne éditoriale suivie, privilégiant une lecture autonome de chaque chapitre.

La troisième partie est consacrée à la présentation du cadre légal et institutionnel dans lequel s'inscrit la consommation des drogues en France. Au-delà d'un simple rappel des principales dispositions légales relatives aux différentes drogues, cette partie retrace l'évolution récente des politiques publiques, depuis la parution de la version précédente du rapport « Indicateurs et tendances ». Elle expose ensuite les dispositifs et les moyens que les pouvoirs publics ont mis en œuvre pour faire face au phénomène. Certains domaines, tels que la prévention, peu explorés dans l'édition précédente, ont fait l'objet d'un développement particulier.

Méthodes d'observation : les sources d'information

L'ensemble des sources d'information utilisées dans le rapport est brièvement décrit en annexe. Elles peuvent être regroupées en grandes catégories, dont il convient de décrire les caractéristiques principales et les limites quant à leur capacité à décrire le phénomène. Auparavant, deux remarques à caractère général sont à faire.

La mobilisation des sources d'information disponibles offre une photographie du phénomène des drogues et des dépendances. La représentation ainsi obtenue d'une réalité est largement dépendante des sources d'information, de ce qu'elles cherchent et arrivent à observer. Le cloisonnement des systèmes d'information (drogues licites et illicites), l'ambivalence des sources (indicateur d'évolution du phénomène et/ou de l'évolution de l'action d'une institution) et le manque de données dans certains domaines sont les principales limites à souligner. Ne délivrant parfois que des éléments partiels d'observation, elles restreignent la portée de la mise en perspective souhaitée. Par exemple, il est diffi-

cile de traiter sur le même plan les conséquences sanitaires de l'usage des grandes catégories de drogues.

La focalisation sur les populations d'usagers de drogues, inhérente à ce type d'exercice, ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes de la population générale et que certaines tendances dégagées peuvent n'être que le simple reflet de tendances plus générales relevées sur l'ensemble de la population.

Enquêtes en population générale

Ces enquêtes reposent sur les déclarations des répondants. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, dans l'ensemble de la population, ainsi qu'une mesure assez fiable de son évolution. Il est cependant parfois difficile de déceler à travers elles des comportements relativement rares. Les résultats fournissent une image de la consommation déclarée.

Données de vente

Les données de vente, uniquement disponibles pour les produits licites, donnent, lorsqu'elles sont bien enregistrées, une autre image des comportements de consommation et de leur évolution.

Registres

Les statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (décès, Sida, etc.) permettent d'estimer une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains des dommages induits.

Statistiques administratives

Les statistiques administratives et certaines études ciblant une population particulière, définie par l'institution qui intervient dans le champ (par

exemple : santé/personnes ayant recours aux soins, justice/personnes incarcérées), offrent une vision partielle du phénomène d'usage de drogues, appréhendé sous un angle particulier. De plus, la population cachée, non vue par l'institution, échappe, par définition, à ces statistiques.

Ces sources d'information sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances lourdes, grâce à leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité. Leur utilisation est néanmoins délicate, et il est important de bien prendre en compte leurs limites. Les indicateurs produits sont des « indicateurs indirects », dont l'inertie inhérente à leur processus de production ne permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. De plus, ces sources d'information posent des problèmes spécifiques : limitation de leur champ théorique, fiabilité, doubles comptes...

Études qualitatives

Des études particulières s'intéressent à des sous-groupes de population directement touchés par l'usage de produits, mais non sélectionnés de manière institutionnelle. Les travaux à caractère ethnographique en sont un exemple. Outre la qualité de description des usages et des comportements, ce type d'approche permet d'aborder la partie « cachée » du phénomène : les individus qui ne sont vus par aucune institution. Ces études particulières décrivent des comportements de façon qualitative, mais ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur.

Dispositif de surveillance des phénomènes émergents

Depuis 1999, l'OFDT a mis en place un dispositif spécifique de surveillance des phénomènes émergents (TREND). Il s'agit, d'une part, d'un réseau d'observateurs « sentinelles » centré sur « l'espace urbain » (consommateurs problématiques de drogues marginalisés) et « l'espace festif » (consommateurs de drogues fréquentant les établissements de nuit ou les rassemblements « techno ») et, d'autre part, d'un système de recueil et d'analyse des drogues de synthèse.

Ce dispositif, à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment, se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les enquêtes et les statistiques pérennes.

Définitions et concepts

Un lexique, en annexe, précise le sens de certains mots utilisés dans le rapport. Néanmoins, il est utile de définir dès l'introduction quelques concepts généraux, structurant la présentation des indicateurs et des tendances.

Drogues – produits psychoactifs

Quel terme utiliser pour désigner l'ensemble des produits couverts par le champ d'observation : drogues, produits (ou substances) psychoactifs ?

Le sens du terme « drogues » diffère en fonction du point de vue selon lequel on l'envisage (approche juridique, clinique, toxicologique). Son acception commune est plutôt orientée vers le champ des produits illicites. Il offre néanmoins l'avantage de pouvoir prendre en compte l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psychoactif du produit.

La notion de produits psychoactifs donne l'apparence d'une plus grande précision, mais en réalité elle englobe des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat, air, eau, etc.), donc un champ beaucoup plus large que le champ d'observation déterminé précédemment.

La définition suivante est proposée pour le terme « drogues » : *produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non*. Cette définition inclut : les stupéfiants

(conventions ONU) les substances psychotropes (convention ONU 71), l'alcool, le tabac, les colles et les solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées.

S'appuyant sur cette définition, et par convention, le terme « **drogues** » (ou parfois « produits psychoactifs ») couvre ici l'ensemble des produits pris en compte, qui comprend les sous-ensembles suivants : **alcool, tabac**, « médicaments psychotropes », « drogues illicites ». Les **médicaments psychotropes** comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les **drogues illicites** regroupent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, substances de synthèse, médicaments détournés...).

Comportements d'usage observés : usage, usage nocif, dépendance

En matière de comportements, trois catégories sont distinguées : l'usage, l'usage nocif, la dépendance. Ces distinctions sont communes au milieu scientifique international. Elles reposent sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV).

L'usage est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers d'utilisation (conduite automobile, grossesse) et, enfin, être causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Au regard de leur définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition ou une pérennité du comportement.

La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler sa consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, posent problème sur certains plans. Ainsi, quelques usages dangereux mais ponctuels ne sont pas pris en compte sous le terme d'usage nocif ou d'abus. De même, la définition de la dépendance peut être largement discutée. De plus, ces concepts ne sont actuellement pas pris en considération par les statistiques. Sur le plan opérationnel, il est donc très difficile d'évaluer la part des consommateurs de drogues concernés par un comportement d'abus ou de dépendance. Dans cette perspective, il est néanmoins possible de recourir à des méthodes indirectes d'estimation et d'étudier des modalités de repérage dans les enquêtes du « seuil » de passage de l'usage simple à l'usage susceptible d'impliquer un abus ou une dépendance.

Dopage

Le problème du dopage n'est pas propre au sport, même s'il concerne les sportifs en priorité. Prendre des médicaments pour se surpasser intellectuellement ou physiquement est un fait de société qui touche toutes les catégories sociales. Il ne s'agit pas d'une toxicomanie au sens strict, même si les substances utilisées sont souvent des produits psychoactifs. La définition donnée dans la loi est la suivante : « *utiliser des substances et procédés (dont l'utilisation est soumise à des conditions restrictives) de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété, lorsque les conditions d'utilisation de ces substances ou procédés ne sont pas remplies* ».

Le dopage étudié dans le présent rapport concerne globalement les pratiques des français visant à améliorer les performances physiques ou intellectuelles et, plus spécialement, celles des sportifs amateurs. Au sein du milieu du sport, deux phénomènes sont à différencier :

- la pratique du dopage dans le but d'améliorer la performance (qui sera traitée dans le chapitre consacré au dopage),
- la consommation de drogues, dont certaines sont classées comme produit dopant, par les sportifs pour des raisons de sociabilité ou autres. Le lien entre consommation de drogues et pratique sportive sera décrit dans les chapitres correspondants aux produits consommés.

Approche transversale

Repères	20		
Approche transversale toutes drogues	23		
<i>Perceptions et opinions</i>	23		
Perceptions relatives aux drogues	23		
Opinions relatives aux politiques publiques	24		
Facteurs associés aux perceptions et aux opinions	25		
<i>Consommations de drogues dans la population française</i>	26		
Estimations du nombre de consommateurs	26		
Consommations en population générale adulte	27		
Consommations à l'adolescence	29		
<i>Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues</i>	31		
Demandes de traitement dans l'ensemble des structures spécialisées	32		
Morbidity et mortalité liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites	32		
<i>Géographie de la consommation de drogues</i>	34		
Approche transversale drogues illicites	37		
<i>Usages à problèmes de drogues illicites</i>	37		
Estimations du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes	37		
		<i>Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues illicites</i>	39
		Demandes de traitement dans les CSST et les établissements sanitaires	39
		Morbidity liée aux drogues illicites	44
		Mortalité chez les usagers de drogues illicites	47
		<i>Conséquences pénales de l'usage de drogues illicites</i>	49
		Interpellations pour usage	50
		Injonctions thérapeutiques et autres alternatives	52
		Condamnations pour usage	54
		Incarcérations pour usage et détenus incarcérés pour usage	56
		<i>Répression de l'offre et du trafic de drogues illicites</i>	57
		Saisies de drogues	57
		Interpellations, condamnations et incarcérations pour trafic	59
		Blanchiment de l'argent de la drogue	62
		<i>Géographie des conséquences de l'usage de drogues illicites</i>	63
		Conséquences sanitaires et sociales	63
		Conséquences pénales	64
		Pour en savoir plus	66

Repères

Approche transversale toutes drogues

Perceptions, opinions

- Les Français hiérarchisent distinctement la dangerosité potentielle des différentes drogues : l'héroïne, la cocaïne et, dans une moindre mesure, l'ecstasy sont placées clairement en tête, le cannabis étant associé, comme l'alcool et le tabac, à un danger moins grand.
- Les perceptions sont liées à certaines caractéristiques des individus, principalement leur âge et leur comportement de consommation. Ceci est particulièrement avéré dans le cas du cannabis : la perception de sa dangerosité, le fait de croire que sa consommation conduira à celle de drogues plus nocives et les opinions sur son statut légal sont fortement clivés par le fait d'en avoir ou non déjà consommé.
- L'adhésion des Français aux politiques publiques menées dans le domaine est forte : ils sont ainsi globalement pour les mesures de réduction des risques, mais restent attachés à la prohibition existante. Dans le cas du cannabis, deux Français sur trois restent favorables à son interdiction, les autres préconisent plutôt un régime de réglementation.

Consommation

- En population générale adulte, les drogues licites ont été expérimentées par une grande majorité de Français. Consommées de façon répétée ou régulière par de larges fractions de la population, elles représentent une part importante des consommations problématiques de drogues.
- L'expérimentation, et plus encore la consommation actuelle, de drogues illicites est plus marginale. En dehors du cannabis, déjà expérimenté par un Français sur cinq, les autres produits ne concernent qu'une faible part de la population.
- Les consommations de drogues touchent plutôt les hommes et les jeunes adultes, sauf dans le cas de l'alcool (consommation croissante avec l'âge) et des médicaments psychotropes (consommation croissante avec l'âge et plutôt féminine).
- Au cours des années 1990, les tendances d'évolution des consommations sont les suivantes : baisse pour le tabac, stabilité pour l'alcool et les médicaments psychotropes (à l'exception des antidépresseurs dont la consommation augmente) et hausse pour le cannabis.
- Chez les jeunes, les constats sont relativement proches avec toutefois certaines différences marquantes. Contrairement aux adultes, la consommation du tabac chez les jeunes est en hausse et atteint sensiblement le même niveau pour les filles que pour les garçons.

L'usage de médicaments psychotropes, hors prescription médicale, est en très nette hausse, notamment chez les garçons.

- Le phénomène de banalisation de la consommation de cannabis est beaucoup plus marqué chez les jeunes. Son expérimentation à la fin de l'adolescence a dépassé le seuil symbolique des 50 %.
- Sans atteindre l'ampleur relevée pour le cannabis, les consommations d'autres substances se développent amenant le constat d'une diversification des produits expérimentés et consommés, notamment dans des contextes festifs, par certains jeunes : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse et, dans une moindre mesure, cocaïne.
- L'initiation aux trois principales drogues consommées par les jeunes se fait, en moyenne, dans l'ordre suivant : l'alcool (13 ans), le tabac (14 ans), puis le cannabis (15 ans). Ces consommations sont très liées entre elles.

Conséquences sanitaires et sociales

- Les consommations de drogues licites sont celles qui ont les conséquences les plus graves en matière de santé. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 et à 60 000 pour le tabac. Actuellement, le nombre de décès annuels dus aux drogues illicites ne peut pas être estimé ; les principales données disponibles sont les décès par surdose constatés par les services de police et les décès par Sida chez les usagers de drogues qui sont de l'ordre de 300 en 2000.
- L'impact sur la mortalité des différentes drogues ne peut pas être totalement comparé en raison du caractère partiel des données sur les drogues illicites et dans la mesure où les décès estimés ne concernent pas la même population. En effet, il s'agit pour partie d'une population âgée de plus de 60 ans dans le cas de l'alcool et du tabac et d'une population âgée en moyenne de 30 ans dans le cas des drogues illicites.
- Les dommages sanitaires liés à l'alcool et au tabac sont beaucoup plus importants pour les hommes que pour les femmes en raison, principalement, d'une plus grande consommation masculine de ces produits dans les années passées. Néanmoins, cet écart tend à se réduire dans le cas du tabac, en raison de l'augmentation de la proportion des femmes parmi les consommateurs de tabac.

Approche transversale drogues illicites

Conséquences sanitaires et sociales

- Les conséquences problématiques des usages de drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne, qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites. La consommation de cocaïne est aussi plus fréquemment rencontrée, la plupart du temps en association avec les opiacés. On estime entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ».
- Une grande partie de la population concernée par cette consommation problématique d'opiacés ou de cocaïne fait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale, notamment d'un traitement de substitution.
- Parmi cette population, l'injection intraveineuse était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. Cette pratique est actuellement en régression.
- Les prises en charge liées au cannabis sont de plus en plus nombreuses (15 % en 1999).
- Le nombre de décès consécutif à l'usage de drogues illicites continue à diminuer (tendance amorcée en 1994). La prévalence du VIH poursuit la baisse entamée au début des années 1990. Elle est de 16 % pour les usagers injecteurs en 1999. La prévalence du VHC augmente et atteint un niveau très élevé : 63 % pour les usagers injecteurs en 1999.

Conséquences pénales

- Les infractions à la législation sur les stupéfiants ont conduit à plus de 100 000 interpellations en 2000. Celles-ci, en hausse constante depuis les années 1970, concernent principalement des usagers (95 000 interpellations pour usage ou usage-revente, soit 93,5 % du total des interpellations) et, plus particulièrement, des consommateurs de cannabis.
- Au cours des années 1990, l'évolution du nombre d'interpellations a suivi quatre grandes tendances : l'explosion des interpellations liées au cannabis, la forte chute de celles pour usage d'héroïne depuis 1995, la croissance de celles liées à la cocaïne et l'apparition et le développement de celles pour usage d'ecstasy.
- Les interpellations pour usage peuvent avoir une suite judiciaire et être suivies d'une condamnation (15 000 en 1999). Dans ce cas, le délit d'usage est fréquemment rencontré comme infraction associée le plus souvent à une autre infraction à la législation sur les stupéfiants (trafic). Le nombre de condamnations pour usage est stable depuis plusieurs années. Les incarcérations pour usage sont peu fréquentes (400 environ en 2000) et en baisse au cours des années 1990.

Offre de drogues illicites

- L'offre de drogues illicites, telle qu'elle est perçue par l'activité des services répressifs, est dominée par le cannabis dont les quantités saisies ont triplé au cours des dix dernières années. Son prix modéré et sa grande disponibilité font du cannabis un produit très accessible.
- Le nombre de saisies et les quantités saisies de cocaïne sont à la hausse, mais les variations sont fortes d'une année à l'autre ; elles dépendent de la réalisation ou non d'importantes opérations ponctuelles.
- Le marché clandestin des drogues de synthèse est en extension.
- Celui de l'héroïne semble stagner.
- Le nombre d'interpellations et de condamnations pour trafic de stupéfiants, à la hausse depuis le début des années 1990, était en diminution à la fin de cette décennie. Les données d'interpellations de l'année 2000 indiquent une inversion de tendance avec une augmentation qui concerne l'ensemble des produits. Le cannabis est majoritaire dans les interpellations pour trafic de stupéfiants, mais dans une moindre mesure qu'en matière d'usage.

Approche transversale toutes drogues

Perceptions et opinions

Les perceptions et les opinions de la population française sur les drogues et les toxicomanies sont étudiées à partir d'une enquête téléphonique en population générale réalisée en avril 1999 auprès de 2 000 personnes âgées de 15 à 75 ans (EROPP®). D'autres enquêtes effectuées au cours des années 1990 sont également utilisées lorsqu'elles permettent de suivre des tendances.

Perceptions relatives aux drogues

En 1999, le produit le plus souvent cité spontanément en tant que drogue par les 15-75 ans est le cannabis (78 %), suivi par la cocaïne (54 %), l'héroïne (45 %), l'ecstasy (39 %), le LSD (27 %), le tabac (21 %), l'alcool (20 %) et le crack (12 %). Une minorité de plus en plus importante cite spontanément l'alcool comme faisant partie des drogues (20 % en 1999 contre 14 % en 1997).

Concernant les risques pour la santé, l'héroïne et la cocaïne sont associées à un danger immédiat par une très forte majorité (environ 85 %). L'expérimentation de l'ecstasy est un peu moins souvent perçue comme dangereuse (76 %). Pour plus de la moitié des 15-75 ans, le cannabis est nocif dès qu'on l'essaie, mais un tiers estime la consommation régulière sans danger. Le risque de dépendance est jugé beaucoup plus fort pour l'héroïne et la cocaïne (respectivement 56 % et 58 % le situent dès l'expérimentation) que pour le cannabis (38 %).

S'agissant de hiérarchiser selon leur dangerosité sept produits, une forte majorité relative choisit l'héroïne (41 %), devant la cocaïne (20 %) et l'ecstasy (17 %), puis l'alcool (6 %), le cannabis (3 %), le tabac (2 %) et les médicaments pour les nerfs (2 %). Il faut souligner que le questionnaire ne distinguait pas

le danger de la dépendance, les risques sociaux ou les risques physiques, ce qui limite l'interprétation des réponses. Parmi les 15-75 ans, 70 % estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux. Seuls 13 % sont plutôt en désaccord avec cette idée et 14 % pas du tout d'accord. Néanmoins, cette théorie de l'escalade apparaît moins fortement ancrée dans l'opinion publique qu'en 1992.

Le niveau de peur ressentie à l'idée d'essayer un de ces produits est supérieur à 80 % pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis (pour lequel il est de 68 %). Il atteint 55 % pour les médicaments pour les nerfs et environ 33 % pour le tabac et l'alcool. Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes, en particulier pour le cannabis et l'alcool. De grandes disparités dans les appréhensions se font également jour selon l'âge des enquêtés. Pour l'alcool et le tabac, ainsi que pour les substances concernant particulièrement les plus jeunes (l'ecstasy, les produits à inhaler et les champignons hallucinogènes), la proportion de ceux qui déclarent une peur augmente avec l'âge à partir de 18 ans. Pour le cannabis, cette évolution est encore plus nette. D'autres produits, tels que l'héroïne, le LSD, les médicaments pour les nerfs, les amphétamines ou encore les dopants, génèrent des peurs moins différenciées selon l'âge.

Opinions relatives aux politiques publiques

La majorité des 15-75 ans juge l'interdiction de l'usage des stupéfiants légitime, quoique relativement peu efficace. Près de la moitié rejette catégoriquement l'idée d'une autorisation sous conditions de l'usage du cannabis, cette proportion atteint les trois quarts pour l'héroïne. Si environ un tiers est favorable à une telle autorisation pour le cannabis (contre 12 % pour l'héroïne), la légalisation (mise en vente libre) du cannabis rencontre toutefois une opposition très forte : seuls 17 % l'approuvent. La réglementation est ainsi la principale revendication

des partisans d'une révision de la loi. Les hommes et les jeunes adultes sont plus souvent pour la mise en vente libre. Enfin, si les questions relatives à l'interdiction de l'usage du cannabis montrent des positions relativement variées, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles.

L'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation est très largement acceptée (plus de neuf individus sur dix sont pour). Si le recours aux produits de substitution est jugé favorablement par 81 % des Français, la vente de seringues sans ordonnance ne rencontre pas le même niveau d'acceptation (63 % d'opinions favorables). La distribution contrôlée d'héroïne est une mesure souvent bien acceptée que les précédentes, mais une majorité de Français n'y est tout de même pas hostile (53 %). Le niveau d'accord avec ces trois dernières propositions augmente nettement pour ceux qui ont déjà consommé du cannabis, et diminue avec l'âge. Enfin, l'usage thérapeutique du cannabis trouve l'aval de plus des deux tiers des 15-75 ans (plus souvent des hommes que des femmes). Seul un quart des Français, plutôt âgé et peu diplômé, pense qu'il est possible de parvenir à un monde sans drogue. Dans l'ensemble, depuis le début des années 1990, les actions liées à la politique de réduction des risques semblent de plus en plus acceptées par les Français. Néanmoins, la majorité reste favorable à des mesures prohibitives, sauf lorsque l'autorisation est envisagée dans un cadre thérapeutique : ce ne sont donc pas seulement les produits, mais aussi les usages évoqués qui motivent les opinions recueillies sur les politiques publiques.

L'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants est reconnue par environ deux tiers des 15-75 ans (66 %). Néanmoins, pour 63 % il faudrait l'augmenter et pour 21 % il faudrait faire autrement. Une très forte majorité (86 %) juge qu'il est utile d'informer les jeunes, la proportion d'individus pensant qu'il vaut mieux ne pas trop en parler diminuant au cours des années 1990. L'information des jeunes est jugée suffisante par 71 % des individus et dangereuse par 15 %. Par ailleurs, 58 % des Français s'estiment bien informés sur les drogues. Le niveau d'information ressenti croît de façon régulière avec

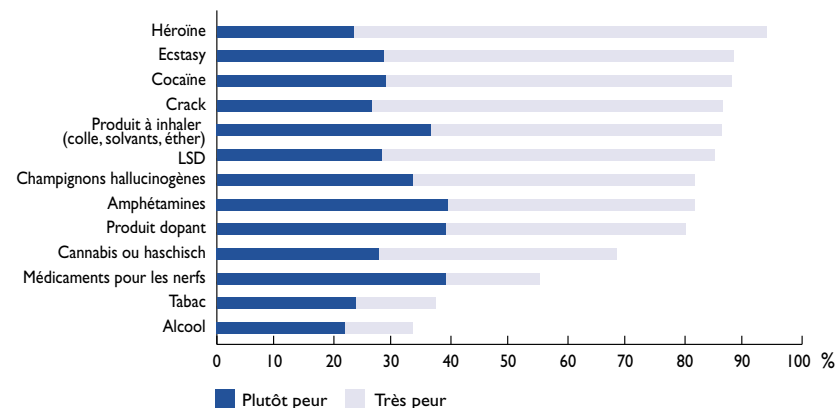
le niveau scolaire, et s'avère plus élevé parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

Facteurs associés aux perceptions et aux opinions

Les perceptions et les opinions relatives aux usagers d'héroïne et aux politiques publiques en matière de drogues et de toxicomanies s'articulent de façon cohérente, et font écho au système de valeurs de chacun : les plus attachés aux valeurs traditionnelles sont les plus hostiles à l'égard de ces usagers, et les plus enclins à plébisciter une politique coercitive et répressive. Inversement, ceux qui les mettent en question refusent davantage de stigmatiser les usagers d'héroïne, sont plus critiques à l'égard des interdictions d'usage et plus favorables à une politique de réduction des risques.

Concernant le profil sociodémographique, les plus jeunes, et surtout les plus âgés, montrent les craintes les plus fortes et le besoin d'information le plus important. Le sexe est peu discriminant dans la mesure où lorsqu'il semble avoir une incidence sur une opinion, son effet disparaît le plus souvent dès qu'est prise en compte l'expérimentation d'une drogue illicite. La crainte vis-à-vis des produits et les attitudes de rejet à l'égard des toxicomanes sont nettement moins fréquentes chez les personnes qui ont une certaine familiarité avec les substances illicites, qu'ils les aient consommées, s'en soient vu proposer ou connaissent des usagers dans leur entourage. Concernant les autres facteurs, d'une manière générale, les personnes ayant un niveau d'études élevé et celles se sentant bien informées sur les drogues ont des perceptions moins stigmatisantes des drogues et de leurs usagers, et sont plus favorables aux mesures de réduction des risques et à l'idée d'une réglementation de la consommation de cannabis.

Pourcentage d'individus qui auraient peur de prendre différents produits ne serait-ce qu'une fois, en 1999



Source : EROPP 1999, OFDT

Consommations de drogues dans la population française

Estimations du nombre de consommateurs

Avant de répondre aux questions que l'on se pose sur le nombre de consommateurs et leurs caractéristiques, il est nécessaire de définir ce que l'on entend par consommation. Il est fréquent de

voir opposer des chiffres qui se réfèrent à des notions de consommation différentes et qu'il est donc impossible de comparer. La consommation se caractérise par deux aspects fondamentaux : la quantité consommée et la fréquence de consommation.

Mettre en perspective l'ampleur des consommations des différentes drogues oblige donc à pré-

Estimation du nombre de consommateurs de drogues en France métropolitaine, en 1999

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
				Cannabis	Autres drogues
Expérimentateurs ⁽¹⁾	43 millions	36 millions	///	9,5 millions	1,5 millions
Occasionnels ⁽²⁾	41 millions	15 millions	8,4 millions	3,3 millions	220 000
Répétés ⁽³⁾	14 millions	13 millions	3,8 millions	1,7 millions	///
Quotidiens ⁽⁴⁾	8,9 millions	13 millions	2,4 millions	280 000	///

(extrapolation faite sur l'ensemble des 15-75 ans de France métropolitaine, soit environ 44 millions de personnes en 1999, à partir d'une enquête en population générale)

(1) Expérimentateurs	Alcool	Au moins 1 fois dans la vie
	Tabac	Au moins 1 fois dans la vie
	Cannabis	Au moins 1 fois dans la vie
	Autres drogues illicites ⁽⁵⁾	Au moins 1 fois dans la vie
(2) Occasionnels	Alcool	Au moins 1 fois dans l'année
	Tabac	Se déclarent actuellement fumeurs
	Médicaments	Au moins 1 fois dans l'année
	Drogues illicites ⁽⁶⁾	Au moins 1 fois dans l'année
(3) Répétés	Alcool	Au moins 3 fois dans la semaine
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant 1 fois dans la semaine
	Cannabis	Au moins 10 fois dans l'année
(4) Quotidiens	Alcool	Au moins 1 verre par jour au cours des douze derniers mois
	Tabac	Au moins 1 cigarette par jour actuellement
	Médicaments	Au moins 1 somnifère ou 1 tranquillisant quotidiennement ou presque au cours des trente derniers jours
	Cannabis	Au moins trente fois au cours des trente derniers jours

(5) En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 2,4 millions.

(6) En tenant compte des produits à inhaler (colles, solvants), cet effectif atteint 300 000.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

ciser des « niveaux de consommation ». Quatre niveaux sont ici retenus :

- l'expérimentation – le fait d'avoir pris, au moins une fois au cours de sa vie, le produit ;
- l'usage occasionnel ;
- l'usage répété ;
- l'usage quotidien.

Déterminées à partir des indicateurs couramment utilisés au niveau international, ces quatre catégories établissent une gradation dans l'intensité des consommations. Ces différents groupes sont emboîtés : les consommateurs répétés forment un sous-ensemble des consommateurs occasionnels, eux-mêmes inclus dans les expérimentateurs.

Cet exercice donne des ordres de grandeur dont la marge d'erreur est importante. Ces données doivent être prises comme un simple cadrage de l'ampleur des différents modes de consommation des principaux produits psychoactifs et de leur poids relatif dans l'ensemble des consommations.

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans la culture et dans les pratiques de consommation. C'est le plus fréquemment expérimenté et consommé de manière occasionnelle. Au niveau des consommations régulières, il est devancé par le tabac qui, pour deux expérimentateurs, compte un fumeur « actif ». Ce dernier est presque toujours un fumeur régulier (au moins 1 cigarette par jour) et dans deux cas sur trois un gros fumeur (10 cigarettes et plus par jour).

Les consommations de médicaments psychotropes correspondent en partie à des usages thérapeutiques et en partie à une consommation semblable à celle des autres drogues. La frontière entre ces deux types de consommation est difficile à établir. En l'absence de critères permettant de les délimiter, on ne peut se référer qu'aux seuls chiffres existants relatifs à l'ensemble des consommations.

Même si l'expérimentation des drogues illicites a tendance à s'étendre, le nombre de consommateurs déclarés ou repérables de ces produits est considérablement plus faible que pour les produits cités précédemment.

Sur la base de ces données de cadrage, auxquelles il convient de ne pas accorder une importance autre que celle d'indiquer des ordres de gran-

deur, les chapitres suivants du rapport s'attachent à mieux préciser les niveaux de consommation et à dégager des tendances en matière d'évolution des prévalences, produit par produit. Dans une perspective d'aide à la décision, il faut privilégier la recherche d'une appréciation satisfaisante des évolutions plutôt que la précision, souvent illusoire, sur la mesure des grandeurs.

Une fois établis le niveau et la fréquence des consommations, il est indispensable de pouvoir évaluer la part des consommateurs de drogues concernés par un comportement d'abus ou de dépendance. Pour cela, il n'est pas possible de s'appuyer sur les définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, et qui sont difficiles à traduire en termes statistiques (voir l'introduction). Les enquêtes sur les consommations de substances psychoactives permettent cependant de repérer des « seuils » de passage de l'usage simple à l'usage susceptible d'impliquer un abus ou une dépendance en utilisant les réponses sur les fréquences des consommations, les quantités consommées, l'âge d'initiation ou sur la perception par le sujet de sa propre dépendance (type **test DETA** pour l'alcool).

Ces seuils seront définis pour l'alcool, le tabac et le cannabis dans les chapitres relatifs à chacun de ces produits. L'estimation du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes est présentée dans ce chapitre à la section « approche transversale drogues illicites ».

Consommations en population générale adulte

La consommation de substances psychoactives est décrite ici sur les tranches d'âges les plus concernées et sur l'ensemble des 18-75 ans, à travers les résultats d'une enquête déclarative sur un échantillon représentatif de la population adulte française ©.

Chez les 18-75 ans, les substances psychoactives les plus fréquemment expérimentées sont l'alcool et le tabac. La drogue illicite la plus consommée est de loin le cannabis avec 21,6 % d'expérimentateurs, cette prévalence la situant

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les 18-75 ans, les 18-25 ans et les 26-44 ans en 2000, par âge

	(en %)		
	18-75 ans	18-25 ans	26-44 ans
Alcool	95,9	93,9	95,9
Tabac	82,0	80,0	84,7
Médicaments psychotropes ⁽¹⁾	19,7	13,1	16,3
Cannabis	21,6	46,8	31,7
Colles et solvants volatils	2,7	5,7	4,0
Cocaïne	1,5	2,2	2,5
LSD	1,5	2,9	2,3
Amphétamines	1,4	1,6	1,8
Ecstasy	0,8	2,8	0,9
Héroïne	0,7	0,9	1,2
Médicaments ⁽²⁾ « pour se droguer »	0,7	0,9	1,1
Champignons hallucinogènes	0,4	0,6	0,5
Opium, morphine	0,3	0,1	0,3
Poppers	0,1	0,1	0,2

(1) Pour les médicaments psychotropes, la question portait sur les douze derniers mois.

(2) Termes employés lors de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

toutefois à un niveau d'expérimentation nettement inférieur à celui des produits licites. L'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année concerne une personne sur cinq parmi les 18-75 ans. Pour les autres produits (produits à inhaler – colles et solvants volatils –, LSD, cocaïne, amphétamines et, dans une moindre mesure encore, ecstasy, héroïne et médicaments « pour se droguer »), l'expérimentation ne concerne qu'une petite minorité d'individus.

La consommation de substances psychoactives touche avant tout les jeunes, à l'exception notable des médicaments psychotropes et des consommations quotidiennes d'alcool. Plus d'un tiers des 18-44 ans a déjà consommé du cannabis au cours de la vie. Chez les adultes, la proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge ; elle n'atteint plus que 2,5 % des 55-75 ans. La répartition par âge des expérimentateurs est très similaire pour les médi-

caments « pour se droguer » et l'héroïne, de même que pour le LSD et la cocaïne, ces derniers concernant plus nettement la génération des 18-44 ans (plus de 2 % d'utilisateurs au cours de la vie sur cette tranche). Parmi les 18-34 ans, environ un individu sur vingt a déjà pris un produit à inhaler. L'expérimentation de l'ecstasy est presque nulle au-delà de 35 ans, alors qu'à l'inverse, celle des amphétamines ne dépend presque pas de l'âge.

L'expérimentation de substances psychoactives autres que les médicaments psychotropes est un comportement nettement masculin. À l'exception des amphétamines, pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas *significative*, les hommes sont, pour toutes les drogues illicites, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie. Il y a environ deux fois plus d'expérimentateurs de cannabis chez les hommes (29 %) que chez les femmes (15 %). Enfin, le tabac occupe une place particulière dans le sens où le comportement des femmes est de plus en plus proche de celui des hommes, même si dans les générations les plus anciennes, le sex-ratio demeure fort.

Pour sa part, l'usage répété concerne surtout le tabac et l'alcool, et beaucoup moins le cannabis. Parmi les 18-75 ans, trois sur dix sont des fumeurs quotidiens de tabac et environ un tiers a pris de l'alcool au moins trois fois au cours de la semaine. L'usage répété de cannabis (au moins dix fois au cours des douze derniers mois) concerne 3,4 % des 18-75 ans (15 % des 18-25 ans et 3 % des 26-44 ans). La consommation répétée (au moins une fois au cours de la semaine) de somnifères ou tranquillisants touche 9,1 % des 18-75 ans. Pour les autres produits, l'usage au cours de l'année est très rare.

La consommation répétée d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne 15 % de la population de 18 à 44 ans. Les *polyconsommations répétées* incluant le cannabis sont très rares au-delà de 45 ans. Sur la tranche 18-44 ans, l'association alcool-tabac est la plus fréquente (9,6 %), puis viennent celles relatives aux tabac-cannabis (3,4 %), alcool-tabac-cannabis (1,7 %) et alcool-cannabis (0,4 %). Ces polyconsommateurs sont majoritairement de sexe masculin, surtout lorsque les deux substances les plus consommées par les hommes, l'alcool et le cannabis, sont pré-

sentes ensemble. Ils sont par ailleurs expérimentateurs des trois produits, sauf la moitié des polyconsommateurs d'alcool et de tabac (48 %), qui déclare n'avoir jamais fumé de cannabis.

Concernant l'évolution au cours des années 1990, le cannabis s'est largement diffusé, la consommation d'alcool apparaît relativement stable et celle du tabac est à la baisse chez les hommes et en hausse chez les femmes. Les faibles prévalences obtenues pour les autres produits rendent délicate toute extrapolation. Il semble toutefois que la tendance générale soit à la hausse (en particulier pour la cocaïne et le couple amphétamines-ecstasy), à l'exception notable de l'héroïne et des médicaments pris « pour se droguer » ③.

Consommations à l'adolescence

La consommation de substances psychoactives à l'adolescence est décrite à travers les résultats de deux enquêtes déclaratives : la première concerne les jeunes à la sortie de l'adolescence, interrogés lors de la Journée d'appel à la préparation à la défense ④ et la seconde, les jeunes scolarisés de 14 à 18 ans ⑤.

À la fin de l'adolescence, après le tabac, l'alcool, le cannabis et les médicaments psychotropes, les produits les plus expérimentés sont les champignons hallucinogènes, les *poppers*, l'ecstasy, les produits à inhaler et, dans une moindre mesure, le LSD, les amphétamines et la cocaïne. À 17 ans, ces expérimentations sont toujours plus fréquentes pour les garçons, exceptés pour le tabac et les médicaments psychotropes. Pour les garçons, à 19 ans, l'expérimentation dépasse 5 % pour quatre autres produits : les champignons hallucinogènes, le *poppers*, l'ecstasy et les produits à inhaler.

À 17 ans, 76 % des filles et 75 % des garçons ont expérimenté au moins deux produits parmi le tabac, l'alcool et le cannabis. À cet âge, l'expérimentation des trois substances est plus fréquente pour les garçons (47 % contre 39 %), tandis que les filles sont plus nombreuses à n'avoir expérimenté que l'alcool et le tabac. La *poly-expérimentation* augmente avec l'âge, pour atteindre 83 % à 19 ans (et 57 % pour la combinaison tabac, alcool et cannabis). Il est très rare d'avoir déjà consommé du cannabis sans avoir expérimenté le tabac et l'alcool. Quels que soient

Fréquence de l'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes à la fin de l'adolescence, en 2000, par sexe et âge

	(en %)			
	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool ⁽¹⁾	77,3	80,8	79,3	82,7
Tabac	79,4	76,0	78,4	84,0
Cannabis	40,9	50,1	54,9	60,3
Médicaments psychotropes ⁽²⁾	29,0	10,6	12,7	13,6
Champignons hallucinogènes	1,6	4,5	6,9	8,7
Poppers	1,3	3,4	4,8	8,3
Ecstasy	1,4	2,8	4,7	6,7
Produits à inhaler	3,3	4,9	6,6	6,3
LSD	0,8	1,6	2,8	4,8
Amphétamines	0,6	1,4	2,4	3,7
Cocaïne	0,6	1,3	2,7	3,3
Héroïne	0,4	0,9	1,4	1,3

(1) Consommation au cours des trente derniers jours.

(2) Intitulé utilisé dans le questionnaire : « médicaments pour les nerfs, pour dormir ».

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

l'âge et le sexe, l'expérimentation des trois produits est plus fréquente que celle de deux d'entre eux seulement : ces expérimentations sont donc étroitement associées ⑥.

Fréquence de l'usage répété d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge

	(en %)			
	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Alcool	5,5	16,0	17,5	22,3
Tabac	40,2	41,9	45,6	50,9
Cannabis	12,6	23,8	28,5	32,7

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑥

L'usage répété d'alcool (au moins dix fois dans le mois) et celui de cannabis (au moins dix fois dans l'année) sont des comportements nettement plus masculins, alors que celui du tabac s'avère peu différencié selon le sexe. Ces comportements augmentent tous avec l'âge. Pour les autres produits, les individus en ayant un usage répété sont beaucoup plus rares.

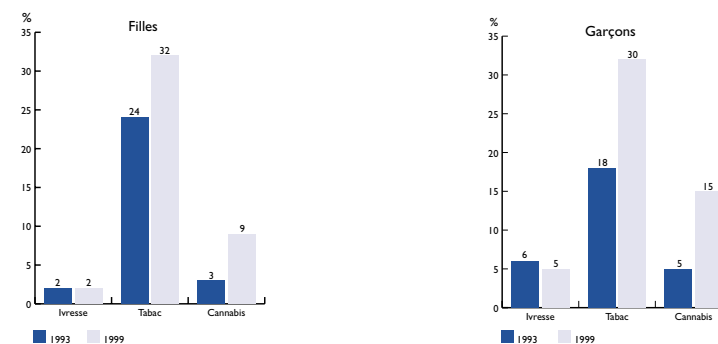
À 17 ans, la polyconsommation répétée est deux fois plus fréquente chez les garçons (23 % des garçons contre 12 % des filles) ; pour les deux sexes elle concerne surtout le tabac et le cannabis. Le tabac est la substance psychoactive la plus souvent

présente dans les polyusages répétés : en effet, quels que soient l'âge et le sexe, le polyusage le plus rare correspond à la combinaison dont le tabac est absent (alcool et cannabis). Le polyusage répété croît entre 17 et 19 ans pour atteindre 34 % ⑥.

Entre 1993 et 1999, les évolutions diffèrent selon les produits. Le pourcentage de jeunes ayant consommé au moins une fois du tabac augmente nettement : pour les deux sexes et à tout âge, il se situe environ 20 points plus haut en 1999. Sur cette période, l'usage de tabac au cours de la vie a plus progressé pour les filles : en 1999, elles sont à tout âge plus souvent expérimentatrices que les garçons, tandis qu'en 1993 cette expérimentation était plus souvent féminine à 14 ans, mais plus souvent masculine à 18 ans. L'augmentation est moins marquée pour l'alcool que pour le tabac. Il faut dire que l'expérimentation d'alcool était déjà très répandue en 1993, d'où une certaine saturation des prévalences, même si l'expérimentation de l'alcool s'avère plus précoce en 1999. Pour le cannabis, l'augmentation est très nette, et ce dès 15 ans. Pour les autres produits psychoactifs, le niveau d'expérimentation semble avoir globalement augmenté entre les deux enquêtes, surtout chez les garçons les plus jeunes ⑥ ⑦.

Sur la période 1993-1999, les consommations répétées ont sensiblement augmenté, tendance plus ou moins marquée selon les produits. Pour le tabac, on note une tendance à la hausse de l'usage

Fréquence de l'usage répété de tabac et de cannabis et de l'ivresse répétée à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe



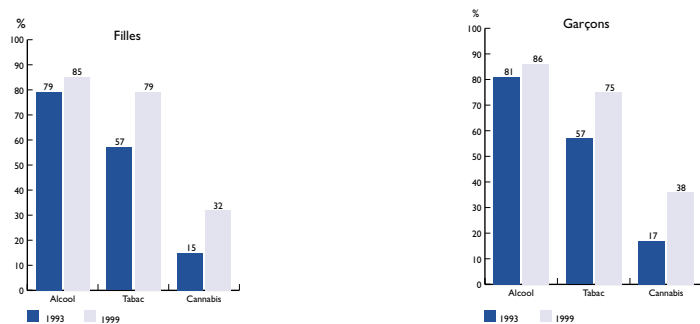
Sources : INSERM 1993 ⑥ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

quotidien. Comme pour l'expérimentation, l'usage quotidien est plus fréquent pour les filles à tout âge en 1999, tandis qu'en 1993, elles fumaient quotidiennement plus souvent que les garçons à 14 ans, mais moins souvent à 18 ans. La consommation

répétée d'alcool semble, pour sa part, se stabiliser et les ivresses répétées sont à la baisse entre les deux enquêtes. Pour le cannabis, l'augmentation est nette à tous les âges et pour les deux sexes ⑥ ⑦.

Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues

Fréquence de l'expérimentation de l'alcool, du tabac et du cannabis à 16 ans en 1993 et 1999, par sexe



Sources : INSERM 1993 ⑥ ; ESPAD 1999, INSERM/OFDT/MENRT ⑦

La première conséquence mesurable de la consommation de drogues est de générer des demandes d'aide de consommateurs dépendants ou « abuseurs » auprès des professionnels du secteur sanitaire et social. Celles-ci seront ici appelées « demandes de traitement directement liées à l'usage de drogues ». La deuxième approche consiste à tenter de mesurer les conséquences globales de la consommation de drogues sur la morbidité et la mortalité de la population française. Les deux aspects seront abordés successivement.

Les demandes d'aide des consommateurs en difficulté peuvent être adressées à de nombreuses institutions et à de nombreux professionnels de la santé ou du secteur social. La possibilité de mesurer ces prises en charge ou ces recours¹ dépend

de la capacité à recueillir des informations auprès de ces professionnels, ce qui est beaucoup plus facile lorsque les structures sont spécialisées dans le domaine des addictions que lorsqu'elles sont généralistes. Des données sont recueillies de façon systématique auprès des structures spécialisées en alcoologie (CAA) et en toxicomanie (CSST). En ce qui concerne le tabac, l'informatisation des consultations spécialisées étant en cours (au moment de la parution du rapport), les

1. Termes ayant la même signification et utilisés indifféremment dans ce rapport.

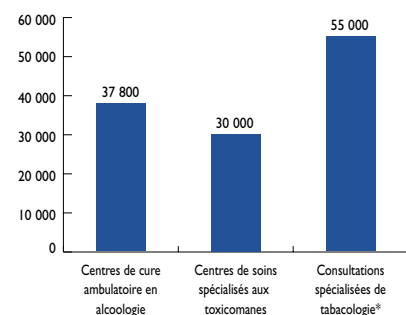
données de file active sont estimées à partir d'enquêtes non encore pérennes².

Afin de donner un aperçu de l'importance des différents produits dans les demandes de traitement, le nombre de personnes accueillies dans les divers types de structures spécialisées a tout d'abord été mis en perspective. Compte tenu de la multiplicité et de l'hétérogénéité des produits illicites, les prises en charge dans les CSST seront ensuite détaillées.

Demandes de traitement dans l'ensemble des structures spécialisées

En 1999, selon les informations disponibles, le nombre de nouveaux consultants est de 55 000 dans les structures spécialisées sur le tabac contre près de 38 000 dans les CCAA et environ 30 000 dans les CSST. Pour l'ensemble des recours, environ 80 000 personnes³ ont été vues en 1998 dans les CCAA et 64 000 dans les CSST en 1999, les données correspondantes n'étant pas disponibles pour les consultations spécialisées en tabacologie.

Nombre annuel de nouveaux consultants dans les structures spécialisées en alcoologie, toxicomanie et tabacologie, à la fin des années 1990



* Nombre estimé dans le cas des consultations spécialisées en tabacologie.

Sources : Rapports d'activités des CCAA 1998 (buveurs uniquement), DGS⁴ ; Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS⁵ ; Enquêtes auprès des consultations de tabacologie hospitalières et non hospitalières 2000, DH/OFT⁶.

Le nombre de recours est non seulement lié à la demande de soins, mais également, dans une large mesure, à l'offre.

Les différences de files actives doivent aussi être considérées en tenant compte des prises en charge en médecine de ville qui ne sont pas de même ampleur selon les produits. Dans la dernière enquête Baromètre Santé auprès des médecins généralistes de 1998⁷, ceux-ci évaluaient à 1,7 patient par semaine les personnes venues consulter pour un sevrage alcoolique, à 1,9 patient par semaine les personnes reçues dans le cadre d'un sevrage tabagique et à 1,7 patient par mois les personnes héroïnomanes.

Par ailleurs, si les chiffres relatifs aux recours liés à la consommation de drogues illicites et d'alcool font l'objet d'un recueil à intervalle régulier, en principe exhaustif, les données sur le tabac ont été recueillies pour la première fois récemment et sont basées sur des extrapolations de résultats partiels.

Le rapprochement des données obtenues dans les CCAA et les CSST permet de faire apparaître quelques ressemblances et dissemblances parmi les clientèles respectives.

Les personnes fréquentant les CSST sont en moyenne un peu plus de dix ans plus jeunes que dans les CCAA (respectivement 31 ans contre plus de 41 ans). La répartition entre hommes et femmes est en revanche identique dans les deux types de structures (trois hommes pour une femme). L'insertion sociale, mesurée par le nombre de personnes exerçant une activité rémunérée, semble moins bonne dans la clientèle des CSST, mais il faudrait comparer à structure par âge identique.

Morbidité et mortalité liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites

La mise en perspective des conséquences de la consommation de substances en termes de morbidité et de mortalité est difficile en raison des

différences de tailles des populations concernées, de la diversité des méthodes de mesures et de la variété des effets de ces produits, notamment dans le temps. Les conséquences de la consommation de ces substances peuvent être immédiates (accidents, violences, suicides, surdoses pour l'alcool et les drogues illicites). Elles peuvent intervenir à court et à moyen terme (VIH, problèmes liés à l'injection, problèmes psychiatriques) ou à long terme (cancers, cirrhoses liées à l'alcool ou à l'hépatite C, pathologies cardiaques, et plus généralement l'ensemble des pathologies pour lesquelles alcool et tabac interviennent comme facteurs de risques). La comparaison est rendue encore plus complexe par le fait que les consommateurs d'une substance le sont fréquemment d'une ou de plusieurs autres.

Le tabac provoque de nombreux dommages en raison à la fois de sa dangerosité et du nombre très important de consommateurs. Ces dommages interviennent plutôt à la fin de l'existence, ce qui explique que les jeunes ne se sentent guère concernés.

Les mêmes facteurs interviennent pour l'alcool, à la différence que les conséquences pour la santé se ressentent plus tôt : chez les jeunes adultes (accidents, violences), puis vers la cinquantaine, le plus souvent, pour la cirrhose, et à un âge un peu plus élevé pour les autres pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires).

En ce qui concerne les drogues illicites (opiacés et cocaïne essentiellement), la population consommatrice étant beaucoup moins importante que pour les autres substances, les dommages touchent un nombre bien inférieur de personnes. En revanche, les consommateurs de drogues illicites subissent en moyenne des dommages à un âge beaucoup plus précoce (l'âge moyen pour les personnes décédées par surdose est de 31 ans en 2000). Il est à noter que les dommages sanitaires provoqués par la consommation de ces substances sont très souvent liés aux pratiques d'injection. Par ailleurs, dans le cas des drogues illicites, certains dommages, qu'ils soient immédiats (accidents) ou à long terme ne sont pas mesurés en raison du caractère relativement récent du développement de ces consommations,

de leur caractère très minoritaire et en partie caché (plus, tout du moins, que dans le cas de l'alcool et du tabac).

En résumé, il est nécessaire de relativiser les données sur les conséquences pour la santé des consommations des différentes substances en les rapportant au nombre de personnes qui font une consommation à risque de ces produits. À l'heure actuelle, cette dernière notion et les mesures des populations correspondantes ne font pas l'objet d'un consensus, ce qui rend difficile la mise en pratique d'un tel calcul. Il est néanmoins certain qu'un raisonnement en termes de taux de mortalité donnerait une image moins contrastée des conséquences sanitaires liées à chacune des substances que si l'on prenait uniquement en considération le nombre de décès (60 000 pour le tabac, 45 000 pour l'alcool et quelques centaines⁴ pour les drogues illicites⁵).

Les études sur le coût social menées en France (Kopp *et al.*, 2000) et dans différents pays rendent possible les comparaisons sur l'ampleur des dommages sur la santé à partir de leur valorisation monétaire. Sans entrer dans le détail de la valorisation, on peut dire que les coûts des dommages sont proportionnels au nombre d'années de vie perdues. Ils sont donc d'autant plus importants qu'ils interviennent précocement. Cette différence ne permet cependant pas de compenser l'écart entre les effectifs des personnes subissant des dommages pour l'alcool et le tabac d'une part et les drogues illicites d'autre part.

Compte tenu des lacunes statistiques mentionnées plus haut au sujet de l'évaluation des conséquences de la consommation des drogues illicites, il est possible qu'elles soient en partie sous-estimées (mortalité par surdoses et coût de la prise en charge à l'hôpital et en médecine de ville imparfaitement mesurés, conséquences en termes d'accidents

4. Deux cent soixante-sept décès d'après les systèmes statistiques existants en 2000, comprenant les décès par surdose (119) et les décès par Sida d'usagers de drogues (148). Le chiffre des décès par surdoses est très certainement sous-estimé (voir la section « mortalité chez les usagers de drogues illicites » de ce chapitre). Néanmoins, s'il est possible d'envisager que ce chiffre soit doublé voire un peu plus, on peut raisonnablement penser qu'il ne va pas au-delà de quelques centaines.

5. Pour chaque produit, voir le chapitre correspondant.

2. Voir le chapitre sur le tabac.

3. Il s'agit ici des consultants qui consomment de l'alcool. Les CCAA sont également amenés à recevoir des proches de ces consommateurs.

et conséquences à long terme non prises en compte, notamment en ce qui concerne l'hépatite C). Néanmoins, en raison du nombre relativement faible de consommateurs (en référence aux nombres de consommateurs d'alcool et de tabac), cette sous-estimation ne saurait être de nature à changer la hiérarchie des substances au regard du coût des dommages.

Il est également à souligner que les conséquences de la consommation des drogues ne sont abordées ici qu'en termes de morbidité et de mortalité. Faute de données, les conséquences sociales de la consommation d'alcool et de drogues illicites (pertes d'emploi, de revenus, marginalisation, violences conjugales) ne sont pas mesurées.

La morbidité et la mortalité liées au tabac et à l'alcool sont abordées en détail dans les chapitres relatifs à ces deux produits. Compte tenu de la multiplicité des substances illicites à prendre en compte, une section spécifique traite de façon transversale de la morbidité et de la mortalité liées à ces produits.

Coût de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites au cours de la deuxième moitié des années 1990

(en milliards de francs)

	Tabac	Alcool	Drogues illicites
Dépenses de santé	14,5	18,6	2,3
Hôpital	7,6	10,2	0,9 ⁽¹⁾
Médecine de ville	6,9	8,2	0,6 ⁽²⁾
Prise en charge spécialisée	nd	0,2	0,7 ⁽³⁾
Pertes de revenus et de production	35,7	42,5	0,8
Décès	32,9	41,9	0,8
Hospitalisation	2,8	0,6	nd
Total	50,2	61,1	3,3

(1) Estimation du coût de la prise en charge liée au VIH et au Sida à l'hôpital en 1995.

(2) Coût de la prise en charge en médecine de ville des usagers sous traitement de substitution à la buprénorphine en 1997.

(3) Crédits toxicomanie du budget du ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1998.

Source : d'après (Kopp et al., 2000)

quentes. Concernant l'alcool (expérimentation de l'ivresse et usage répété d'alcool), cette prééminence se vérifie pour tout l'Ouest, le Sud-Ouest arrivant en tête. Pour le cannabis (expérimentation et usage répété), ce sont le Nord-Ouest (surtout pour les garçons) et le Sud-Ouest (surtout pour les filles) qui se détachent. Enfin, pour le tabac (expérimentation et usage quotidien) seul le Nord-Ouest se distingue par des expérimentations plus fréquentes. Si, pour ces trois substances, les régions de l'Est se situent dans la moyenne, il faut souligner que dans le Nord et la région parisienne, les prévalences observées sont plus basses qu'ailleurs (à l'exception de l'usage répété de cannabis en région parisienne). Pour ces deux régions, les prévalences sont également faibles pour les expérimentations de stimulants (cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD), ou de champignons hallucinogènes. Ces produits échappent au contraste Est Ouest : les stimulants sont davantage expérimentés dans le Sud (Est et Ouest) et le Nord-Est, et les champignons hallucinogènes dans le Nord-Ouest et le Nord-Est ©.

Géographie de la consommation de drogues

Chez les 12-75 ans, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, l'Aquitaine et le Limousin se distinguent par une prévalence d'usage quotidien d'alcool supérieure à la moyenne, alors qu'en PACA et en Haute et Basse-Normandie elle est inférieure. Avoir connu une ivresse au cours des douze derniers mois est un comportement plus fréquent en Bretagne, dans les Pays de la Loire et en Franche-Comté et plus rare dans les régions Centre et Champagne-Ardenne©.

Chez les 15-44 ans, l'usage quotidien de tabac apparaît assez uniforme sur le territoire français. L'Aquitaine est toutefois une région qui se situe au-

dessus de la moyenne, alors que le Nord et l'Alsace sont en dessous. L'usage récent de cannabis est plus fréquent en Bretagne, en Aquitaine et en région parisienne et moins courant dans les régions Centre, Auvergne, Nord et Picardie. Pour l'expérimentation de cannabis, le sud-est de la France se situe au-dessus de la moyenne. À 17 ans, les niveaux d'expérimentation et d'usage répété de substances psychoactives ne sont pas uniformes sur l'ensemble du territoire. Pour les produits les plus courants (alcool, tabac, cannabis), une opposition Est-Ouest se dessine, l'ouest de la France se distinguant par des expérimentations plus fré-

Approche transversale drogues illicites

Usages à problèmes de drogues illicites

Cette section traitant principalement des dommages, sur le plan sanitaire, social ou pénal, que peut entraîner l'usage de drogues illicites, il convient d'essayer d'estimer le nombre d'usagers concernés. Pour cela, il est nécessaire de clairement différencier les « consommateurs de drogues illicites », principalement concernés par une consommation de type récréative, et les « consommateurs de drogues illicites à problèmes » susceptibles de subir des dommages importants sur le plan sanitaire, social ou pénal.

Cette estimation peut être approchée par celles, plus restreintes, portant sur le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes. En effet, les opiacés et la cocaïne sont les principaux produits consommés par ces usagers. L'association fréquente des consommations d'opiacés et de cocaïne par ceux-ci ne permet pas d'établir des estimations pour chacun de ces produits. Les usages d'opiacés et de cocaïne à problèmes seront donc traités globalement dans cette section suivant une approche transversale aux différentes drogues illicites.

Estimations du nombre d'usagers d'opiacés et de cocaïne à problèmes

Pour l'héroïne et la cocaïne, substances beaucoup plus rarement consommées, mais susceptibles néanmoins d'entraîner des dommages importants pour un nombre non négligeable d'usagers, l'OFDT s'attache depuis quelques années à améliorer l'estimation de leur nombre. Les méthodes de

calcul utilisent des indicateurs indirects (demandes de traitement, interpellations, cas de Sida, etc.) et s'appuient sur les standards européens définis en la matière. Les consommations d'héroïne et de cocaïne étant très largement intriquées, il n'est pas possible d'estimer le nombre de consommateurs de ces deux produits séparément.

Les consommations de drogues telles que l'héroïne et la cocaïne sont difficilement détectables par les enquêtes en population générale, surtout lorsqu'elles sont de type abusif ou impliquant une dépendance. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a donc choisi de faire figurer le nombre d'« usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes » parmi les cinq indicateurs clefs communs à l'ensemble des pays de l'Union européenne. Un protocole méthodologique visant à estimer la population concernée a été élaboré. La définition pragmatique retenue est celle de : usagers de drogues par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés ou de cocaïne. Le terme « à problèmes » fait référence à une consommation qui

peut induire un recours au système sanitaire et social et/ou une visibilité par le système répressif. Différentes méthodes d'estimation sont proposées, mais aucune d'entre elles ne peut être considérée comme la meilleure. Pour cette raison, l'application concomitante de différentes méthodes et leur confrontation sont conseillées.

L'application à la France du protocole européen donne, pour l'année 1999, une fourchette d'estimations de 150 000 à 180 000 usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes. Les quatre méthodes sont décrites dans le détail, dans le rapport technique cité en référence (Costes, 2001). Elles comportent des biais possibles liés aux hypothèses et aux sources de données utilisées. L'intérêt principal de cet exercice est l'application de méthodes différentes et leur validation croisée. Ainsi, la convergence de leurs résultats rassure sur la fiabilité d'une telle estimation.

L'estimation établie pour l'édition précédente du rapport était de 142 000 à 176 000 usagers d'opiacés à problèmes pour l'année 1995. La comparaison des estimations de 1999 et 1995 tendrait à montrer une stabilisation du nombre d'usagers, qui est toutefois à analyser avec une extrême prudence en raison notamment de deux faits :

- l'objet de l'estimation a évolué, puisqu'il a été étendu de l'usage à problèmes des opiacés à celui des opiacés ou de la cocaïne, cet accroissement de champ étant relatif car les consommations de ces deux types de produits sont très intriquées,
- les méthodes utilisées ont changé.

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne à problèmes en France, en 1999

Méthode	Prévalence
Démographique multiplicative	146 000
Extrapolation des données de traitement	180 000
Extrapolation des données de police	150 000
Analyse statistique multivariée	178 000

Source : OFDT

Estimation du nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne dans cinq villes de France, en 1999

Prévalences	Effectif	Effectif (intervalle de confiance)	Prévalence (15 - 59 ans) %	Intervalle de confiance
Toulouse	2 802	2 577 - 3 027	6,50	6,0 - 7,0
Lille	5 296	4 444 - 6 148	10,00	8,4 - 11,7
Lens	1 557	1 387 - 1 727	7,00	6,2 - 7,7
Marseille	5 758	4 663 - 6 853	10,60	8,4 - 12,6
Nice	4 541	3 255 - 5 826	15,30	11,2 - 19,6

Source : Enquête prévalence 1999, ORSMIP-OFDT

L'estimation actuelle s'est appuyée en partie sur les résultats de l'application d'une méthode dite « capture-recapture » sur plusieurs villes françaises (Toulouse, Marseille, Nice, Lille, Lens). Cette étude permet de disposer d'estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne dans les cinq grandes villes françaises.

Pour chacune de ces estimations, cette méthode permet de calculer des intervalles de confiance, dont l'ampleur montre bien qu'il est important de garder à l'esprit que ces estimations doivent être considérées comme des ordres de grandeur.

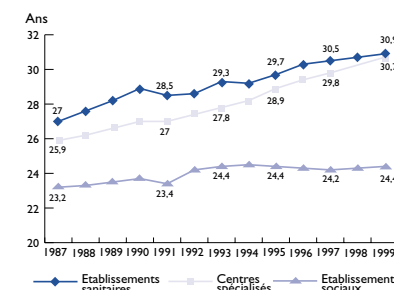
Conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues illicites

L'usage de drogues illicites conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales en raison de leur dépendance (ou de leur abus) aux drogues illicites. Les conséquences de l'usage de ces produits en termes de morbidité et de mortalité seront abordées dans une deuxième section.

Âge des usagers

La tendance au vieillissement des usagers pris en charge dans les CSST et les établissements sanitaires se poursuit, la différence d'âge observée initialement dans les deux types de structures ayant pratiquement disparu en 1999.

Âge moyen des personnes prises en charge pour usage de drogues dans le système sanitaire et social, de 1987 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ⑥

Demandes de traitement dans les CSST et les établissements sanitaires

En novembre 1999, il a été recensé un peu moins de 27 000 recours dans les structures sanitaires et sociales ayant répondu à l'enquête ⑥. Par rapport à 1997, la progression du nombre des recours est de 6 % ⑥.

Les prises en charge recensées dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, au nombre de 17 400 en novembre 1999, représentent une part majoritaire et de plus en plus importante de l'ensemble des recours aux institutions sanitaires et sociales. Par rapport au mois de novembre 1997, le nombre de recours est resté stable dans les centres sociaux et a diminué dans les établissements sanitaires. Ces évolutions sont cependant en partie liées aux modifications du nombre de structures ayant répondu à l'enquête, en nette diminution pour les établissements sanitaires.

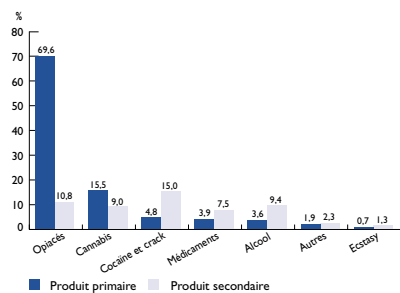
6. Cette progression est identique selon que l'on considère uniquement les structures ayant répondu à la fois à l'enquête de 1997 et de 1999 (champ constant) ou l'ensemble des structures ayant répondu en 1997 et en 1999.

Le vieillissement moins rapide dans les établissements sanitaires est associé à la diminution de la proportion des prises en charge liées aux opiacés. L'âge des usagers vus dans les établissements sociaux se maintient autour de 24 ans. En effet, les centres et les associations qui entrent dans cette catégorie (club et équipes de prévention pour une bonne part) touchent traditionnellement un public assez jeune.

Produits à l'origine de la prise en charge

En novembre 1999, les prises en charge dans les CSST et les établissements sanitaires restent dans leur très grande majorité liées aux opiacés. Lorsqu'il est tenu compte de la présence de traitement de substitution, la part des recours liés aux opiacés dépasse les 80 %. Les chiffres tirés d'une enquête portant sur un mois tendent cependant à surestimer le nombre de ces usagers. Ces patients, très souvent sous traitement de substitution, fréquentent en effet les structures de soins avec plus de régularité que les autres et ont donc une plus forte probabilité d'être présent un mois donné. S'il était possible de recenser le nombre d'usagers différents venus au cours de l'année, la part des opiacés serait sans doute moindre. Par ailleurs, avec le développement des polyconsommations,

Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon les produits à l'origine de la prise en charge, en 1999



Les pourcentages se réfèrent à l'ensemble des recours pour lesquels est mentionné au moins un produit à l'origine de la prise en charge, hors double compte⁷ ; N = 19 564 en 1999.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ©

de nombreux usagers sont en difficulté simultanément avec plusieurs substances parmi lesquelles se rencontrent fréquemment, outre les opiacés, la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool.

La dépendance aux opiacés reste cependant très souvent un dénominateur commun.

Loin derrière les opiacés, le cannabis est le second produit représenté dans les prises en charge en produit primaire. Ses usagers se différencient fortement des usagers d'opiacés, les premiers étant en moyenne de cinq ans plus jeunes que les seconds. Mais le cannabis est aussi fréquemment mentionné comme produit secondaire, le plus souvent en même temps qu'une prise en charge pour usage d'opiacés : lorsque le cannabis est cité en produit secondaire, le produit primaire associé est un opiacé dans trois cas sur quatre. Les usagers d'ecstasy, faiblement représentés dans les prises en charge, se distinguent également des usagers d'opiacés par leur jeunesse (24 ans en moyenne). Les usagers de médicaments (en produit primaire) se différencient, quant à eux, par une forte proportion de femmes (40 %).

La cocaïne, l'alcool et les médicaments ont en commun d'être beaucoup plus souvent représentés en tant que produits secondaires qu'en tant que produits primaires. Compte tenu du poids des opiacés dans les prises en charge, tous les produits secondaires sont majoritairement associés aux opiacés à des degrés cependant divers : plus de 90 % des cas pour la cocaïne, 70 % pour les médicaments et 50 % pour l'alcool.

Les amphétamines ou le LSD ne sont que très marginalement représentés dans les prises en charge en produit primaire comme en produit secondaire.

Les données relatives aux produits à l'origine de la prise en charge doivent être mises en rapport avec l'importance des traitements de substitution⁸ dans l'ensemble des recours. Ces traitements sont en effet mentionnés dans un peu plus de la moitié des prises en charge dans les CSST et les établissements sanitaires en novembre 1999. La méth-

done est citée dans environ un recours sur cinq (21 %) et la buprénorphine dans près d'un recours sur trois (32 %).

Ces pourcentages moyens varient bien sûr selon les produits à l'origine de la prise en charge. Les traitements de substitution sont présents dans trois cas sur quatre pour les recours liés aux opiacés, moins d'un cas sur deux pour ceux liés à la cocaïne (45 %), un cas sur trois pour les benzodiazépines, et un cas sur quatre pour la plupart des autres produits. La proportion la plus faible apparaît dans les recours liés au cannabis et à l'ecstasy (respectivement 12 et 14 %). La mention de traitements de substitution chez des personnes prises en charge en produit primaire pour des produits non opiacés (mais dans ce cas les opiacés sont souvent déclarés en produit secondaire) traduit la situation d'usagers dépendants aux opiacés, sous traitement de substitution, et qui ont un problème avec une autre substance.

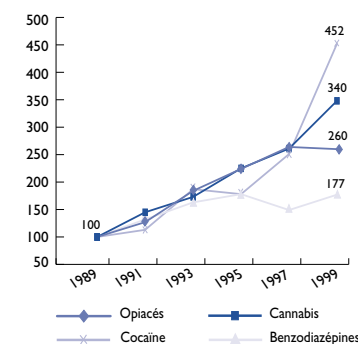
Évolution des recours entre 1989 et 1999

L'ensemble des recours a fortement augmenté entre 1989 et 1999, évolution liée à la fois à l'augmentation du nombre de structures, et au développement des traitements de substitution aux opiacés. En stabilisant les usagers dans les structures de soins, ces traitements tendent à accroître le nombre de personnes présentes chaque mois dans l'institution et donc à augmenter le nombre de recours recensés dans une enquête au cours d'un mois donné. Pour la même raison, la part des recours liés aux opiacés tend à être plus importante au cours d'un mois donné que dans l'année. Il est probable qu'une partie de l'augmentation des recours liés aux opiacés entre 1994 et 1997 s'explique par la fréquentation plus régulière des CSST par des usagers d'opiacés dont le nombre pourrait ne pas avoir varié dans la deuxième moitié des années 1990.

Les prises en charge pour usage d'opiacés et de cannabis ont progressé au même rythme jusqu'en 1997, avec, par la suite, une quasi-stabilisation⁹ pour les opiacés et une croissance soutenue pour le cannabis. Les recours pour usage de cocaïne se sont développés plus lentement que ceux pour usage

d'opiacés ou de cannabis au début des années 1990. La progression a ensuite été très rapide, surtout entre 1997 et 1999. Cette évolution concerne pour partie des personnes sous traitement de substitution et qui sont donc également dépendantes aux opiacés. Au niveau des prises en charge, cocaïne et opiacés semblent fortement associés.

Recours des usagers de drogues aux CSST et aux établissements sanitaires selon le produit primaire à l'origine de la prise en charge, de 1989 à 1999 (base 100 en 1989)



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ©

Les prises en charge liées aux benzodiazépines en produit primaire ont eu tendance à stagner depuis 1995, ce qui contraste fortement avec l'évolution constatée pour les autres substances. Il est difficile de savoir si l'explication réside dans une moindre demande ou si la polarisation sur les usagers d'opiacés a rendu les structures, et notamment les CSST, moins réceptifs à ces usages ou si, enfin, le dispositif d'enquête utilisé ne rend pas bien compte de cet aspect. Comme pour la cocaïne, cette approche en terme de produit primaire ne révèle qu'une partie de l'ampleur du problème lié à la consommation de benzodiazépines qui sont fréquemment cités parmi les produits secondaires.

9. Comme il a été mentionné, une diminution sensible du nombre de répondants parmi les établissements sanitaires explique une part de la baisse des recours liés aux opiacés.

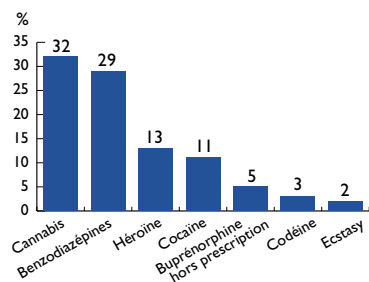
Ces substances apparaissent également beaucoup plus fréquemment parmi les produits consommés récemment (voir ci-dessous la section sur les produits consommés).

Compte tenu des évolutions pour les différents produits, les recours liés aux opiacés représentent une proportion identique en 1989 et en 1999, alors que ceux liés au cannabis ont augmenté, essentiellement entre 1997 et 1999, tout comme ceux liés à la cocaïne et au crack. La part des benzodiazépines et des médicaments a en revanche nettement baissé (de 9 à 4 %).

Produits consommés récemment

Les enquêtes sur les personnes vues dans les structures de soins portent également sur les produits consommés dans la période récente (mois ou semaine). Ces produits ne coïncident pas toujours avec ceux à l'origine de la prise en charge. Dans le cas d'un usager sous traitement de substitution, l'héroïne peut être à l'origine de la prise en charge alors qu'elle n'est plus consommée depuis un certain temps. Pour cette raison, l'héroïne, très majoritaire dans les produits à l'origine de la prise en charge, n'est actuellement consommée que par

Fréquence de la consommation de drogues au cours de la semaine passée parmi les usagers de drogues ayant recours aux soins, par produit en 1999



Lecture du graphique : 32 % des 2 030 sujets inclus dans l'enquête ont consommé du cannabis au cours de la semaine précédente ; un sujet pouvant avoir consommé plusieurs produits, les pourcentages ne doivent pas être additionnés. Seuls les principaux produits sont représentés dans ce graphique.

Source : OPPIDUM 1999, CEIP

une minorité d'usagers ayant recours aux structures de soins. La proportion de consommateurs actuels d'héroïne a fortement diminué depuis 1995, évolution qui coïncide avec le développement des traitements de substitution. Les consommations de cocaïne, de benzodiazépines et de cannabis se rencontrent en revanche plus souvent qu'auparavant.

Polydépendance et polyconsommations

Dans ce rapport, la polydépendance caractérise la situation d'un usager ayant deux produits à l'origine de sa prise en charge. En novembre 1999, la polydépendance apparaît dans un peu plus d'un recours avec un produit primaire¹⁰ sur deux (56 %), proportion en légère augmentation par rapport à 1997 (54 %) . La cocaïne est particulièrement impliquée dans les polydépendances. Lorsqu'elle est citée en produit à l'origine de la prise en charge (primaire ou secondaire), elle est neuf fois sur dix associée à un autre produit. Dans 80 % des cas, l'autre produit à l'origine de la prise en charge est l'héroïne.

La polyconsommation est définie par référence aux produits consommés récemment (semaine ou mois), lorsque deux produits au moins sont mentionnés. Dans l'enquête du mois de novembre 1999, la mention de deux produits apparaît pour 50 % des usagers ayant consommé au moins un produit et de trois produits pour environ 20 % d'entre eux. Ces pourcentages sont restés stables entre 1997 et 1999.

Les polyconsommateurs semblent être dans une situation plus difficile que les monoconsommateurs, les différences n'apparaissant cependant pas très importantes. Par rapport aux usagers d'opiacés ayant consommé un seul produit, ceux qui ont consommé trois produits sont plus nombreux à avoir utilisé la voie intraveineuse (43 contre 36 %) et sont moins nombreux à avoir un emploi salarié stable (12 contre 17 %).

10. Il n'est pas mentionné de produits pour un certain nombre de recours, soit parce qu'ils ne sont pas connus, soit en raison d'une prise en charge non directement liée à la toxicomanie (maladies infectieuses, problèmes psychiatriques, grossesses, etc.).

La fréquence et le type d'association sont variables suivant le produit considéré. Parmi les associations les plus fortes on peut citer l'héroïne chez les consommateurs de cocaïne (44 % des cas) et le cannabis chez les consommateurs d'alcool (40 % des cas). La consommation d'ecstasy, peu fréquente même parmi les usagers ayant récemment consommé un produit, est associée à une consommation de cannabis une fois sur deux.

Injection par voie intraveineuse

Les pratiques d'injection, quel que soit le produit en cause, sont à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par les usagers de drogues (maladies infectieuses d'origine virale ou bactérienne, augmentation du risque de surdoses, chocs anaphylactiques, abcès, etc.) (Emmanuelli, 2000). C'est pourquoi l'observation de ces pratiques est d'une grande importance.

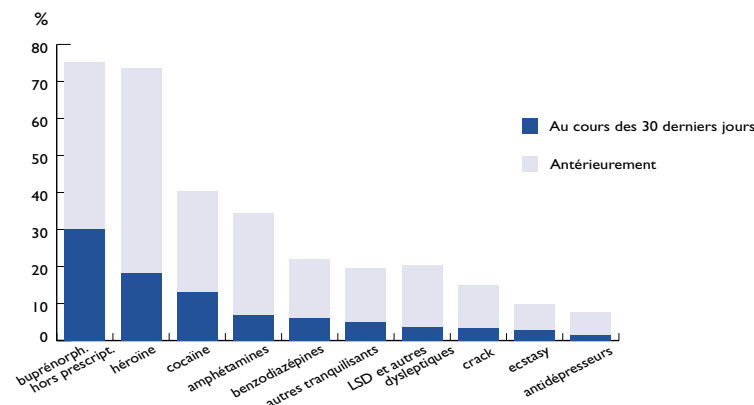
Dans les CSST et les établissements sanitaires, en novembre 1999 , un peu plus de 14 % des personnes prises en charge ont eu recours à l'injection intraveineuse au cours des trente derniers jours, et

près de 50 % antérieurement. La situation est très différente dans les établissements sociaux où plus de 80 % des usagers n'ont jamais pratiqué l'injection, ce qui s'explique par les caractéristiques des usagers fréquentant ces structures (jeunes usagers de cannabis en majorité).

Parmi les recours aux CSST et aux établissements sanitaires, la part des usagers pratiquant l'injection actuellement¹¹ est en diminution par rapport à 1997 et 1996 (14 % en 1999 contre 17 % en 1997 et 21 % en 1996). La baisse est du même ordre chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois (13 % en 1999 contre 16 % en 1997¹²).

Les pratiques d'injection varient suivant les produits à l'origine de la prise en charge et sont tout particulièrement liées à l'abus et à la dépendance aux opiacés. Les personnes prises en charge pour usage de cocaïne et d'amphétamines sont aussi concernées par ces pratiques, même une fois exclues les personnes également dépendantes aux opiacés (mention d'un traitement de substitution et/ou d'opiacés en produit secondaire à l'origine de la prise en charge).

Fréquence des pratiques d'injection suivant les produits primaires à l'origine de la prise en charge, en 1999



Note : afin d'observer de la façon la plus précise possible les prévalences des pratiques d'injection hors opiacés, le calcul est effectué à partir du nombre de prises en charge en produit primaire dont sont exclus, pour les produits non opiacés, les cas avec traitements de substitution ou opiacés en produit secondaire.

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS

11. En pourcentage du nombre de personnes répondant oui ou non à la question sur l'injection.

12. Donnée non disponible en 1996.

Chez les personnes ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne récemment, la proportion d'injecteurs est beaucoup plus importante. D'après l'enquête OPPIDUM ^③, elle atteint environ 50 % chez les consommateurs de cocaïne ou de buprénorphine hors prescription et 36 % chez les consommateurs d'héroïne. Dans l'enquête de novembre ^④, les prévalences des pratiques d'injection sont également élevées chez les personnes ayant consommé ces produits dans le mois, et particulièrement fortes dans les cas d'associations entre opiacés et cocaïne (cocaïne + héroïne : 50 % ; cocaïne + Subutex[®] : 63 %). Chez les consommateurs d'héroïne, la part des usagers utilisant la voie intraveineuse est en fort recul depuis quelques années (75 % en 1995 contre 36 % en 1999).

Dans les deux enquêtes précitées, les prises de risques liées aux pratiques d'injection (partage et réutilisation de la seringue) ne sont pas décrites et il est donc difficile de connaître leur évolution dans la période récente. Les enquêtes répétées de l'Institut de recherche et d'études sur les pharmacodépendances (IREP) auprès d'usagers de drogues recrutés dans les centres des soins ou dans la rue (injecteurs actifs ou anciens, non injecteurs) ont mis en évidence une diminution marquée du partage des seringues de la fin des années 1980 à 1996 (de 50 % à moins de 20 % des usagers interrogés) et une stabilité à un niveau élevé de la réutilisation de la seringue. Dans une autre enquête menée en 1998 auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues, le pourcentage d'usagers injecteurs ayant partagé leur seringues était d'environ 20 %, la réutilisation étant mentionnée par environ un usager sur deux (Emmanuelli *et al.*, 1999). Cependant, la population de l'étude ne portait que sur des injecteurs actifs et présentant le plus souvent des difficultés d'insertion, exclusivement représentatifs des clientèles fréquentant les programmes d'échange de seringues, ce qui peut tendre à surestimer le niveau des pratiques à risques.

Morbidité liée aux drogues illicites

Sur cette question, seules sont disponibles des données de prévalence du VIH, VHC et le nombre

de nouveaux cas de Sida. En l'absence d'informations sur les nouvelles contaminations, la dynamique de l'épidémie ne peut-être qu'imparfaitement appréciée par les chiffres de prévalence, les personnes déclarant une séropositivité ayant pu être aussi bien infectées récemment que dix ou quinze ans auparavant.

Dans le cadre de ce rapport, les données retenues sont issues d'enquêtes pérennes nationales permettant de suivre l'évolution des prévalences. Dans les deux enquêtes de ce type existantes (celle de la DREES/DGS ^⑤ et celle du CESES) les informations sur les statuts sérologiques sont de caractère déclaratif, ce qui en restreint la portée, même si dans le cas du VIH la concordance entre les déclarations et les résultats des tests semble assez bonne. Pour une mise en perspective des résultats des différentes enquêtes, nationales ou locales, on pourra se reporter au précédent rapport *Indicateurs et tendances* (OFDT, 1999) et au rapport sur les indicateurs SIAMOIS de l'Institut de veille sanitaire (Emmanuelli, 2000).

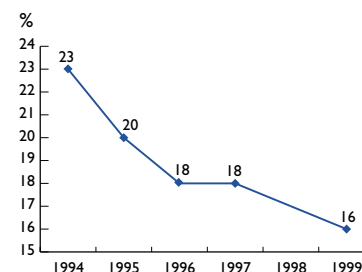
Prévalence du VIH

La prévalence du VIH se situe à des niveaux très différents selon que les usagers ont pratiqué ou non l'injection par voie intraveineuse. Parmi les personnes vues dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), la prévalence déclarée du VIH s'établit en novembre 1999 à un peu moins de 6 % chez les usagers non-injecteurs et à 16 % chez les usagers injecteurs ^⑥. Il faut noter que chez les premiers, le statut sérologique est inconnu dans 37 % des cas contre 14 % pour les seconds. La prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois est de 13 %.

Selon les données des enquêtes menées auprès des CSST au mois de novembre ^⑦, la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs tend à décroître depuis 1994¹³. Une enquête répétée à périodicité plus longue menée pour la dernière fois en 1996 (IREP, 1996) a montré que le mouvement de décroissance remonte à la fin des années

13. On ne dispose de données sur la prévalence chez les usagers injecteurs qu'à partir de cette date.

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS ^⑤

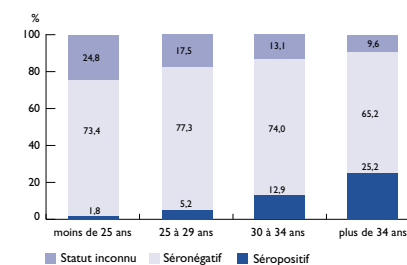
1980. Sur le graphique ci-dessus, la baisse assez rapide entre 1994 et 1996 pourrait être la conséquence de la diminution du nombre de nouvelles contaminations à partir de la fin des années 1980 (Emmanuelli, 2000) et du nombre important de décès d'usagers de drogues par surdoses et par Sida au début des années 1990. Malgré le palier observé en 1997, qui pourrait être lié à la décroissance des décès des usagers de drogues séropositifs pour le VIH, la tendance à la baisse semble se poursuivre jusqu'en 1999. L'impact de la politique de prévention des risques infectieux sur la diminution de la prévalence du VIH paraît également incontestable même s'il est difficile à mesurer précisément. Il faut cependant noter que la prévalence du VIH chez les usagers injecteurs pris en charge pour la première fois dans les centres spécialisés est restée stable entre 1997 et 1999.

Une autre enquête pérenne a été réalisée par le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida (CESES) chaque semestre, entre 1993 et 1998, auprès des usagers pris en charge dans les CSST avec hébergement. Cette population est d'ailleurs incluse dans l'enquête citée précédemment. Les résultats montrent également une tendance marquée à la baisse en début de période (du deuxième semestre 1993 au deuxième semestre 1995), suivi d'un palier (jusqu'au deuxième semestre 1996) et d'une reprise de la tendance à la di-

minution de la prévalence, à un rythme très faible, jusqu'au premier semestre 1998 (Six *et al.*, 1999). Si les évolutions sont très semblables dans les deux enquêtes, la prévalence dans celle réalisée par le CESES est inférieure de trois à quatre points au résultat de l'enquête effectuée par la DREES/DGS tout au long de la période. Cette différence pourrait s'expliquer par la répartition par âge et par zone géographique des populations des deux enquêtes et éventuellement par un effet de sélection lié au type de structure. À la même date (premier semestre 1998), la prévalence déclarée du VIH parmi des usagers fréquentant des programmes d'échange de seringues est de 19 % (Emmanuelli *et al.*, 1999), chiffres encore plus élevés que ceux de l'enquête DREES/DGS. Là aussi, le recrutement lié au type de structure (prévues spécialement pour les injecteurs) est sans doute à l'origine de cet écart.

La prévalence du VIH est fortement liée à l'âge, doublant plus ou moins d'une tranche d'âge quinquennale à l'autre, avec cependant une incertitude liée au pourcentage élevé de sérologie inconnue chez les plus jeunes. La prévalence croît avec la durée d'exposition au virus, plus longue chez les gens plus âgés. La plus faible prévalence chez les plus jeunes pourrait aussi s'expliquer par l'effet des politiques de réduction des risques (message de prévention, accès accru aux seringues stériles et aux produits de substitution).

Prévalence déclarée du VIH chez les usagers injecteurs vus dans les centres spécialisés par tranche d'âge, en 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ^⑤

Il faut également noter que parmi les injecteurs vus dans les centres spécialisés, les femmes sont plus souvent séropositives que les hommes (18,5 contre 15,1 % chez les hommes en novembre 1999).

L'analyse des disparités régionales est abordée dans la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Nouveaux cas de Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida est en diminution chez les usagers de drogues (3). La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Entre 1997 et 2000, le mouvement de baisse s'est poursuivi bien qu'à un rythme plus faible. On enregistre une évolution similaire des nouveaux cas de Sida chez les homosexuels. Les nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels ont également diminué jusqu'en 1999, mais à un rythme moins rapide que chez les usagers de drogues et les homosexuels chez lesquels la diffusion de l'infection a connu un pic au milieu des années 1980. Cette diminution des nouveaux cas de Sida chez les hétérosexuels ne s'est pas poursuivie en 2000.

L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de Sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues.

Comparée aux cas déclarés chez les hétérosexuels, la proportion de cas pour lesquels le Sida se déclare chez un sujet ignorant sa séropositivité est beaucoup moins importante chez les usagers de drogues, ce qui semble s'expliquer par le fait que ceux-ci sont dépistés dans une proportion plus importante que les autres. Une assez bonne connaissance de leur statut sérologique a permis aux usagers de drogues de bénéficier, tout comme les homosexuels, des nouvelles associations d'antirétroviraux apparus en France en 1996.

Nouveaux cas de Sida déclarés chez les usagers de drogues, de 1987 à 2000

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000*
343	640	905	1079	1218	1342	1493	1376	1317	962	423	346	285	244

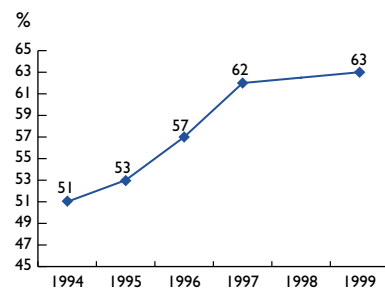
* Données redressées.

Source : Système de surveillance du Sida, InVS (3)

Hépatite C

Comme dans le cas du VIH, la prévalence déclarée du VHC est très fortement liée aux pratiques d'injection. Parmi les personnes vues dans les établissements spécialisés en novembre 1999 (4), la proportion de séropositifs pour le VHC est de 20 % chez les non-injecteurs contre 63 % chez les usagers injecteurs. Tout en gardant à l'esprit que seule un peu plus de la moitié des non-injecteurs connaît son statut sérologique, le haut niveau de prévalence chez ces derniers pose question. Il se peut qu'une partie des non-injecteurs ait pu utiliser la voie intraveineuse, même de façon exceptionnelle. Les risques de contracter le virus lors d'une seule injection sont alors beaucoup plus importants dans le cas de l'hépatite C que dans le cas du VIH (voir ci-après).

Prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés, de 1994 à 1999



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre, DREES/DGS (5)

Le tatouage est également un mode de contamination à prendre en compte. Les rapports sexuels non protégés et le partage des pailles chez les consommateurs par voie nasale sont également évoqués mais font l'objet de discussions. Chez les usagers injecteurs, la connaissance du statut sérologique est meilleure, avec 81 % de statuts connus, et plus élevée qu'en 1997 (environ 75 %). Parmi les premiers recours, la proportion de séropositifs est de 54 %, chiffre resté stable entre 1997 et 1999.

À l'inverse du VIH, la prévalence du VHC est en augmentation depuis 1994. La faible variation entre 1997 et 1999 pourrait être le signe d'une tendance au plafonnement, évolution qui demande toutefois à être confirmée. Les facteurs explicatifs de cette tendance à l'augmentation ont souvent été exposés et ne seront que brièvement rappelés ici : prévalence du VHC plus importante, plus forte infectivité et plus grande résistance de ce virus en milieu extérieur. Il en découle une forte probabilité pour tout usager de drogues par voie intraveineuse de se trouver en contact avec le virus de l'hépatite C et, lorsque c'est le cas, d'être infecté. La persistance importante de certains types de pratiques à risques (réutilisation de la seringue et partage du matériel d'injection autre que la seringue) contribuerait également à ce haut niveau de prévalence.

Dans l'enquête du Centre européen pour la surveillance du Sida (CESES), les questions sur le VHC ont été introduites en 1996. Les données de prévalence chez les usagers injecteurs sont à peu près identiques à celles du graphique ci-contre (63 % au premier semestre 1998), avec une augmentation jusqu'au premier semestre 1997, puis une tendance à la stabilisation.

Pour les mêmes raisons que le VIH, la prévalence du VHC est liée à l'âge : parmi les moins de 25 ans, les injecteurs fréquentant les centres spécialisés en novembre 1999 (N = 1 121), environ 38 % sont déclarés séropositifs avec 28 % de statut sérologique inconnu alors que chez les 35 ans et plus (N = 3 132), 77 % sont séropositifs avec 16 % de statut sérologique inconnu.

Contrairement à ce qui a été constaté pour le VIH, les femmes pratiquant l'injection ne semblent pas être significativement plus touchées par le VHC que les hommes.

Pour une analyse des disparités régionales, se reporter à la partie géographique à la fin de ce chapitre.

Coinfection

Sur l'ensemble des usagers injecteurs connaissant leur statut sérologique, 13,3 % sont coinfectés par le VIH et le VHC. En 1997, la proportion était de 14,4 %. Parmi les personnes séropositives pour le VIH, près de 88 % se déclarent également séropositives pour le VHC en 1999, contre 83 % en 1997.

Mortalité chez les usagers de drogues illicites

Suivant les sources, il faut distinguer les décès directement liés à l'usage de drogues illicites de ceux plus indirects comme les décès par Sida d'usagers de drogues.

Tout comme les décès attribuables au tabagisme ou à l'alcoolisme, une partie de ceux liés à l'usage de drogues illicites peut être mesurée à l'aide du registre national des causes de décès (6) tenu par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), qui rassemble les informations en provenance des certificats de décès. Mais les données les plus rapidement disponibles proviennent de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRIS) et correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police (7), car faisant l'objet d'une enquête de police. Ces données pourront enfin être complétées par celles du dispositif de surveillance DRAMES (8) (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), alimenté par les CEIP, les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance.

Aucune de ces sources ne permet d'appréhender la mortalité pour laquelle l'usage de drogues ne serait pas la cause immédiate, comme les suicides, les accidents de la route, etc.

Surdoses constatées par la police

Les décès par surdoses enregistrés par les services de police sont en forte baisse depuis 1995. Leur nombre a été divisé par près de cinq entre le

maximum enregistré en 1994 (564 décès) et le niveau le plus bas atteint en 2000 (120 décès).

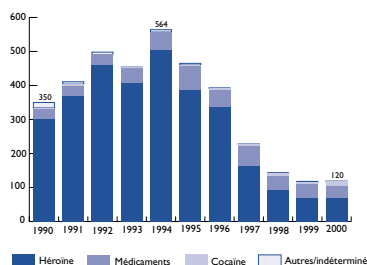
Même s'il n'est pas exclu que les décès par surdoses soient moins visibles qu'avant, la baisse des décès également observée à partir des données de l'INSERM (voir ci-après) confirme la réduction de ce phénomène.

La tendance s'explique en majeure partie par la baisse des cas de surdoses liées à l'héroïne qui, bien que correspondant encore à près de 6 décès sur 10, diminuent en valeurs absolues et relatives depuis 1995. Le développement des traitements de substitution et la baisse de la consommation d'héroïne sont des facteurs explicatifs. Par ailleurs, il est possible de penser que le nombre de ces décès a atteint un seuil incompressible. La baisse s'est toutefois réduite depuis 1999, coïncidant peut-être avec le nouvel engouement pour l'héroïne rapporté par les observations de terrain.

Parallèlement à la baisse des décès par surdose liés à l'héroïne, ceux liés à la cocaïne, bien que limités à une dizaine, ont de plus en plus de poids dans l'ensemble des surdoses et, surtout, ceux attribuables aux médicaments correspondent actuellement à près d'un décès sur trois (il s'agit le plus souvent des médicaments habituellement consommés par les héroïnomanes, en substitution ou non : Subutex®, méthadone, Skenan®, Tranxène®, etc.).

Les résultats des analyses toxicologiques révèlent souvent la présence de plusieurs substances. C'est le cas dans un tiers des surdoses enregistrées en 2000.

Décès par surdose constatés par la police, de 1990 à 2000



Source : FNAILS, OCRTIS ©

À partir des déclarations des experts toxicologues, une étude portant sur 123 décès survenus en 1998 (9) a montré que dans 3 cas sur 4, des stupéfiants sont à l'origine du décès, pour moitié en association avec des psychotropes. Les trente autres seraient attribuables à la buprénorphine (Subutex®) ou à la méthadone, toujours associés à d'autres substances.

Par ailleurs, la comparaison des caractéristiques de ces décès à celles des 143 surdoses comptabilisées par l'OCRTIS la même année a conclu à l'existence de 15 doublons au maximum. Ceci laisse à penser que le nombre de surdoses est probablement sous-estimé, quelle que soit la source considérée.

Autres mesures des décès liés à l'usage de drogues

Les décès repérables à partir du registre des causes de décès de l'INSERM ne correspondent pas uniquement à des surdoses, puisque tous les décès pour lesquels l'usage de drogues est signalé comme une cause associée sont susceptibles d'être enregistrés. Cette source ne fournit pas un indicateur fiable des surdoses *stricto sensu*, car certains décès dont la cause n'est pas immédiatement identifiée seront classés en « cause inconnue », même si, par la suite, l'examen médico-légal révèle qu'il s'agit de décès par surdoses (10).

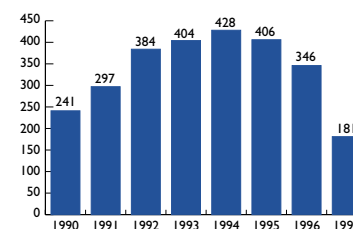
Il n'est donc pas possible de comparer directement, ni même de cumuler le nombre de décès obtenu à partir des sources de l'OCRTIS et de l'INSERM.

Selon la classification internationale des maladies (9^e version), les décès liés aux drogues sont regroupés en trois causes distinctes : les psychoses dues à la drogue, la dépendance et l'abus de drogues sans dépendance. Par convention, l'INSERM code les décès liés aux drogues illicites (surdoses) essentiellement en pharmacodépendance alors que les décès pour abus de drogues sans dépendance correspondent presque exclusivement à des décès liés au tabac et à l'alcool. Aucun cas de décès par psychose n'est recensé.

Les cas de décès par pharmacodépendance sont donc en baisse depuis 1994. Cette diminution, d'abord régulière, s'est accélérée en 1997. Au moins la moitié de ces décès est liée à l'usage

d'opiacés. Cette tendance corrobore celle observée pour les surdoses constatées par la police, sans qu'il soit possible de vérifier s'il s'agit ou non des mêmes décès.

Décès par pharmacodépendance inscrits dans les certificats de décès, de 1990 à 1997



1997 est la dernière année renseignée pour l'instant.

Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8 ©

Décès par Sida d'usagers de drogues par voie intraveineuse

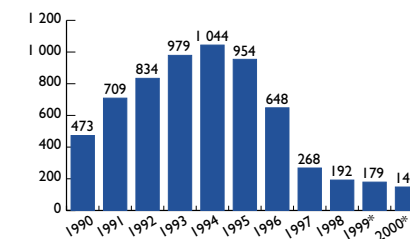
Le nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues a poursuivi sa baisse en 2000. Après le pic de 1994, ces décès diminuent de 25 % en moyenne

chaque année. Jusqu'en 1999, on observe une évolution similaire pour l'ensemble des décès par Sida, quel que soit le mode de contamination, mais les décès d'usagers de drogues sont les seuls à baisser encore en 2000 (11).

La proportion de décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse a baissé en 2000, alors qu'elle a augmenté tout au long de la dernière décennie, passant d'environ 20 % en 1990 à 30 % en 1999.

Les nouveaux traitements antiviraux et leur plus grande accessibilité expliquent pour une grande part la diminution du nombre de décès par Sida chez les usagers de drogues.

Décès par Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, de 1990 à 2000



* Données redressées.

Source : Système de surveillance du Sida, InVS ©

Conséquences pénales de l'usage de drogues illicites

Suivant les lois relatives à l'usage de stupéfiants en vigueur, toute personne consommant ces substances s'expose à des sanctions pénales allant jusqu'à de l'emprisonnement ferme, et peut donc faire l'objet d'une interpellation, suivie ou non d'une condamnation et éventuellement d'une incarcération. Cette section s'attache à déterminer le nombre et les caractéristiques des personnes concernées à chacune de ces étapes.

Les données disponibles permettent de faire apparaître l'effet d'entonnoir du système pénal : pour 90 000 interpellations d'usagers en 1999, 6 700

condamnations pour usage en infraction principale ont été prononcées, dont 1 500 font l'objet d'une peine d'emprisonnement ferme, et moins de 400 incarcérations pour usage sont comptabilisées¹⁴.

14. De nombreuses réserves méthodologiques sont à apporter à cette comparaison. Les plus importantes tiennent aux décalages temporels que l'on ignore ici (une personne interpellée en 1999 ne sera pas forcément condamnée la même année, au fait que toutes les peines ne sont pas exécutées (aménagement, grâce, etc.), ou encore qu'une partie des personnes incarcérées n'est pas encore condamnée. La réduction de la taille de la population à chaque étape du processus pénal n'en demeure pas moins.

Des différences entre les catégories et les unités de compte retenues par la police et la justice rendent cependant impossible le suivi statistique des personnes interpellées tout au long de la « filière pénale » (de l'interpellation jusqu'à l'incarcération). Cela empêche notamment de connaître la part de celles qui seront condamnées ou interpellées suivant le produit en cause¹⁵.

Interpellations pour usage

Au cours de l'année 2000, environ 94 300 interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants ont été effectuées en France ⁽²⁾. Elles représentent 95 % de l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les 5 % restants se rapportent à des cas de trafic.

Dans les interpellations pour usage, le cannabis est la substance en cause dans près de neuf cas sur dix. Loin derrière, avec 6 % des cas, l'héroïne est la seconde substance mentionnée, suivie par la cocaïne et l'ecstasy. La part de ce dernier produit dans les interpellations a fortement augmenté par rapport à 1999.

Évolution entre 1990 et 2000

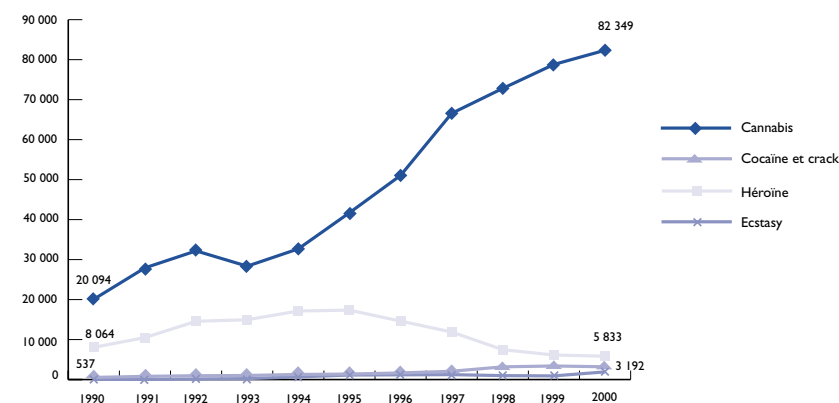
Au cours de la décennie passée, l'évolution des interpellations a été marquée par quatre grandes

tendances : l'explosion des interpellations liées au cannabis, la forte chute de celles pour usage d'héroïne dans la deuxième moitié des années 1990, le développement des interpellations pour usage de cocaïne et de crack, l'apparition et le développement de celles pour usage d'ecstasy⁽²⁾.

Les interpellations pour usage de cannabis ont quadruplé depuis 1990. À cette date, cette substance était en cause dans une interpellation sur deux contre neuf sur dix en 2000. Ces interpellations constituent désormais un des grands contentieux de masse, quasiment au même niveau que celles pour coups et blessures volontaires. L'importance de ce nombre est sans doute la conséquence du caractère massif de l'usage de cannabis, ainsi que le montrent les enquêtes en population générale sur les consommations de substances psychoactives. L'absence de mention du produit en cause dans les statistiques des condamnations et d'incarcérations ne permet malheureusement pas de savoir quelles sont les suites pénales données à ces interpellations. Face à un nombre aussi important d'interpellations, mobilisant des ressources publiques non négligeables, il semblerait pourtant indispensable de disposer des éléments statistiques minimums pour en mesurer les conséquences, au moins sur le plan judiciaire.

La forte décroissance des interpellations pour usage d'héroïne à partir de 1996 constitue la seconde évolution notable intervenue au cours de

Interpellations pour usage de stupéfiants de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAILS, OCRTIS ⁽²⁾

la décennie. Celles-ci ont chuté de plus de 17 000 en 1995 pour atteindre moins de 6 000 en 2000. Il faut noter que cette diminution s'est ralentie en 1999 et en 2000 et qu'un palier pourrait donc avoir été atteint. Les années de forte baisse correspondent à la phase d'introduction et de montée en charge des traitements de substitution à la buprénorphine¹⁶. Le nombre estimé de personnes suivant ces traitements a continué de progresser en 1999 et en 2000, mais à un rythme plus faible. Les deux évolutions (interpellations pour héroïne et traitement de substitution) sont très vraisemblablement liées.

Le troisième fait marquant de la décennie est l'augmentation des interpellations liées à l'usage de crack et de cocaïne. Au début des années 1990, cette croissance était principalement imputable au développement des interpellations liées au crack, probablement associée à une phase de diffusion de ce produit à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Dans la deuxième partie de la décennie, c'est plus largement la cocaïne qui est en cause dans la progression des interpellations. Le graphique ci-dessus permet de constater la symétrie existante, à partir de 1995, entre

les courbes d'interpellations pour usage de cocaïne et celle d'héroïne. La forte chute des interpellations liées à l'héroïne s'est accompagnée d'une progression rapide de celles liées à la cocaïne. Par la suite, et de façon simultanée, les évolutions à la baisse pour l'héroïne et à la hausse pour la cocaïne ralentissent. Une des hypothèses permettant d'expliquer la liaison apparente entre les deux courbes serait qu'il s'agit pour une part de la même population. Un usager d'héroïne, également consommateur de cocaïne, n'apparaissait auparavant dans les interpellations que comme usager d'héroïne. Si cette même personne interpellée suit un traitement de substitution et consomme de temps en temps de la cocaïne, elle n'apparaîtra que comme usager de cocaïne. Un même phénomène de changement d'étiquette semble également se manifester au niveau des demandes de traitement¹⁷.

Interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations		Femmes	Étrangers	Âge moyen
	effectifs	% en colonne	% en ligne	% en ligne	en années
Cannabis	82 349	87,3	6,8	6,6	21,8
Héroïne	5 833	6,2	13,3	11,4	28,3
Cocaïne	2 323	2,5	18,1	12,0	29,6
Crack	869	0,9	14,0	23,2	31,3
Ecstasy	1 921	2,0	13,4	4,9	23,3
Autres*	1 044	1,1	10,6	13,5	-
Total	94 339	100,0	7,7	7,2	22,3

* Médicaments, LSD, champignons hallucinogènes, opium, morphine, etc.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ⁽²⁾

15. C'est pourquoi l'analyse des condamnations et des incarcérations ne peut être déclinée dans les chapitres par produit de ce rapport.

16. Voir les développements sur les traitements de substitution dans le chapitre « Héroïne et autres opiacés ».

17. Voir le chapitre sur la cocaïne, section « Conséquences sanitaires et sociales ».

La croissance des interpellations pour usage/usage-revente d'ecstasy est également une des tendances fortes constatée au cours de la dernière décennie, comme le montre le graphique page 51. Cette hausse s'est réalisée en deux temps, avec une première phase d'augmentation entre 1990 et 1995 consécutive à l'introduction de ce nouveau produit en France, puis, après quatre années de stagnation, un doublement du nombre d'interpellations entre 1999 et 2000. D'après les analyses issues du dispositif d'observation des tendances récentes TREND , la disponibilité de l'ecstasy se serait nettement accrue dans les lieux de revente traditionnels entre 1999 et 2000 alors qu'elle est restée stable dans « l'espace festif » (fêtes techno). Cette évolution pourrait expliquer en partie l'augmentation des interpellations, la police et la gendarmerie se retrouvant en terrain plus connu avec la vente de rue qu'avec le négoce au cours des *rave party*.

En 2000, ces différentes évolutions se traduisent par une moins forte concentration des interpellations sur l'héroïne et par une répartition entre produits plus égale. Ceci peut s'expliquer par le développement des traitements de substitution et par la diversification des substances consommées. L'offre de produit s'est elle-même adaptée à ces modifications, les vendeurs étant désormais plus souvent « multicartes ».

Caractéristiques des usagers interpellés

Comme pour les demandes de traitement, les caractéristiques des usagers interpellés diffèrent suivant les produits. En ce qui concerne l'âge, les usagers de cannabis et d'ecstasy, avec respectivement 22 et 23 ans d'âge moyen, se distinguent des usagers de cocaïne, de crack ou d'héroïne nettement plus âgés (respectivement 30, 31 et 28 ans d'âge moyen en 2000).

Les usagers interpellés sont très majoritairement des hommes. Leur part dans les interpellations est particulièrement élevée pour le cannabis (environ 93 %).

On peut enfin remarquer que les étrangers sont minoritaires dans les interpellations d'usagers, sauf peut-être dans le cas du crack (un usager interpellé sur cinq).

Injonctions thérapeutiques et autres alternatives

Suite à l'interpellation d'un usager, les services de police ou de gendarmerie contactent le substitut du procureur du tribunal de grande instance de leur ressort. Ce magistrat peut soit classer l'affaire, suivant différentes modalités (sans suite, sous condition, avec orientation¹⁸), soit prononcer une injonction thérapeutique, soit engager des poursuites. Le classement intervient dans une grande majorité des cas¹⁹. L'**injonction thérapeutique** est une des alternatives aux poursuites dont disposent les substituts. Elle se différencie des autres (classements sous conditions ou avec orientation) par l'imposition d'un cadre coercitif plus fort, le substitut disposant toujours de la possibilité de réengager les poursuites si l'usager ne satisfait pas à ses obligations. Dans cette section, seuls le nombre et les caractéristiques des personnes faisant l'objet d'une injonction sont décrits. Les données disponibles au moment de la parution de ce rapport ne permettent pas de mesurer le développement des autres alternatives aux poursuites encouragé par la circulaire de juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies²⁰.

Nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées et suivies

Lorsqu'une injonction est décidée, l'usager est, sauf exception, convoqué au tribunal de grande instance pour se voir notifier la mesure. Il a alors l'obligation d'entrer en contact avec les services de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui l'orientera, si cela paraît justifié, vers une structure de soins adaptée. Chacune de ces étapes est source de déperdition, ce qui explique l'écart entre le nombre des injonctions prononcées

18. Voir le chapitre « Cadre légal et dispositifs ».

19. L'absence de continuité entre les statistiques d'interpellations et les statistiques judiciaires ne permet pas de connaître avec précision la part des personnes interpellées qui font l'objet d'un classement.

20. Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).

Injonctions thérapeutiques prononcées et suivies, de 1993 à 1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre d'injonctions prononcées ⁽¹⁾	6 149	7 678	8 630	8 812	8 052	8 022	7 737
Nombre de personnes orientées vers les DDASS ⁽²⁾	4 591	6 500	7 220	7 294	6 628	-	6 652*
Nombre d'injonctions suivies ⁽²⁾	4 064	5 760	6 072	6 331	5 723	-	3 437*

* Données estimées à partir des informations fournies par 83 départements sur 104.

Sources : (1) Cadres du parquet, ministère de la Justice (2) DGS (informations fournies par les DDASS)

par les magistrats et le nombre d'injonctions qui se traduiront effectivement par un contact avec les structures de soins (injonctions suivies).

En 1999, les magistrats ont prononcé environ 7 700 injonctions thérapeutiques. Après avoir connu une période de progression durant la première moitié des années 1990, leur nombre s'est orienté à la baisse depuis 1997.

Cette diminution, assez limitée en 1998 et en 1999, peut être liée à la chute des interpellations d'usagers d'héroïne, et, pour 1999, à l'impact de la circulaire du 17 juin 1999 mentionnée ci-contre. Cette dernière rappelle en effet que l'injonction doit être réservée aux personnes dépendantes²¹ et souhaite que cette mesure soit recentrée sur sa mission initiale. Les conséquences éventuelles de cette circulaire devraient néanmoins plus se faire sentir sur les données de 2000. Par ailleurs, les autres obligations de soins, qui interviennent après une condamnation, notamment les sursis avec mise à l'épreuve, semblent être en augmentation²². Il est possible que cette croissance se soit faite en partie au détriment des injonctions.

Le prononcé des injonctions thérapeutiques reste très concentré sur certains départements : en 1999, la moitié d'entre elles est regroupée sur une dizaine de départements. Il s'agit souvent de départements situés dans des zones géographiques où tous les indicateurs liés à la toxicomanie atteignent des niveaux élevés (frontière nord et nord-est, région parisienne, sud-est).

Toutes les injonctions prononcées ne sont pas menées à terme. En 1997, un peu plus de 6 600 personnes ont été orientées vers la DDASS et près de 5 700 personnes sont entrées en contact avec le

système de soins. Les données de 1999 sont partielles, certaines DDASS n'ayant pas communiqué leurs chiffres à la Direction générale de la santé. Elles donnent malgré tout une idée de l'importance de la déperdition entre les différentes étapes de la procédure : sur le nombre d'injonctions prononcées, 86 % sont suivies d'un contact avec les DDASS et 52 % avec des structures de soins. En 1997, ce dernier chiffre atteignait 86 %. Sous réserve que ces chiffres ne soient pas faussés en raison de l'absence de certains départements importants (Nord, Alpes-Maritimes), ce ratio aurait largement chuté. Il faudra attendre les chiffres de l'année 2000 pour juger de la permanence de cette évolution.

Usagers bénéficiant d'une injonction thérapeutique

En 1997²³, la population faisant l'objet d'une injonction thérapeutique est composée en majorité d'usagers de cannabis (60 % des injonctions suivies) et pour un peu plus d'un tiers seulement d'usagers d'héroïne (36 %). La même année, l'injonction thérapeutique pour les usagers de drogues « dures » comme l'héroïne ou la cocaïne n'est signalée que dans un quart des départements qui y ont eu

21. Les personnes dépendantes sont implicitement définies dans la circulaire comme les héroïnomanes et autres toxicomanes faisant un usage massif ou répété de produits illicites.

22. Le bilan de 1999 des conventions départementales d'objectifs santé-justice mentionne une hausse du nombre de mesures préventives prononcées, parmi lesquelles l'injonction thérapeutique ne représente qu'une faible part comparée aux autres mesures alternatives aux poursuites (voir la section « Évolutions récentes de la politique pénale » dans le chapitre « Cadre légal et dispositifs »).

23. Données non disponibles pour les années ultérieures.

recours. Le rôle attribué à l'injonction semble en fait très différent suivant les magistrats. À la conception classique de l'injonction visant une prise en charge sanitaire des usagers dépendants s'oppose une utilisation à des fins préventives. En cas de consommation plus restreinte ou plus récréative, certains magistrats utilisent l'injonction thérapeutique comme cadre à un suivi socio-éducatif, à une prise en charge psychologique ou à la délivrance d'un message préventif (Sagant, 1997).

Condamnations pour usage

La statistique des condamnations extraite du Casier judiciaire national ²⁰ rend compte des décisions de jugement prises à l'encontre des usagers poursuivis devant le tribunal. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions, ce qui est souvent le cas pour les condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants. La condamnation peut être envisagée en considérant uniquement l'infraction principale, mode de comptage utilisé dans l'Annuaire statistique de la justice, ou en prenant en compte l'ensemble des infractions associées. La deuxième approche enrichit la première.

Nombre de condamnations en infraction principale

Au cours de l'année 1999, un peu plus de 6 700 condamnations pour usage illicite de stupéfiants en infraction principale ont été prononcées. Ce chiffre est relativement stable depuis plusieurs années (excepté la baisse enregistrée en 1995 à la suite de l'amnistie présidentielle). Après les cas de détention et/ou acquisition, l'usage est l'infraction

à la législation sur les stupéfiants (ILS) la plus fréquemment sanctionnée dans les condamnations.

Le nombre de condamnations pour usage évolue de façon parallèle à l'ensemble des condamnations pour ILS et représente au maximum un tiers de celles-ci.

La quasi-stabilité du nombre de condamnations pour usage contraste avec la forte croissance des interpellations pour cette infraction. Tout semble se passer comme si « l'entonnoir » que constitue le système pénal était calibré pour un nombre donné de condamnations, quel que soit le nombre d'interpellations. Comme la croissance de ces dernières concerne surtout des usagers de cannabis, on pourrait penser qu'ils font rarement l'objet d'une condamnation. Dans ce cas, il peut paraître étonnant que la forte chute des interpellations pour usage d'héroïne des années 1996 à 1998, faiblement compensée par la croissance de celles pour usage de cocaïne et d'ecstasy, ne se soit pas traduite par une baisse des condamnations.

Nombre de condamnations en infraction associée

L'infraction d'usage de stupéfiants se retrouve en fait plus souvent que ne le montre le mode de comptage en infraction principale. En effet, en 1999, une infraction d'usage apparaît dans près de 15 000 condamnations, la plupart du temps en association avec d'autres infractions (78 % des condamnations mentionnant l'usage).

Le plus souvent, l'usage de substances illicites est associé à une autre infraction à la législation sur les stupéfiants. Lorsqu'un autre contentieux est lié à un usage de stupéfiants, il s'agit de vols dans près de la moitié des cas.

Condamnations pour infraction d'usage et infractions associées, de 1991 à 1999

	1991	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage (au moins une infraction d'usage)	11 505	15 493	15 685	15 026	14 864
Dont :	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
usage seul (en %)	36,9	19,5	21,5	23,1	22,1
usage et infraction hors ILS (en %)	19,1	15,4	14,3	14,1	15,1
usage et autre ILS (en %)	44,0	65,1	64,2	62,8	62,8

* Données provisoires.

Sources : CJN, SDESD - Ministère de la Justice (données publiées dans : Ministère de la Justice, 2001) ²⁰

Les combinaisons d'infractions les plus fréquentes sont celles associant l'usage et le transport de stupéfiants (correspondant probablement aux activités de « fournis »), l'usage et la détention ou encore l'usage et la cession (usagers-revendeurs dans les deux cas).

La situation a peu évolué entre 1998 et 1999. En revanche, des modifications apparaissent par rapport aux données de 1991 dont notamment :

- l'augmentation des condamnations comportant au moins une infraction d'usage ;
- hausse qui concerne plus particulièrement les condamnations associant l'usage à une autre infraction (leur poids passe de 44 à 63 %) ;
- la baisse de l'association « usage et autres contentieux ».

Ces évolutions traduisent probablement surtout des modifications dans la pratique des magistrats qui, pour la qualification d'un même délit, ont tendance à retenir un plus grand nombre d'infractions qu'auparavant, et notamment, celles d'usage lorsque le délit est lié aux stupéfiants.

En effet, depuis 1994, la révision de la nomenclature des statistiques des condamnations a abouti à l'éclatement de certaines catégories afin d'assurer une meilleure adéquation entre les faits et leur qualification. Pour qualifier la même affaire, les magistrats peuvent désormais utiliser non plus une mais plusieurs infractions. « Cette surqualification est sans doute à l'origine de la

baisse de la moitié des condamnations pour infraction unique entre 1991 et 1995 » (Burrincand et al., 1999).

Nature des peines prononcées

Les condamnations pour usage seul ou pour usage en infraction principale sont sanctionnées par des peines assez semblables : la moitié ou plus fait l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont deux sur cinq sont fermes) et environ un tiers est condamné à payer une amende (voir tableau page 56).

Des peines similaires sont retenues pour les affaires dans lesquelles l'usage est sanctionné avec la détention-acquisition, ce qui signifierait que les juges utilisent cette double qualification pour finalement sanctionner le simple usage.

Dans tous les autres cas, la nature des peines montre que ce n'est pas l'usage mais l'infraction associée qui constitue le motif des poursuites. Ces affaires font majoritairement l'objet d'une peine d'emprisonnement (dont près de la moitié est ferme). Les autres peines sont rarement requises. En cas d'emprisonnement ferme, la durée retenue varie de 18,6 mois en cas d'usage et trafic à 6,4 mois en cas d'usage et autre infraction (contre 2,1 mois en cas d'usage unique).

La comparaison avec les peines retenues en cas de trafic (traitées ci-après) indique que l'usage ne semble pas jouer comme une circonstance atténuante du trafic. Il est possible que dans certains

Condamnations pour usage illicite de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Nombre de condamnations pour usage	7 374	8 157	6 201	4 670	6 751	6 640	6 622	6 742
% sur le total des condamnations pour ILS	33,7	25,8	28,3	22,6	28,3	27,6	27,8	28,8

* Données provisoires.

Sources : CJN, SDESD - Ministère de la Justice ²⁰ (données publiées dans : Ministère de la Justice, 2001)

Condamnations pour usage de stupéfiants et nature des peines prononcées, en 1999

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Usage en infraction principale	6 742	58,4 %	26,9 %	14,6 %	100 %	(37,6 %)
Usage en infraction unique	3 282	46,0 %	37,3 %	16,8 %	100 %	(38,2 %)
Usage associé à d'autres infractions	11 582	78,7 %	11,6 %	9,7 %	100 %	(45,3 %)
Dont :						
usage et trafic	1 119	94,8 %	3,4 %	1,8 %	100 %	(54,9 %)
usage et transport	3 518	85,0 %	7,6 %	7,4 %	100 %	(45,3 %)
usage et cession	2 017	84,1 %	6,0 %	9,9 %	100 %	(40,3 %)
usage et détention-acquisition	2 660	56,5 %	27,6 %	15,9 %	100 %	(31,9 %)
usage et autres contentieux	2 247	82,4 %	8,2 %	9,4 %	100 %	(55,3 %)

(1) Peine de substitution, mesure éducative et dispense de peine.

(2) Lecture : 38,2 % des peines d'emprisonnement pour usage en infraction unique sont fermes (partiellement ou totalement).

Source : CJN, SDESSED - Ministère de la Justice ©

cas, l'association d'une infraction d'usage à celle de trafic relève plus d'une multiquantification systématique que de la certitude ou de la suspicion de la qualité d'usager de la personne interpellée.

Incarcérations pour usage et détenus incarcérés pour usage

Les personnes condamnées pour usage de stupéfiants peuvent faire l'objet d'une peine d'emprisonnement, ferme ou avec sursis (partiel ou total). Le dénombrement des incarcérations suite à une condamnation pour usage simple est difficile. En effet, les données en provenance des établissements pénitentiaires ne font mention que d'une seule infraction, celle figurant en premier dans la

condamnation. Il s'agit en général de l'infraction la plus grave mais il arrive qu'il en soit autrement. Tous les cas pour lesquels l'usage est associé à une infraction plus grave n'apparaîtront donc pas dans la statistique d'incarcération au titre de l'usage, sauf si, pour une raison quelconque, ce dernier figure en premier sur la condamnation.

Nombre d'incarcérations en 2000 et évolution

Au cours de l'année 2000, près de 400 personnes ont été incarcérées pour usage de stupéfiants, en métropole (34 dans les départements d'outre-mer) ①. Elles représentent moins de 1 % des entrants de cette année-là et un peu plus de 4 % des incarcérations pour infraction à la législa-

Incarcérations pour usage de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre d'incarcérations pour usage	1 213	1 034	892	870	700	468	471	395
% sur total des incarcérations pour ILS	10,2	8,6	7,1	7,3	6,6	5,1	5,2	4,4
% sur total des incarcérations	1,5	1,2	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6

Champ : métropole.

Source : FND, DAP/SDESSED - Ministère de la Justice

tion sur les stupéfiants (ILS). Ces dernières correspondent essentiellement à des cas de trafic (voir ci-après).

Les incarcérations pour usage de stupéfiants sont en baisse depuis 1993, aussi bien en valeurs absolues qu'en valeurs relatives.

Le nombre d'entrants condamnés pour usage de stupéfiants a été divisé par trois au cours des années 1990. La baisse est constante.

Population carcérale à une date donnée

Au début de l'année 2000, l'administration pénitentiaire recense moins de 300 personnes incarcérées pour usage de stupéfiants (en **infraction principale**), soit 3,4 % des personnes incarcérées pour ILS et 0,6 % de la population carcérale totale.

Une enquête *ad hoc*, effectuée un jour donné dans les établissements pénitentiaires français, permet d'affiner l'analyse en infraction principale et révèle qu'au 1^{er} novembre 2000, 197 personnes

sont incarcérées au seul titre d'usage de stupéfiants, soit légèrement plus qu'en 1994. Ces détenus représentent une part très faible de la population carcérale.

Le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires aux motifs d'usage et de détention est bien plus important : 2 700 personnes au 1^{er} novembre 2000 dont près de la moitié est en attente de jugement.

Détenus incarcérés pour usage de stupéfiants un jour donné, en 1994 et 2000

	1 ^{er} avril 1994	1 ^{er} novembre 2000
Pour usage seul	168	197
En % de la population carcérale	0,3	0,4
Pour usage et détention	-	2 692
En % de la population carcérale	-	5,5

Champ : métropole et outre-mer.

Source : Relevés manuels des établissements, PMJ1 - DAP - Ministère de la Justice

Répression de l'offre et du trafic de drogues illicites

Les saisies recensées par les services répressifs en France ne constituent qu'un indicateur très indirect de l'offre de drogues illicites. Elles sont en effet également liées à l'activité des services concernés. Le hasard peut aussi jouer un rôle dans les variations annuelles. Il est donc indispensable d'observer les saisies sur de plus longues périodes.

Comme pour l'usage, la répression du trafic est décrite à l'aide des indicateurs relatifs au nombre et aux caractéristiques des trafiquants apparaissant dans les statistiques d'interpellations, de condamnations et d'incarcérations.

Saisies de drogues

Les quantités saisies des différentes substances peuvent difficilement être comparées entre elles. Tout d'abord, la valeur des produits est très différente pour un même poids. Le cannabis, dont le prix au gramme est faible, fait l'objet d'un trafic par quantités souvent importantes, parfois de plusieurs tonnes, alors que l'héroïne circule en lots nettement plus petits. Ainsi, plusieurs tonnes de cannabis peuvent être saisies lors d'une même opération ce qui n'arrive jamais pour l'héroïne. Par ailleurs, la France étant un pays de transit, une

partie des quantités saisies n'est pas destinée au marché intérieur. Ce sont donc surtout les évolutions des saisies qui sont intéressantes d'observer.

Quantité de drogues saisies en 1998, 1999 et 2000, par produit

	1998	1999	2000
Cannabis (kg)			
(herbe, résine, huile)	55 698	67 480	53 579
Héroïne (kg)	343	203	444
Cocaïne (kg)	1 050	3 687	1 311
Crack (kg)	25	10	22
Amphétamines (kg)	165	232	230
Champignons hallucinogènes (kg)	4,8	5,6	11
Ecstasy (doses)	1 142 226	1 860 402	2 283 620
LSD (doses)	18 680	9 991	20 691

Source : FNAILS, OCRTIS ©

Évolution récente des saisies

Après une année record en 1999, les quantités saisies de cannabis sont revenues à leur niveau de 1997 et 1998 ©. L'évolution est à peu près similaire pour la cocaïne.

Pour la première fois depuis 1996, les quantités d'héroïne saisies sont en forte progression en 2000. Il est à noter cependant que la baisse en 1999 et la hausse en 2000 sont liées à de faibles variations du nombre des grosses opérations portant sur plus de 5 kg. Le nombre de ces saisies est passé de 11 en 1998 (totalisant 194 kg) à 5 en 1999 (53 kg), pour remonter à 15 en 2000 (273 kg). L'influence de ces quelques grosses affaires, qui représentent plus de 60 % des quantités d'héroïne saisies en 2000, incite à interpréter les chiffres avec prudence. De plus, la variation constatée est pour une bonne part le résultat d'une augmentation des quantités saisies à destination de la Grande-Bretagne et de l'Espagne (environ 270 kg pour ces deux pays). La France était destinataire d'un petit tiers des quantités d'héroïne saisie en 2000.

Après être restées longtemps limitées, les quantités saisies d'ecstasy ont nettement augmenté depuis 1998. Cette évolution est également liée à la crois-

sance de celles à destination de la Grande-Bretagne. La France n'est que très marginalement destinataire de l'ecstasy saisie (moins de 10 % en 2000), bien que sa part soit en progression.

Évolution des saisies entre 1990 et 2000

La dernière décennie a été marquée par la forte augmentation des saisies de cannabis, avec une croissance rapide et continue jusqu'en 1994 (multiplication par 2,5 des quantités saisies), puis une fluctuation autour de ce niveau jusqu'en 2000.

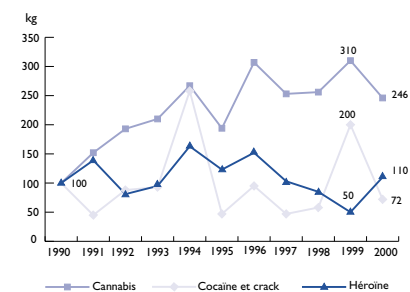
Cette tendance sur l'ensemble de la décennie ne se retrouve pas pour l'héroïne et la cocaïne, dont le niveau atteint en 2000 est proche de celui de 1990.

Les quantités saisies d'héroïne plutôt orientées à la hausse entre la fin des années 1980 et le milieu des années 1990, malgré des fluctuations, ont fortement décliné entre 1997 et 1999 pour se redresser en 2000.

Les quantités de cocaïne saisies fluctuent, quant à elles, un peu en dessous du niveau de 1990, mis à part les années 1994 et 1999 au cours desquelles des saisies exceptionnelles ont été réalisées.

Au-delà des variations annuelles, un tiers environ des quantités de cannabis saisies en France devait être revendu sur le territoire national, contre la moitié pour celles d'héroïne et un cinquième pour celles de cocaïne.

Quantités saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et de crack, de 1990 à 2000 (base 100 en 1990)



Source : FNAILS, OCRTIS ©

Interpellations, condamnations et incarcérations pour trafic

Comme pour les usagers, les statistiques pénales concernant les trafiquants ne permettent pas de réaliser un suivi judiciaire d'une affaire ou d'une personne tout au long de la filière pénale. Le détail par produit n'est disponible que pour les données relatives aux interpellations.

Interpellations

Au cours de l'année 2000, les services de police, de gendarmerie et de douane ont interpellé 6 500 trafiquants, ce qui représente 6,5 % des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ©.

Plus de 8 trafiquants interpellés sur 10 sont impliqués dans des activités de trafic local ou de revente et 2 sur 10 dans des trafics à plus grande échelle, d'importation ou d'exportation.

Les interpellations de trafiquants par produit sont plus diversifiées que pour les usagers.

Le cannabis, avec un peu plus de la moitié des affaires, est moins dominant (pour mémoire, il représente 87 % des interpellations d'usagers).

Avec près d'une interpellation sur cinq, l'héroïne et la cocaïne sont les produits les plus fréquemment en cause après le cannabis dans ce type d'interpellations.

Dans les interpellations de petits trafiquants (activités de trafic local ou revente), le cannabis est légèrement plus présent (il apparaît dans 60 % des cas). Mais la différence tient surtout au fait que les affaires de trafic international apparaissent fortement liées à la cocaïne.

Au cours de la première moitié de la décennie, les interpellations pour trafic étaient à la hausse ou stables pour tous les produits (voir graphique page 60).

Alors que les interpellations de trafiquants de cocaïne poursuivent leur progression, celles pour trafic de cannabis et d'héroïne chutent après 1996 et jusqu'en 1999. La baisse constatée pour les cas de trafic d'héroïne est à rapprocher de celle des interpellations d'usagers de ce produit.

En 2000, le nombre d'interpellations pour trafic augmente quel que soit le produit, rompant pour le cannabis et l'héroïne la précédente tendance à la baisse.

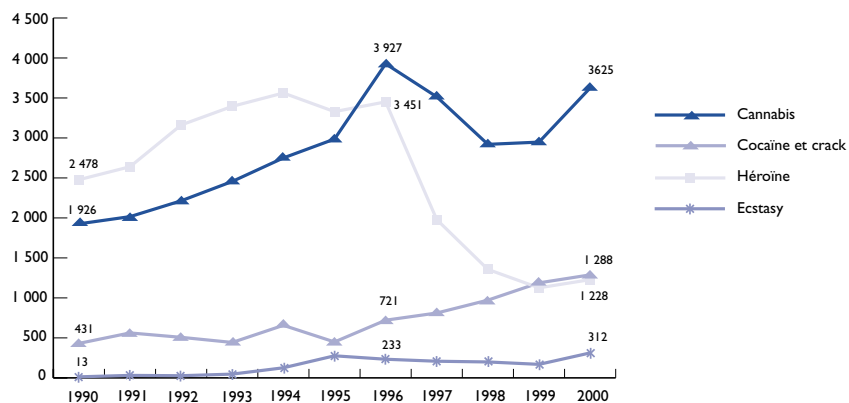
Interpellations pour trafic de stupéfiants en 2000 par produit, sexe, nationalité et âge

	Ensemble des interpellations pour trafic		Trafic international (= 1 245)	Trafic local et revente (= 5 286)
	effectifs	%	%	%
Cannabis	3 625	55,5	37,1	59,8
Héroïne	1 228	18,8	17,6	19,1
Cocaïne	1 088	16,7	34,0	12,6
Crack	200	3,1	0,7	3,6
Ecstasy	312	4,8	8,9	3,8
Autres*	78	1,2	1,7	1,1
Total	6 531	100,0	100,0	100,0

* Médicaments, amphétamines, LSD, khat, etc.

Source : FNAILS 2000, OCRTIS ©

Interpellations pour trafic de stupéfiants, de 1990 à 2000, par produit



Source : FNAILS, OCRTIS

Condamnations pour trafic

Alors que la statistique policière ne fait référence qu'à trois catégories de trafiquants (trafic international, local et revente), la nomenclature de la statistique judiciaire est plus détaillée, reprenant les infractions à la législation sur les stupéfiants sanctionnées dans le code pénal.

Contrairement aux interpellations, les condamnations pour trafic sont plus nombreuses que

celles pour usage de stupéfiants : respectivement 16 700 et 6 700 condamnations en infraction principale.

Les condamnations pour trafic de stupéfiants concernent plus particulièrement quatre types d'infractions : la détention-acquisition ; le commerce, emploi ou transport ; l'exportation ou l'importation ; l'offre ou la cession de stupéfiants. En 1999, on recense également 68 condamnations pour aide à l'usage de stupéfiants, 10 cas de non-

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale) et nature de la peine en 1999, par type d'infraction

	Total (effectifs)	% peine d'emprisonnement	% peine d'amende	% autres peines ⁽¹⁾	Total	% ferme sur emprisonnement ⁽²⁾
Détention, acquisition	8 945	78,9 %	12,0 %	9,1 %	100,0 %	(49,2 %)
Offre et cession	2 363	86,6 %	5,3 %	8,0 %	100,0 %	(55,5 %)
Commerce, emploi, transport	3 403	87,5 %	7,1 %	5,4 %	100,0 %	(54,7 %)
Trafic (exportation-importation)	1 839	96,3 %	2,6 %	1,1 %	100,0 %	(73,0 %)

(1) Peine de substitution, mesure éducative et dispense de peine.

(2) Lecture : 49,2 % des peines d'emprisonnement pour détention/acquisition en infraction principale sont fermes (partiellement ou totalement).

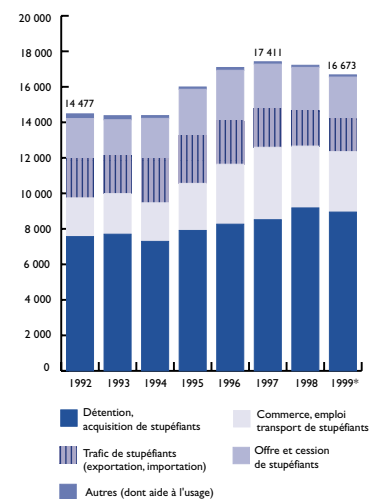
Source : CJN, SDESSED - Ministère de la Justice

justification de revenus (infraction couramment appelée « proxénétisme de la drogue »²⁴) et 55 autres ILS.

Plus on monte dans l'échelle du trafic, plus les peines d'emprisonnement sont privilégiées. La part et la durée de l'emprisonnement ferme augmentent aussi en conséquence.

Les infractions pour trafic ont plus de chance d'être mentionnées en infraction principale que les cas d'usage.

Condamnations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1992 à 1999



* Données provisoires.

Source : CJN, SDESSED - Ministère de la Justice

fois l'usage et le transport (15 % des condamnations), l'usage et la détention-acquisition (11 %) ou encore, les cas de détention, commerce et cession sans import-export ni usage (15 %).

Après une période de relative stagnation, la hausse des condamnations pour trafic de stupéfiants observée en 1995 a concerné essentiellement les cas de commerce, emploi ou transport de stupéfiants (+ 22 % en 1995), offre ou cession (+ 12 %) et importation-exportation (+ 10 %). Elle s'est poursuivie sur deux années, mais depuis 1997-1998, toutes ces condamnations sont à la baisse.

Par ailleurs, on note l'augmentation en valeur absolue et relative des condamnations pour ILS de mineurs : 451 cas en 1995 (soit 2,2 % des condamnations pour ILS) contre 1 594 cas en 1999 (soit 6,8 %) (Ministère de la Justice, 2001, p. 231).

Incarcérations pour trafic et détenus incarcérés pour trafic

La statistique pénitentiaire utilise à son tour une nomenclature différente des précédentes. Le niveau de détail est moindre puisque ne sont distingués que les cas de trafic, de cession, d'usage et d'autres ILS. Par ailleurs, les chiffres ne sont fournis qu'en infraction principale.

À ce stade de la filière pénale, il est logique que les infractions les plus sévèrement punies au regard du code pénal soient plus représentées dans les incarcérations. Ainsi, au cours de l'année 2000, les personnes incarcérées pour trafic de stupéfiants représentent 62 % de l'ensemble des incarcérations pour ILS et 8 % de l'ensemble des entrants (contre respectivement 4 et 0,6 % pour l'usage).

Tout comme l'ensemble des incarcérations pour ILS, celles pour trafic et, dans une moindre mesure, pour cession de stupéfiants, sont en baisse depuis 1993. Parallèlement, la catégorie des autres ILS représente de plus en plus d'incarcérations (de 18 % de celles pour ILS en 1993 à 26 % en 2000).

24. Le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie pour une personne en relations habituelles avec un trafiquant ou un usager de stupéfiants (voir chapitre « Cadre légal et dispositifs »).

Incarcérations pour trafic de stupéfiants (en infraction principale), de 1993 à 2000, par type d'infraction

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Trafic	7 845	7 726	7 991	7 842	6 869	5 720	5 867	5 538
Cession	686	1 140	1 053	987	910	863	491	616
Autres ILS	2 091	2 158	2 653	2 244	2 115	2 074	2 296	2 345
Total ILS	11 835	12 058	12 589	11 943	10 594	9 125	9 125	8 894
Total infractions	82 201	84 684	81 398	78 778	75 098	71 768	72 172	66 862

Champ : métropole.

Source : FND, DAP/SDSED - Ministère de la Justice ①

Notons que la diminution enregistrée du nombre d'incarcérations pour ILS est du même ordre de grandeur que pour l'ensemble des incarcérations, toutes infractions confondues (respectivement - 4 et - 3 % en moyenne chaque année). Au sein des ILS, ce sont celles relatives à l'usage qui baissent le plus.

Le nombre de condamnés (hors prévenus) pour ILS présents dans les prisons à une date donnée est également en baisse, en valeur absolue et relative. Au 1^{er} janvier 2001, l'administration pénitentiaire recense 4 085 condamnés pour ILS, soit 14 % de la population carcérale condamnée. Au 1^{er} janvier 1995, les 6 118 détenus pour ILS représentaient 21 % des condamnés②.

Blanchiment de l'argent de la drogue

La lutte contre le blanchiment de l'argent lié aux drogues illicites est une priorité réaffirmée depuis la loi du 31 décembre 1987, qui incriminait pour la première fois cet acte.

Créée au début des années 1990 au sein du ministère de l'Économie et du Budget, la cellule de coordination chargée du traitement du renseignement et de l'action contre les circuits financiers clandestins (TRACFIN) a pour tâche de recevoir et traiter les déclarations de soupçons des organismes financiers et de transmettre à l'autorité judiciaire les dossiers qui mettent en évidence des faits susceptibles de relever du trafic de stupéfiants ou de l'activité d'organisations criminelles.

Depuis sa création, TRACFIN reçoit un nombre toujours croissant de déclarations de soupçons : de 179 en 1991, la cellule en a enregistré 1 244 en 1998. L'activité s'est essentiellement développée à partir de 1995. Cette progression est notamment liée à une collaboration plus efficace des services bancaires et financiers concernés (DGDDI, 1999).

Ces déclarations portent sur le blanchiment de l'ensemble des produits du crime et non pas uniquement sur l'argent de la drogue.

En 2000, TRACFIN a enregistré 2 537 déclarations de soupçons et 156 dossiers ont été portés en justice. Si le nombre de dossiers transmis à la justice paraît faible relativement aux déclarations de soupçons, il faut préciser que certains dossiers d'enquête durent plus d'un an avant d'être transmis au procureur ; par ailleurs, une proportion importante des dossiers transmis regroupe en fait plusieurs déclarations de soupçons. En 1998 et 1999, 223 et 268 de ces déclarations ont débouché sur une saisine judiciaire, soit près de 17 % du contingent des signalements d'opérations suspectes reçus au cours de ces années. D'après le rapport d'activités TRACFIN 2000, il apparaît que les juridictions françaises font preuve d'une certaine sévérité dans la répression de cette catégorie de criminalité : sur les 21 condamnations pour délit de blanchiment prononcées en 1999, 19 ont été assorties de peines d'emprisonnement, dont la durée moyenne était de 32 mois.

Géographie des conséquences de l'usage de drogues illicites

Les conséquences sociosanitaires de l'usage de drogues illicites dans les régions peuvent être approchées par les données de la DREES/DGS ① sur le nombre de recours. Ces données permettent également d'appréhender la répartition régionale des cas de VIH et VHC parmi les injecteurs.

Les données régionales concernant les réponses pénales apportées à l'usage de drogues illicites correspondent au nombre d'interpellations et au nombre de condamnations pour usage, associé ou non à d'autres infractions.

Conséquences sanitaires et sociales

Demandes de traitement

Le nombre de recours n'est suffisamment important pour faire l'objet d'analyses au niveau régional que pour le cannabis et les opiacés.

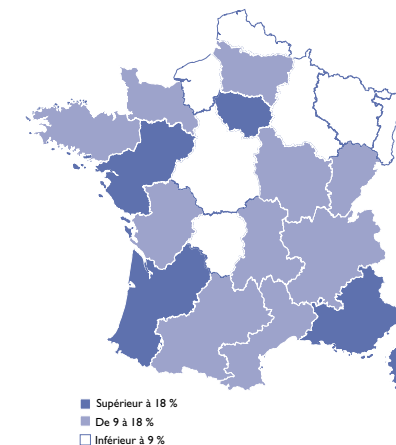
Dans toutes les régions, les prises en charge pour un produit primaire, rapportées au nombre d'habitants, sont plus nombreuses pour les opiacés que pour les autres produits. Le nombre de recours par habitant lié aux opiacés est cependant particulièrement élevé dans les régions du pourtour méditerranéen, en Ile-de-France, en Alsace et dans la région Nord-Pas-de-Calais, traditionnellement touchées par la toxicomanie. Les prises en charge liées au cannabis sont en revanche les plus nombreuses dans le Limousin, le Poitou-Charentes, et la Bretagne.

Certaines régions sont plus polarisées sur un produit (nettement au-dessus ou en dessous de la moyenne nationale pour un produit spécifique) : l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et l'Ile-de-France pour les opiacés, le Limousin, la Bretagne et la région Midi-Pyrénées pour le cannabis②.

Morbidité

La prévalence nationale du VIH chez les injecteurs (16 % d'après les données de l'enquête menée en novembre 1999 ③) masque de fortes disparités régionales. Dans les régions situées au nord de la France, la prévalence se situe en dessous de 10 %. Elle est particulièrement faible en Lorraine (4 %), Nord-Pas-de-Calais (5 %), Alsace (7 %) et particulièrement élevé en Corse (34 %) et dans les régions PACA, Ile-de-France et Aquitaine (22 à 23 %).

Prévalences du VIH parmi les usagers injecteurs en 1999, par région



Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS ①

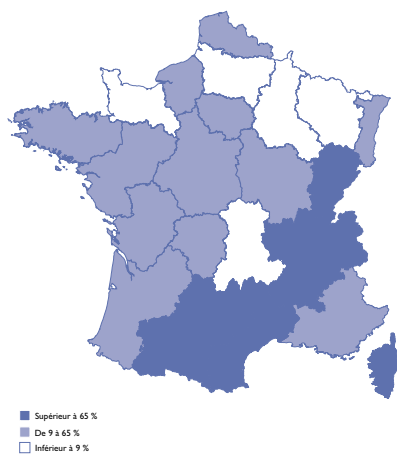
Les données relevées dans le cadre d'une étude multicentrique menée en 1999 confirment dans l'ensemble ces résultats (Chevallier, 2001). La prévalence déclarée atteint 30 % à Marseille et 22 % à Nice (contre 23 % en moyenne dans la région

PACA). À Toulouse, la prévalence est de 16 % (15 % dans la région Midi-Pyrénées). Les prévalences sont en revanche très faibles dans le nord de la France (2,5 % à Lille et 6 % à Lens contre 5 % en moyenne dans la région Nord-Pas-de-Calais).

Les disparités s'expliquent en partie par l'âge des usagers. Dans les trois régions à plus faible prévalence, l'âge moyen des usagers injecteurs se situe entre 28 et 29 ans ; dans les régions à plus forte prévalence, l'âge moyen est supérieur à 32 ans.

Les disparités régionales de prévalence sont moins fortes pour le VHC que pour le VIH. Si l'on exclut les deux valeurs extrêmes (Corse et Champagne-Ardenne), les prévalences se situent entre 50 et 69 % en novembre 1999 (17), alors que pour les VIH, en excluant également les valeurs extrêmes, la fourchette est de 4 à 22 %. En raison du caractère massif de l'épidémie à VHC, les prévalences semblent se répartir de façon plus homogène sur le territoire. Par ailleurs, comme il a été dit précédemment, les sérologies sont moins bien connues et les prévalences déclarées ont un degré de fiabilité bien moindre que pour le VIH.

Prévalences du VHC parmi les usagers injecteurs en 1999, par région

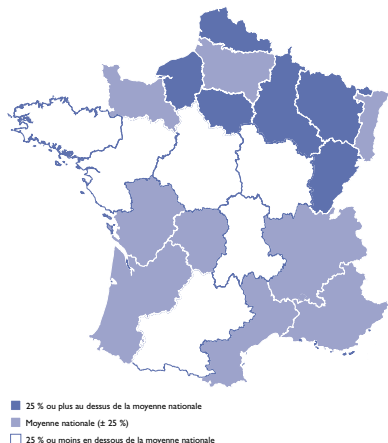


Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes en novembre 1999, DREES/DGS (18)

Conséquences pénales

Les régions enregistrant plus d'interpellations que la moyenne nationale (36 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 1999) sont toutes regroupées dans le nord ou l'est de la France, le maximum étant enregistré dans le Nord-Pas-de-Calais avec 61 interpellations pour 10 000 habitants. La plupart des interpellations étant des cas d'usage ou d'usage-revente de cannabis, cette carte est proche de celle décrite dans le chapitre traitant de ce produit (19).

Interpellations pour usage simple et usage-revente en 1999, par région



Moyenne nationale : 36,0 interpellations pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans.

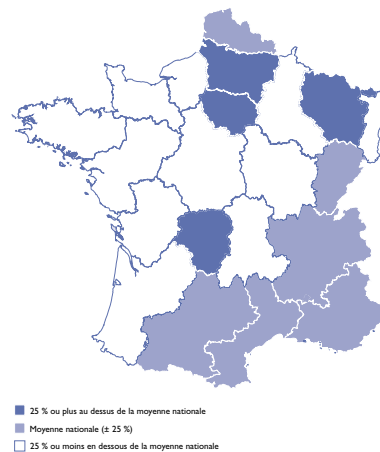
Source : FNAILS 1999, OCRIS

La dispersion géographique des condamnations pour usage seul ou pour usage et détention seuls n'est pas tout à fait la même que celle des interpellations en 1999.

Quatre régions se distinguent par un nombre de condamnations rapporté à la population nettement supérieur à la moyenne nationale. Il s'agit de

l'Île-de-France, la Lorraine, la Picardie et le Limousin (20). Seules les deux premières font également partie des régions enregistrant beaucoup d'interpellations.

Condamnations pour usage seul et usage/détention seuls en 1999, par région



Moyenne nationale : 1,9 condamnation pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans.

Source : CJN 1999, SDESSED-ministère de la Justice (21)

Pour en savoir plus

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001, 167 p.
- BURRICAND (C.), HARAL (C.), *Les condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Évolution 1991-1995 - Rapport d'étude*, Paris, ministère de la Justice, 1999, 42 p.
- CAZEIN (F.), PINGET (R.), LOT (F.), DAVID (D.), PILLONEL (J.), LAPORTE (A.), « Tendances récentes du Sida en France (janvier 1998-juin 2000) », *BEH*, n° 52, 2000, p. 233-235.
- CHEVALLIER (E.), *Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et de cocaïne en France. Une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse*, Paris, OFDT/ORSMIP, 2001, 112 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France, tome I*, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CORKERY (J.-M.), *Drug-related Mortality in France : a View from Across the Water*, 30 p., (à paraître).
- COSTES (J.-M.), « Country report : France », in EMCDDA, *Prevalence and Patterns of Problem Drug use for all European Union Member States. Final report*, Luxembourg, Office for official publications of the european communities, 2001, (à paraître).
- DELABRUYÈRE (D.), *Les condamnations en 1998*, Paris, ministère de la Justice, 2000, 250 p. (Coll. Études & statistiques Justice, n° 16).
- DGDDI (Direction générale des douanes et droits indirects), *Bilan de la douane en 2000*, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2001, (à paraître).
- EMMANUELLI (J.), LERT (F.), VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, Paris, OFDT/InVS/INSERM, 1999, 62 p. (Étude n° 18).
- EMMANUELLI (J.), *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*, (2 tomes), Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 + 93 p.
- GRÉMY (I.), *Tendances de la mortalité chez les toxicomanes. Étude bibliographique sur les enquêtes de cohortes*, Paris, ORS d'Ile-de-France, 1997, 65 p.
- GUILBERT (P.), BAUDIER (F.), GAUTIER (A.) (dir.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).
- InVS (Institut de veille sanitaire), « Surveillance du Sida en France : situation après deux ans d'interruption », *BEH*, n° 38, 2000, p. 163-169.
- IREP (Institut de recherche et d'études sur les pharmacodépendances), *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Rapport de synthèse*, Paris, IREP, 1996, 455 p.
- KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.
- Ministère de la Justice, DAGE, SDSSED, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2001*, Paris, Documentation française, 2001, 339 p.
- OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), *Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2000*, Paris, ministère de l'Intérieur, 2001, 114 p.
- OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.
- RABORD (M.), « L'injonction thérapeutique », *Échanges santé social*, n° 81, 1996, p. 49-52.
- SAGANT (V.), *Bilan de l'application de la circulaire du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique : synthèse et analyse des rapports des parquets*, Paris, ministère de la Justice, 1997, 95 p.
- SETBON (M.), DE CALAN (J.), *L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, CNRS-GAPP/OFDT, 2000, 159 p.
- SIMMAT-DURAND (L.), CESONI (M.-L.), GOYAUX (N.), KLETZLEN (A.), MARTINEAU (H.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998, 503 p. (Études et données pénales, n° 77).
- SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J.-B.), *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, de juillet 1993 à juin 1998*, Saint Maurice, CESES, 1999, 93 p.
- TELLIER (S.), *La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999*, Paris, DREES, 2001, 47 p.

Approche par produit



Alcool	71
Cannabis	95
Cocaïne et crack	115
Ecstasy et autres amphétamines	135
Héroïne et autres opiacés	155
LSD, champignons et autres hallucinogènes	179
Médicaments psychotropes	195
Produits dopants	213
Tabac	227
Polyconsommation	251

Alcool

Repères	72
Consommations d'alcool dans la population française	74
<i>Consommations en population générale adulte</i>	74
<i>Consommations à l'adolescence</i>	78
Ventes de boissons alcoolisées	79
<i>Boissons alcoolisées mises à disposition des consommateurs français</i>	79
<i>Dépenses des ménages</i>	80
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool	81
<i>Demandes de traitement</i>	81
<i>Caractéristiques et orientation des personnes prises en charge</i>	82
<i>Morbidité</i>	83
<i>Mortalité</i>	85
<i>Bénéfices de la consommation d'alcool</i>	87
Conséquences pénales de la consommation d'alcool	88
<i>Contrôle d'alcoolémie</i>	88
<i>Condamnations</i>	88
Géographie de la consommation d'alcool	89
<i>Approche régionale</i>	89
<i>Approche européenne</i>	92
Pour en savoir plus	93

Repères

Vente

■ Au cours de la première moitié des années 1990, les ventes d'alcool ont poursuivi leur mouvement de baisse engagé à la fin des années 1950. Néanmoins, cette décroissance a été de moindre ampleur par rapport à celles relevées les décennies précédentes. Une modification de tendance intervient dans la deuxième moitié des années 1990 : la consommation d'alcool semble s'être stabilisée. La diminution des quantités d'alcool pur consommées est entièrement imputable à la baisse de la consommation de vin.

■ En 1998, les ménages ont dépensé environ 80 milliards de francs pour les boissons alcoolisées, dont 60 % pour le vin. L'État a perçu un peu plus de 25 % de cette somme sous formes de taxes.

Consommation

■ En population générale adulte, au cours des dix dernières années, les indicateurs de consommation d'alcool sont relativement stables, que ce soit pour la consommation, l'ivresse ou la consommation problématique.

■ En population générale adulte, l'alcool est la substance psychoactive de loin la plus consommée : seuls 2,5 % des Français déclarent n'en avoir jamais bu, 29 % en consomment seulement occasionnellement, 42 % au moins une fois par semaine, 21 % tous les jours. Neuf pour cent présentent des signes de dépendance actuelle ou passée et peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool.

■ L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin, devant la bière et les alcools forts.

■ La consommation quotidienne est essentiellement masculine et fortement associée à l'âge.

■ Quatorze pour cent des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. Ces épisodes sont plus fréquents chez les hommes (22 %) que chez les femmes (7 %) et se produisent plus souvent entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes).

■ L'ivresse n'est pas plus fréquente chez les buveurs réguliers : les consommateurs hebdomadaires sont en effet plus nombreux à déclarer avoir été ivres (24 %) que les consommateurs quotidiens (11 %).

■ Chez les jeunes, l'évolution des consommations au cours de la décennie 1990 est, comme pour les adultes, relativement stable.

■ À 16 ans, 86 % des garçons et 85 % des filles disent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie, l'usage répété (au moins dix fois dans le mois) concerne 14 % des garçons et 5 % des filles. Au même âge, 51 % des garçons et 42 % des filles ont connu au moins un épisode d'ivresse et 5 % des garçons et 2 % des filles des ivresses répétées (10 et plus par an).

■ Pour les deux sexes, l'alcool est le produit psychoactif expérimenté le plus précocement : en moyenne à 14 ans environ. La première ivresse est postérieure à la première consommation d'alcool d'environ deux ans.

Conséquences sanitaires et sociales

■ L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies : cirrhose du foie, syndrome d'alcoolisme fœtal. Il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polyneuropathie, troubles psychiques, accidents (routes, domestiques, travail), rixes et suicides. Le nombre de décès attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 en 1995 ; on ne dispose pas d'estimation plus récente.

■ En raison d'une plus grande consommation d'alcool, les conséquences sanitaires problématiques liées à l'alcool sont beaucoup plus importantes pour les hommes que pour les femmes.

■ Au regard des conséquences néfastes de la consommation d'alcool, certaines études mettent en évidence des bénéfices éventuels d'une consommation d'alcool sur la santé (maladies cardiovasculaires) : une consommation très modérée de vin, même quotidienne, ferait diminuer la mortalité globale. Sur ce sujet, les conclusions d'une synthèse des connaissances effectuée dans le cadre d'une expertise collective demandée à l'INSERM viennent d'être publiées.

■ En 1998, 80 000 consommateurs d'alcool ont été pris en charge par les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Ce nombre est en augmentation par rapport aux années précédentes. Trois consultants sur quatre sont des hommes. L'âge moyen des consultants est de 41 ans. Il s'agit principalement de personnes alcoolo-dépendantes ou consommatrices « excessives ».

■ La consommation d'alcool au sein de la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Consommations d'alcool dans la population française

La consommation d'alcool dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes.

Consommations en population générale adulte

En population générale adulte, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée : seuls 2,5 % des Français déclarent n'en avoir jamais bu, presque trois fois plus de femmes que d'hommes ②. En 1995, 4,5 % des 18-75 ans déclaraient n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie. En 1999, ils sont 4,1 % (2,5 % déclarent n'avoir jamais bu même une boisson peu alcoolisée comme le cidre ou le panaché). Mais cette relative augmentation des déclarations de consommation au cours de la vie n'implique pas que celle-ci ait augmenté dans le même temps. Tous les indicateurs montrent au contraire une très grande stabilité des comportements, jointe à une baisse en volume des consommations.

La consommation d'alcool sera étudiée principalement à travers sa fréquence au cours des douze derniers mois.

On distingue ainsi les consommateurs quotidiens (21,5 %), hebdomadaires (boire au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours : 42,1 %), mensuels ou occasionnels (boire au moins une fois par an mais moins d'une fois par semaine : 29,0 %).

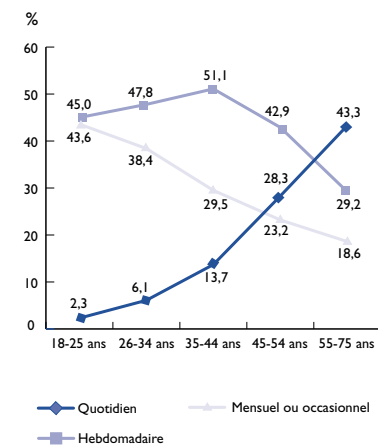
Les répartitions par âge de ces types d'usages sont très différentes, mais ils laissent tous progressivement place à la consommation quotidienne, qui est anecdotique chez les moins de 25 ans et majoritaire chez les plus de 55 ans. De 18 à 54 ans, c'est la consommation hebdomadaire qui concerne le plus grand nombre de personnes, celui-ci culminant dans la tranche

35-44 ans ; la consommation mensuelle ou occasionnelle, qui touche près de la moitié de la tranche 18-25 ans, voit sa part diminuer continuellement avec l'âge pour ne concerner qu'un cinquième des plus de 55 ans.

La consommation quotidienne, au détriment de la consommation mensuelle ou occasionnelle d'abord, puis hebdomadaire ensuite, voit au contraire sa part augmenter puis devenir majoritaire chez les plus de 55 ans.

L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin (83,6 % des Français déclarent en avoir bu dans l'année), devant les autres alcools (parmi lesquels le champagne, le cidre, etc. : 64,7 %), les alcools forts (60,3 %) et la bière (56,5 %).

Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000, par âge et types d'usages

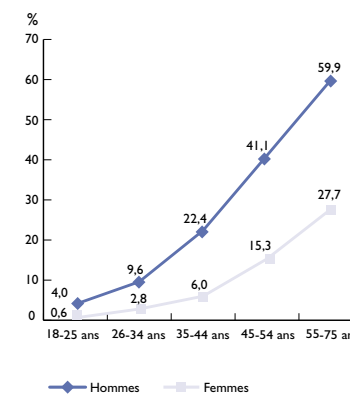


Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

Consommation quotidienne

La consommation quotidienne est majoritairement masculine (31,2 % des hommes contre 12,3 % des femmes) et croît fortement avec l'âge pour concerner près de 60 % des hommes de plus de 55 ans. Les consommations moins fréquentes (hebdomadaires et mensuelles ou occasionnelles) sont moins différenciées selon les sexes.

Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par sexe et âge

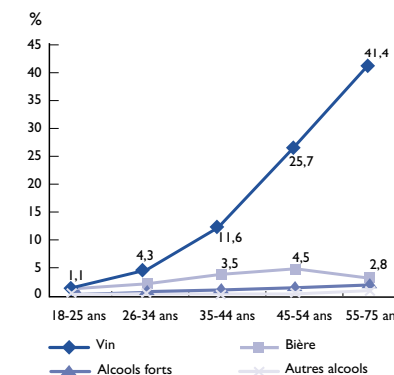


Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

La proportion de buveurs quotidiens est en baisse depuis quelques années : si l'on considère la dernière semaine, elle est passée de 22,6 % des adultes en 1995 ② à 20,3 % en 1999 ③, à structure de population constante.

Le vin est la seule boisson alcoolisée dont la consommation quotidienne soit aussi importante : elle représente la quasi-totalité des consommations quotidiennes tous alcools confondus. Derrière lui, la consommation quotidienne de bière ne dépasse jamais 4,5 % d'une tranche d'âge, celle des autres types de boissons étant anecdotique.

Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et types de boissons



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

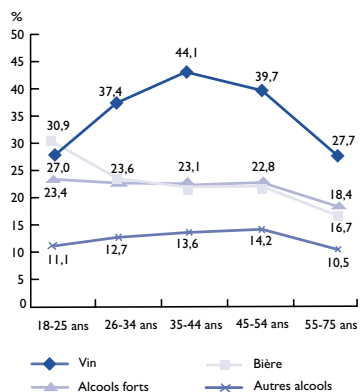
Une série d'enquêtes quinquennales menées par l'ONIVINS et l'INRA entre 1980 et 2000 a montré que la consommation de vin a diminué dans la population française au cours des vingt dernières années, mais que la part des non-consommateurs s'est maintenant stabilisée à 37 % de la population de plus de 14 ans (Aigrain et al., 2000).

La consommation quotidienne est essentiellement masculine et fortement associée à l'âge. Elle est, par ailleurs, très liée à la situation professionnelle. Trois groupes s'opposent de ce point de vue : les professions libérales, retraités, et autres inactifs, chez qui ce mode de consommation est très fréquent ; les salariés des secteurs privé ou public et les chômeurs, qui occupent une position intermédiaire ; enfin, les étudiants, pour lesquels il est relativement moins courant.

Consommation hebdomadaire

La consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées (en boire au moins une fois par semaine) concerne plus de 40 % de la population jusqu'à 45-54 ans. Le vin reste la boisson la plus consommée après 25 ans, mais son usage se fait un peu plus rare après 45-54 ans ③.

Fréquence de la consommation hebdomadaire d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par âge et types de boissons



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

Les autres boissons et en particulier la bière et les alcools forts, dont les consommations quotidiennes sont anecdotiques, sont consommées de façon hebdomadaire (en l'occurrence essentiellement le week-end) par près de 20 % de la population.

Quantités consommées

Les quantités consommées la veille dépendent du sexe mais relativement peu de l'âge. En moyenne, parmi les buveurs de la veille, les hommes ont bu 3,0 verres la veille et les femmes 1,7 ©. Cet écart entre hommes et femmes augmente légèrement avec l'âge : 1,1 verre parmi les 18-25 ans, contre 1,3 après 55 ans. La quantité bue la veille est maximale entre 18 et 25 ans (3,2 verres chez les hommes, 2,0 chez les femmes), et fluctue peu avec l'âge chez les hommes, tandis qu'elle diminue progressivement chez les femmes (1,6 verre chez les plus de 55 ans). Parmi ceux qui ont bu la veille, les consommateurs quotidiens ont bu en moyenne 2,8 verres, les hebdomadaires 2,3 et les consommateurs mensuels ou occasionnels 1,7 : la fréquence de consommation apparaît donc globalement liée à la quantité bue.

Le détail des jours de la semaine permet de mettre en évidence un fait bien connu : les consommations du week-end sont plus importantes que celles de la semaine (nombre de verres en moyenne pour les buveurs : 2,4 du lundi au jeudi, contre 2,6 le vendredi, et 2,9 le samedi et le dimanche). Comme la quantité moyenne bue la veille, celle bue le samedi augmente avec la fréquence de la consommation déclarée sur l'année ; cependant, les consommateurs hebdomadaires sont une exception notable puisqu'ils déclarent boire autant que les consommateurs quotidiens (3,0 verres). De plus, contrairement à la quantité moyenne bue la veille, celle bue le samedi diminue nettement avec l'âge (5,6 verres entre 18 et 25 ans, contre 1,9 à plus de 55 ans). Ainsi, le samedi soir, les 18-25 ans consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne plus que les consommateurs quotidiens du même âge.

Enfin, la nature des boissons consommées varie suivant le jour considéré. Dans la semaine, le vin est présent (avec de légères fluctuations suivant les jours) dans 80 % des consommations déclarées, la bière dans presque 20 %, les alcools forts dans moins de 15 % et les autres alcools dans un peu plus de 5 %. Le week-end (vendredi, samedi et dimanche), la bière est davantage présente (57 %), mais ce sont surtout les alcools forts (79 %) et les autres alcools (73 %) qui deviennent plus fréquents ; le vin reste encore présent dans la majorité des cas (80 %).

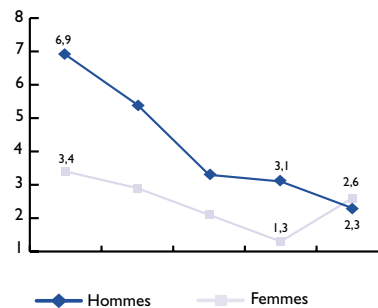
Le nombre de types de boissons et la quantité totale d'alcool consommée augmentent donc significativement le week-end. Cela contribue certainement à expliquer que l'ivresse est plus fréquente parmi les consommateurs hebdomadaires (qui boivent plus le week-end) que parmi les consommateurs quotidiens, qui pourtant boivent plus en moyenne sur la semaine.

Ivresse

Quatorze pour cent des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois ©. En 1995, cette proportion s'élevait à 15 % ©. La prévalence de l'ivresse répétée (au moins quatre épisodes déclarés au

cours de l'année) est elle aussi restée assez stable entre les deux enquêtes : elle concernait 4,2 % de la population en 1995 contre 4,6 % en 1999.

Nombre moyen d'ivresses par personne ayant eu au moins une ivresse dans l'année en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

La prévalence de l'ivresse dépend d'abord du sexe et de l'âge. Ces épisodes sont trois fois plus fréquents chez les hommes (21,6 %) que chez les femmes (6,7 %) et varient significativement en fonction de l'âge. Le pic se situe entre 18 et 25 ans (50,6 % des hommes et 22,2 % des femmes).

Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 4,6 (5,1 pour les hommes et 2,9 pour les femmes). Ce nombre décroît avec l'âge : 5,9 entre 18 et 25 ans, moins de 3 au-delà de 45 ans. À tous les âges, il est sensiblement plus élevé chez les hommes, mais les différences les plus importantes concernent surtout les moins de 35 ans et en particulier les moins de 25 ans. Au-delà de 55 ans, la différence entre les sexes n'est pas significative.

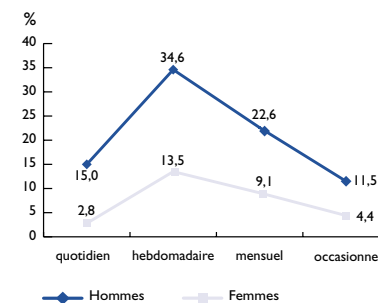
La proportion des ivresses répétées (quatre au moins) chez les personnes ayant déclaré au moins une ivresse dans l'année fournit un indicateur de leur récurrence. Celle-ci décroît avec l'âge : elle passe de 35,0 % chez les 18-25 ans à 15,2 % chez les plus de 45 ans. La différence entre les sexes est importante (29,2 % des ivresses sont répétées chez les hommes contre 20,1 % chez les femmes) et maximale à 18-25

ans (38,5 % contre 26,7 %). C'est donc parmi les jeunes hommes que l'ivresse semble la plus souvent recherchée ©.

L'âge et le sexe ne sont pas les seuls facteurs associés à l'ivresse : la fréquence de consommation d'alcool sur l'année joue aussi un rôle important. Toutefois, une augmentation de la fréquence de consommation n'est pas toujours liée à une augmentation de la fréquence des ivresses. En effet, dans l'ordre, les plus nombreux à avoir été ivres au cours de l'année sont les consommateurs hebdomadaires, puis viennent les consommateurs mensuels (une fois par mois), les consommateurs quotidiens et enfin les occasionnels (moins d'une fois par mois). Comme les plus jeunes boivent moins fréquemment mais sont plus souvent ivres que les plus âgés, et qu'il existe une différence importante entre les sexes, il faut contrôler ces facteurs de confusion pour appréhender correctement cette relation. Les consommateurs hebdomadaires et quotidiens ont alors sensiblement les mêmes chances d'avoir été ivres au moins une fois ou de façon répétée.

L'ivresse et l'ivresse répétée sont donc liées à la consommation au moins hebdomadaire, et en particulier à celle du week-end : 18,8 % des personnes qui déclarent avoir bu le dernier week-end précédant l'enquête ont été ivres au cours de l'année (5,6 % quatre fois au moins), contre 8,5 % pour les autres (respectivement 2,2 %).

Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois en 2000, par fréquence de consommation et sexe



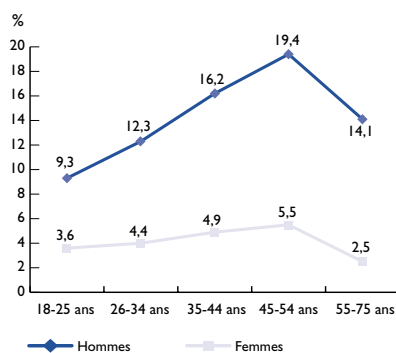
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

À sexe et âge contrôlés, l'ivresse répétée (quatre ivresses au moins dans l'année) dépend relativement peu de l'activité professionnelle, mais est plus fréquente parmi les ménages les plus aisés^③.

Signes de dépendance et usage problématique

Le questionnaire du Baromètre Santé^③ permet d'interroger les personnes sur leur risque passé ou présent de dépendance à l'alcool par l'intermédiaire du test DETA. Cette prévalence au cours de la vie est restée stable entre 1995 (8,3 %) et 1999 (8,9 %).

Proportion de personnes présentant des signes de dépendance potentielle à l'alcool au cours de la vie en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT^②

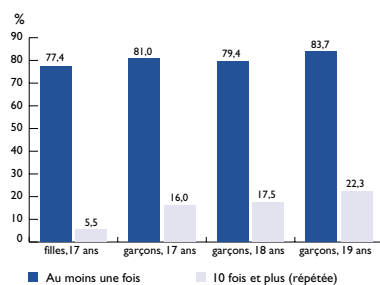
Si moins d'un adulte sur dix est concerné, les hommes le sont trois fois plus souvent que les femmes (14,6 % contre 4,1 %) et la différence entre les sexes augmente avec l'âge. Le test DETA portant sur les usages au cours de la vie, il n'est pas possible, en toute rigueur, de conclure à une augmentation de la prévalence des signes de dépendance avec l'âge. Il est toutefois autorisé de penser que les réponses sont relativement conjoncturelles, ce qui permet d'interpréter la chute des courbes après 55 ans comme un changement dans le mode de consommation et le rapport à l'alcool : quantités moindres, ivresses plus rares, etc.

Les consommateurs dont le test DETA est positif ont un profil de consommation particulier. Ils surestiment plus souvent que les autres les quantités maximales quotidiennes d'alcool jugées « à risques » (quatre verres pour les hommes et trois pour les femmes) et sont quatre fois plus nombreux que les autres à déclarer des ivresses répétées (13,8 % contre 3,2 %). Ils sont également deux fois plus nombreux à boire quotidiennement (39,8 % contre 19,7 %) et leur consommation du dernier samedi dépasse beaucoup plus souvent cinq verres (22,3 % contre 6,4 %).

Consommations à l'adolescence

En milieu scolaire, entre 1993^⑤ et 1999^⑦, l'expérimentation de l'alcool a légèrement augmenté, passant à 16 ans de 81 % à 86 % chez les garçons et de 79 % à 85 % chez les filles. L'usage répété (au moins dix usages au cours du mois) semble n'avoir pas connu d'évolution notable entre ces deux enquêtes, mais la comparaison est difficile car les questions ne sont pas les mêmes. En ce qui concerne l'ivresse, entre 1993 et 1999, la proportion de jeunes qui déclarent avoir connu au moins dix épisodes d'ivresse au cours de l'année est restée stable chez les 14-16 ans, mais a légèrement décru chez les 17 et 18 ans (14 à 10 % chez les garçons de 18 ans et 3 à 2 % chez les filles du même âge).

Fréquence des consommations d'alcool au cours des trente derniers jours chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et âge



Source : ESCAPAD 2000, OFDT^⑧

Une très large majorité de jeunes déclare avoir consommé de l'alcool au cours des trente derniers jours. À 17 ans, cette consommation est un peu plus fréquente chez les garçons, mais augmente peu avec l'âge jusqu'à 19 ans^⑧. Ces différences sont beaucoup plus grandes pour la consommation répétée. À 17 ans, 49,5 % des filles déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, contre 63,3 % des garçons. Chez ces derniers, la prévalence de l'ivresse augmente avec l'âge pour atteindre 74,8 % chez les 19 ans.

L'alcool est le produit expérimenté le plus précocement (13,6 ans chez les filles, 13,1 chez les garçons). La première ivresse est postérieure à la première consommation d'alcool d'environ deux ans, quels que soient l'âge et le sexe : elle semble être une étape relativement tardive de l'apprentissage de l'alcool. Les filles déclarent avoir été ivres la première fois en moyenne environ cinq mois après les garçons de leur âge. Il est donc à noter

que la plus grande précocité masculine de la consommation d'alcool est associée à une plus grande précocité de la première ivresse.

La consommation répétée d'alcool dépend de la scolarisation : les jeunes sortis du système scolaire sont plus nombreux que les autres à avoir bu au moins dix fois au cours du mois précédant l'enquête. Parmi les élèves, ceux inscrits en filière professionnelle ont plus de chances, à âge, sexe et redoublement contrôlés, de l'avoir fait ; mais, contrairement à une opinion répandue, le fait d'avoir redoublé n'est pas associé à l'usage répété d'alcool.

Les jeunes qui se sont déjà rendus à une fête techno sont deux fois plus nombreux que les autres à avoir consommé de façon répétée (22,5 % contre 11,5 %). À âge, sexe, redoublement et filière scolaire contrôlés, les élèves dans ce cas ont deux fois plus de chances que les autres d'avoir bu de façon répétée. Cette relation s'intensifie parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Ventes de boissons alcoolisées

Boissons alcoolisées mises à disposition des consommateurs français

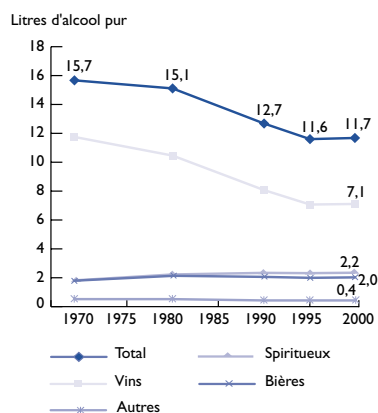
En 1998, la consommation annuelle de boissons alcoolisées évaluées en alcool pur était de 11,7 litres par habitant contre 15,7 en 1970. Le mouvement à la baisse de la consommation d'alcool s'est engagé dès la fin des années 1950. Après la phase de diminution marquée au cours de la période 1980-1995, la consommation semble s'être stabilisée dans la deuxième moitié des années 1990.

En France, l'alcool est majoritairement consommé sous forme de vin, produit qui représentait environ 61 % du volume d'alcool pur consommé en 1998 et, dans une bien moindre proportion, sous forme de spiritueux (19 %) et de bières (17 %). Entre 1970 et 1995, la part du vin a régulièrement diminué et la réduction des quan-

tités d'alcool pur consommé est en très grande partie imputable à cette baisse ; la consommation de spiritueux (en équivalent alcool pur) a augmenté d'un tiers entre 1970 et 1990 et a peu évolué depuis. La consommation de bière a augmenté de 20 % entre 1970 et 1980 et a ensuite diminué jusqu'en 1995. Depuis cette date, la consommation évaluée en alcool pur s'est stabilisée et pourrait même avoir augmenté pour tous les produits, y compris le vin. Compte tenu des incertitudes inhérentes à ce type de calcul, des variations de faible ampleur doivent cependant être considérées avec prudence. Il est à signaler que les données sur les quantités d'alcool pur consommées tiennent compte, depuis l'ouverture du marché unique en 1993, du développement des achats d'alcool par des non-résidents, principalement de nationalité britannique, dans les zones frontalières proches de l'Angleterre.

L'évolution mentionnée de la consommation de vin est elle-même le résultat de deux tendances inverses entre 1970 et 1995, d'une part, le doublement des quantités consommées de vins « supérieurs » (AOC et VDQS) et, d'autre part, la division par plus de deux, sur la même période, des quantités consommées des autres vins (vins de table et vins de pays).

Ventes de boissons alcoolisées aux consommateurs résidant sur le territoire français, de 1970 à 1998



Source : Actualisation des données citées dans (Got et al., 1997, p. 35)

Dépenses des ménages

En 2000, les ménages ont dépensé près de 84,5 milliards de francs pour les boissons alcoolisées, dont 50,6 milliards pour la catégorie des vins, cidres et champagnes, 9,8 milliards pour les bières et 24 milliards pour les autres boissons alcoolisées. La part de l'alcool dans le budget des ménages a diminué entre 1990 et 2000, passant de 1,45 % à 1,33 % (INSEE, 2001). Il faut préciser que ce chiffre ne comprend pas les dépenses

liées à la consommation de boissons alcoolisées effectuées dans les cafés, les restaurants et les hôtels.

La consommation en volume¹ de boissons alcoolisées a augmenté de 7 % entre 1992 et 1998, soit une hausse moyenne par an d'environ 0,8 %. Les prix relatifs de ces boissons sont restés à peu près stables entre 1993 et 1998, ce qui signifie que leur prix moyen a varié comme l'ensemble des prix au cours de cette période.

Sur les 84,5 milliards dépensés par les ménages en 2000, l'État a perçu un peu plus de 19 milliards de francs sous formes de taxes sur les alcools (TVA non comprises). Par rapport à 1999, ces recettes sont restées pratiquement stables (+ 0,5 %²).

1. La consommation en volume est calculée en déduisant la hausse de l'indice des prix des boissons alcoolisées de l'augmentation de la consommation en valeur.

2. Données communiquées par la Direction générale des douanes et des droits indirects.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool

L'usage d'alcool conduit une partie des consommateurs à avoir recours au système de soins médico-social. On décrira tout d'abord le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge dans les institutions médico-sociales et les cabinets de ville en raison de leur dépendance à l'alcool ou d'usage abusif de boissons alcoolisées.

Les conséquences de la consommation d'alcool en termes de morbidité et de mortalité seront abordées dans une deuxième section. Les données présentées ont été, dans la plupart des cas, recueillies auprès des usagers par les institutions de prise en charge elles-mêmes.

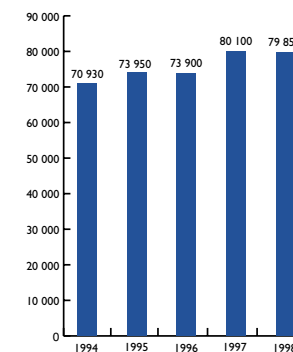
Demandes de traitement

Dispositif spécialisé

En 1998, le nombre de consultants (consommateurs d'alcool³) vus dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) s'établissait à environ 80 000 personnes, chiffre à peu près identique à celui de 1997³. Si l'on tient compte cependant des variations du nombre de centres ayant répondu à l'enquête, l'augmentation était d'environ 10 %. Entre 1994 et 1998, le nombre de recours a augmenté à un rythme modéré.

Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) accueillent également des personnes en difficulté avec l'alcool. Leur nombre est cependant très limité, relativement aux chiffres cités précédemment. Au mois de novembre 1999, environ 700 personnes ont eu recours aux CSST en raison de leur consommation d'alcool en produit primaire et environ 1 800 en produit secondaire³.

Consultants consommateurs d'alcool dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie, de 1994 à 1998



Source : Rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie 1998, DGS³

Prises en charge en médecine de ville

D'après une enquête menée en 1999³, les médecins généralistes ont vu en moyenne un peu moins de deux patients (1,7) souhaitant s'arrêter de boire au cours de la semaine précédant l'enquête. Extrapolé à l'ensemble des médecins généralistes, ce chiffre équivaut à environ 92 000 personnes vues par semaine.

Comme pour les drogues illicites, ce sont les médecins faisant partie d'un réseau, et plus encore lorsque celui-ci a pour objet l'alcool, qui ont vu le plus grand nombre de personnes ayant un problème avec ce produit. Comme facteurs positivement associés à une prise en charge d'un plus grand nombre de ces patients, on peut également citer la proportion de patients parmi la clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite, le nombre d'actes, et le fait pour le médecin d'être de sexe masculin.

3. Les CCAA reçoivent également des proches des buveurs.

Par rapport à 1993, le nombre moyen de patients souhaitant arrêter de boire vus au cours de la semaine précédente serait en diminution (1,7 en 1999 contre 2,3 en 1993). Cette évolution peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, les patients pourraient avoir eu plus recours aux structures spécialisées. Il est possible, en second lieu, que les médecins soient de moins en moins enclins à prendre en charge ces patients difficiles et pour lesquels ils se sentent peu efficaces. Troisième explication envisageable, le nombre de personnes ayant un problème avec l'alcool aurait diminué. Il faut noter cependant que le nombre de personnes à risque d'alcoolodépendance, tel qu'il est mesuré dans les Baromètres Santé en 1995 (2) et 2000 (3) (test DETA) est resté constant en pourcentage. Il apparaît en fait difficile de savoir à l'heure actuelle si le nombre d'alcoolodépendants est moins important aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Caractéristiques et orientation des personnes prises en charge

Les seules données disponibles portent sur les nouveaux consultants accueillis dans les CCAA, soit un peu moins de la moitié (47 % en 1998) de l'ensemble des consultants. Les chiffres proviennent de deux sources, les rapports d'activités de l'ensemble des CCAA (4) et une enquête annuelle plus complète menée sur l'initiative de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) dans les CCAA faisant partie de son réseau (5), qui représente à peu près 50 % des consommateurs d'alcool venus consulter dans les CCAA.

Lorsque c'est possible, les profils des consultants sont comparés à ceux des personnes prises en charge pour usage d'alcool en produit primaire dans les CSST.

Âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle

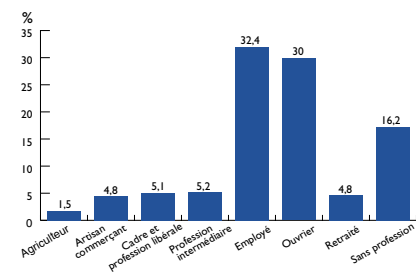
Trois consultants sur quatre sont des hommes, cette proportion ayant légèrement tendance à diminuer depuis 1994 (6). D'après les données de l'ANPA (5), l'âge moyen des consultants est de 41 ans

en 1999, l'âge moyen pour l'ensemble des CCAA étant sans doute un peu plus élevé. Un peu moins des deux tiers des nouveaux consultants ont entre 30 et 49 ans, et la part des moins de 30 ans est assez faible (entre 15 et 23 % selon les sources). Entre 1994 et 1998, la part des personnes âgées de 20 à 29 ans a régulièrement diminué au profit de celle des plus de 40 ans (6). Les personnes prises en charge dans les CSST pour usage d'alcool sont en moyenne plus jeunes (33 ans), mais ils constituent cependant la catégorie la plus âgée parmi les usagers fréquentant ces structures (7).

Environ quatre consultants sur cinq ont un niveau d'étude inférieur au bac. Un sur dix environ a suivi des études supérieures (8). Cette répartition semble assez proche de celle constatée sur l'ensemble de la population française.

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées dans l'échantillon de l'ANPA sont les employés et les ouvriers. Si l'on compare la structure par catégorie socioprofessionnelle de ceux qui ont déclaré une profession à la structure de la population active, on observe une sous-représentation dans la population des CCAA des cadres, des professions libérales et surtout des professions intermédiaires (6 % contre 20 %) alors que les ouvriers et les employés sont surreprésentés. La prise en compte de la différence de structure par sexe dans les CCAA et dans la population active aboutirait à réduire la surreprésentation des ouvriers et à accentuer celle des employés.

Nouveaux consultants des centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1999, par catégorie socioprofessionnelle



Source : Consultants des CCAA 1999, ANPA (5)

Insertion

Un peu plus d'un consultant sur huit n'a pas de domicile stable (précaire ou sans domicile), cette part n'a pratiquement pas varié depuis 1994 (9). En ce qui concerne l'activité, un peu plus d'un tiers parmi ceux qui sont en âge ou en situation de travailler n'a pas d'activité professionnelle régulière, proportion en diminution depuis 1994. Dans l'échantillon de l'ANPA, environ une personne sur deux est en activité professionnelle et une sur quatre est soit chômeuse, soit bénéficie du RMI. Les personnes prises en charge pour usage d'alcool dans les CSST semblent encore moins bien insérées socialement puisque les deux tiers n'ont pas d'activité professionnelle rémunérée.

Produits consommés

Parmi les nouveaux consultants, 30 % déclarent consommer plusieurs types de boissons alcoolisées (10). Ils sont 22 % à citer le vin comme seule boisson, 19 % la bière et 13 % les spiritueux. Comme dans les enquêtes sur les consommations d'alcool en population générale, le type de boisson consommée est fortement associé à l'âge. La bière est très majoritairement en cause chez les plus jeunes consultants. Vers 40 ans, les proportions des consommateurs de vin et de bière tendent à s'équilibrer et le vin devient très majoritaire aux âges plus élevés. En ce qui concerne les autres produits, plus des deux tiers des nouveaux consultants se disent fumeurs ; environ un sur dix déclare associer alcool et médicaments et un sur vingt déclare fumer du cannabis. Les autres produits illicites sont très rarement cités (moins de 1 % des cas).

Le profil du buveur de bière consultant dans les CCAA correspond à une personne plus jeune et plus souvent de sexe masculin que pour les autres boissons. Chez ces consommateurs de bière, l'alcoolisation est plus précoce et plus pratiquée dans les cafés que chez les autres consommateurs d'alcool. Ce consultant associe plus fréquemment le tabac et le cannabis et il est adressé au CCAA par la justice et/ou suite à un contrôle d'alcoolémie positif dans une plus grande proportion que les autres buveurs.

Une partie des personnes vues dans les CSST pour leur problème avec l'alcool a, ou a eu, également des problèmes avec les drogues illicites : un traitement de substitution est déclaré pour 23 % d'entre eux et 30 % ont déjà pratiqué l'injection.

Orientation

Le milieu médical est à l'origine de 40 % des contacts avec les CCAA en 1998 (30 % dans l'échantillon ANPA en 1999). Un quart des nouveaux consultants dans les CCAA est adressé par les services administratifs et judiciaires (conduite en état alcoolique, justice, DDASS, etc.), 11 % par les services sociaux et 3,5 % par les associations (notamment associations d'anciens buveurs). Dans les CCAA, il s'agit d'une demande spontanée dans 20 % seulement des cas, contre plus de 40 % dans les CSST.

Avant d'entrer en contact avec un CCAA, une partie des consultants avait déjà effectué une démarche de soins. Il s'agissait d'un sevrage pour 22 % d'entre eux, d'un traitement psychiatrique pour 16 % et d'un suivi par un médecin traitant pour 15 % (11).

Parmi les nouveaux consultants buveurs accueillis dans les CCAA, environ deux sur trois sont considérés, au début de la prise en charge, comme « alcoolodépendants », un sur cinq comme « buveur excessif » et un sur six comme « buveur occasionnel ». Cette dernière catégorie entre en contact avec les CCAA principalement à la suite d'un contrôle d'alcoolémie positif sur la route.

Morbidité

Conséquences négatives de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies (cirrhose du foie, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisme fœtal) pour lesquelles l'alcool peut alors être considéré comme à l'origine de la quasi-totalité des cas diagnostiqués. Mais l'alcool intervient également de façon plus ou moins

directe dans l'apparition d'un grand nombre de pathologies. Il serait associé de façon certaine à l'augmentation des cancers des voies aérodigestives supérieures (imputables à la fois à l'alcool et au tabac), au cancer du foie chez les patients ayant développé une cirrhose alcoolique. Une liaison probable existerait également entre l'alcool et le cancer du sein et le cancer colorectal (*Alcool. Effets sur la santé*, 2001). L'alcool intervient également dans les maladies de l'appareil circulatoire (myocardiopathie, hypertension, accidents vasculaires cérébraux), troubles psychiques. Cette substance est aussi très souvent impliquée dans les accidents (de la route, domestiques, du travail), les violences et les tentatives de suicides. Pour tenter d'appréhender l'impact de l'alcool sur la morbidité, on peut soit s'en tenir aux maladies pour lesquelles l'alcool est considéré comme responsable de la quasi-totalité des cas (essentiellement les cirrhoses et les cancers des voies aérodigestives supérieures), soit, de façon plus large, calculer des **risques relatifs** et des **fractions attribuables** pour l'ensemble des pathologies concernées.

Sans entrer dans le détail de la longue liste des pathologies pour lesquelles une fraction attribuable à l'alcool a pu être déterminée, on peut citer à titre d'exemple, en dehors de celles qui ont déjà été mentionnées et pour lesquelles la fraction est située entre 80 et 100 %, l'hypertension artérielle avec une fraction attribuable de 10 %, les accidents vasculaires cérébraux (FA = 24 %) et les tumeurs du sein (FA = 16 %) (Reynaud et al., 1999). Ces fractions attribuables sont relativement faibles mais, compte tenu de la forte prévalence de ces maladies, l'impact sur le système de soins est important.

En ce qui concerne les traumatismes, l'alcool serait en cause dans 30 à 40 % des accidents de la route mortels, dans 10 à 20 % des accidents du travail et au moins dans 20 % des accidents domestiques. Pour les suicides, la fourchette, assez large, se situerait entre 5 et 25 % (Reynaud et al., 1999).

En raison de l'absence de données systématiques sur le nombre de cas diagnostiqués pour l'ensemble de ces pathologies, l'impact en termes de morbidité de la consommation d'alcool est diffi-

cile à évaluer. Des études menées sur le coût de l'alcool ont tenté de mesurer, à l'aide des fractions attribuables, l'impact sur le système de soins. Selon les deux études les plus récentes, le coût se situait dans une fourchette de 14 à 18 milliards de francs au milieu des années 1990 (Kopp et al., 2000 ; Reynaud et al., 1999), ce qui représentait environ 30 % du coût de l'ensemble des pathologies considérées. Faute de données, nombre de pathologies n'ont pu être prises en compte dans les deux études. Les pathologies incluses ne sont d'ailleurs pas toutes les mêmes d'une étude à l'autre.

La morbidité liée à l'alcool peut également être approchée au travers des enquêtes visant à déterminer la proportion de personnes ayant une consommation excessive d'alcool ou alcoolo-dépendantes parmi celles en contact avec le système de soins. Différentes enquêtes ont été menées au cours des années 1990, principalement en milieu hospitalier.

Le pourcentage de personnes pouvant être considérées comme ayant un problème avec l'alcool parmi les patients hospitalisés se situe entre 13 et environ 20 % (Com-Ruelle et al., 1997 ; Reynaud et al., 1998 ; Malet et al., 1999 ; Arvers et al., 2000). Dans les services de court séjour, la fourchette atteint 18 à 24 %. La prévalence des problèmes d'alcool chez les personnes hospitalisées est de trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne l'âge, ce sont les personnes âgées de 45 à 55 ans qui semblent les plus touchées. Dans toutes les enquêtes, ces patients se rencontrent le plus souvent dans les services de psychiatrie (30 à 40 % des personnes hospitalisées). Dans l'enquête menée dans les hôpitaux de la région Auvergne, les patients en difficulté avec l'alcool se retrouvent également fréquemment dans les services de gastro-entérologie (36 %), de réanimation (27 %), de neurologie, d'ORL, d'ophtalmologie et de pneumologie (de 22 à 23 %).

Mortalité⁴

Dans un premier temps, les données de mortalité seront abordées au travers des trois causes de décès liés totalement ou principalement à la consommation d'alcool : psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie, et cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). Dans un deuxième temps, il sera fait mention du calcul de l'ensemble des décès attribuables à l'alcool.

Estimation « restreinte » du nombre de décès liés à l'alcool

En 1998⁵, on recensait un total d'un peu plus de 23 000 décès liés totalement ou très majoritairement à la consommation régulière et excessive d'alcool, dont environ 10 % par alcoolo-dépendance, 40 % par cirrhose du foie et 50 % par cancer des VADS.

Ils concernent dans 80 % des cas des hommes, surmortalité qui reflète la surreprésentation des hommes parmi les consommateurs.

Ces décès touchent dans plus d'un cas sur deux des personnes de moins de 65 ans et tiennent une place importante dans la mortalité prématurée : entre 45 et 54 ans, ces trois causes représentent un décès sur cinq chez les hommes et un décès sur dix chez les femmes. Leur nombre est également variable suivant les catégories socioprofessionnelles :

si pour l'ensemble des causes de décès l'indice de surmortalité des ouvriers/employés par rapport aux cadres supérieurs/professions libérales est de 3, il atteint une valeur maximale d'environ 10 pour les trois causes de décès liées à l'alcool.

Estimation « élargie » du nombre de décès liés à l'alcool

Selon les estimations les plus récentes, le nombre de décès attribuable à l'alcool en France était évalué à 45 000 en 1995 (Hill, 2000). Ce calcul repose, comme pour la morbidité, sur la détermination de la fraction des décès attribuables à l'alcool pour un certain nombre de causes de décès.

Comme on peut le voir sur le tableau de la page suivante, l'alcool serait responsable de la totalité des décès par psychose et syndrome de dépendance alcoolique et de la plupart des décès par cirrhose du foie, cancer des voies aérodigestives supérieures et cancer du foie. L'alcool serait également en cause chez les hommes dans un décès par suicide sur deux et dans un décès par accident de circulation sur trois. La moitié des décès liés à l'alcool intervient avant 65 ans, dont 12 % entre 25 et 44 ans et 38 % entre 45 et 64 ans. D'après les données citées, l'alcool serait responsable chez les hommes d'environ un décès sur quatre avant 65 ans et d'un décès sur dix après.

Décès liés à l'imprégnation éthylique chronique en 1998, par cause et sexe

Causes de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
Alcoolo-dépendance	1 992	10,8	549	11,6	2 541	11,0
Cirrhose alcoolique ou sans précision	6 282	34,2	2 581	54,7	8 863	38,4
Cancers lèvres, cavité buccale, pharynx	4 289	23,3	714	15,1	5 003	21,6
Cancer de l'œsophage	3 709	20,2	723	15,3	4 432	19,2
Cancer du larynx	2 116	11,5	155	3,3	2 271	9,8
Total imprégnation éthylique chronique	18 388	100,0	4 722	100,0	23 110	100,0

Sources : Registre national des causes de décès 1998, INSERM-SC8 ©

4. Cette partie reprend, à l'exception de la partie sur l'estimation élargie, les principaux éléments développés par E. Michel et E. Jouglu, dans l'expertise collective de l'INSERM (Michel et al., 2001). Voir également, par les mêmes auteurs, le numéro d'octobre 2001 de la revue *Études et Résultats* de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique.

5. Derniers chiffres connus.

Nombre total de décès et fraction attribuable à l'alcool en 1995, par cause et sexe

	Nombre total de décès chez les hommes	Fraction attribuable à l'alcool (en %)	Nombre total de décès chez les femmes	Fraction attribuable à l'alcool (en %)
Cancer				
Cavité buccale	1 577	84 %	373	24 %
Pharynx	2 880	89 %	330	30 %
Œsophage	3 947	86 %	666	55 %
Rectum	3 460	12 %	6 303	5 %
Foie	4 868	71 %	1 468	54 %
Larynx	2 210	79 %	151	15 %
Troubles mentaux				
Psychose et syndrome de dépendance alcoolique	1 924	100 %	489	100 %
Cardio-vasculaire				
Cardiopathie ischémique *	4 916	39 %	3 770	7 %
Cardiomyopathie alcoolique	93	100 %	8	100 %
Maladie cérébro-vasculaire *	6 221	26 %	3 775	8 %
Respiratoire				
Pneumonie, grippe *	1 964	36 %	822	7 %
Digestive				
Cirrhose du foie	6 391	91 %	2 981	69 %
Pancréatite aiguë *	433	40 %	332	40 %
Pancréatite chronique	69	70 %	17	55 %
Traumatisme et empoisonnements				
Accidents de la circulation	4 077	34 %	1 677	33 %
Chute accidentelle	1 256	49 %	596	11 %
Suicide	7 961	53 %	3 027	13 %
Homicide	308	50 %	202	50 %

* Avant 75 ans.
Lecture : chez les hommes, 84 % des 1 577 décès par cancer de la cavité buccale sont attribuables à la consommation d'alcool.
Source : Registre national des causes de décès 1995, INSERM-SC8 © et (Hill, 2000)

Évolution

Le nombre de décès attribués à l'alcool a diminué de 13 % entre 1985 et 1995 (7 000 décès en moins). La baisse en termes relatifs est importante chez les 45-64 ans et plus faible chez les moins de 45 ans. Les mêmes fractions attribuables étant utilisées à ces deux dates, cette baisse provient de la décroissance du nombre total de décès pour les trois causes habituellement citées (psychose et dé-

pendance alcoolique, cirrhose, cancer des voies aéro-digestives supérieures), mais également pour la plupart des causes de décès prises en compte.

Pour les trois causes les plus directement liées à l'alcool, la mortalité a globalement reculé de 40 % en 20 ans, principalement en raison de la baisse des décès par cirrhose pour les deux sexes et des décès par cancer des VADS chez les hommes. Il est à noter cependant que le nombre de décès par cirrhose ne diminue plus que très lentement depuis le

début des années 1990. Il serait nécessaire d'étudier l'impact des cirrhoses d'origine virale dans cette évolution.

Entre 1997 et 1998, les décès par dépendance alcoolique et cancer des VADS ont augmenté chez les hommes comme chez les femmes et sont restés quasiment stables pour les cirrhoses. Une telle remontée n'avait pas été constatée depuis de très nombreuses années. Il faut cependant attendre les résultats d'une ou deux années ultérieures avant de conclure à un renversement de tendance.

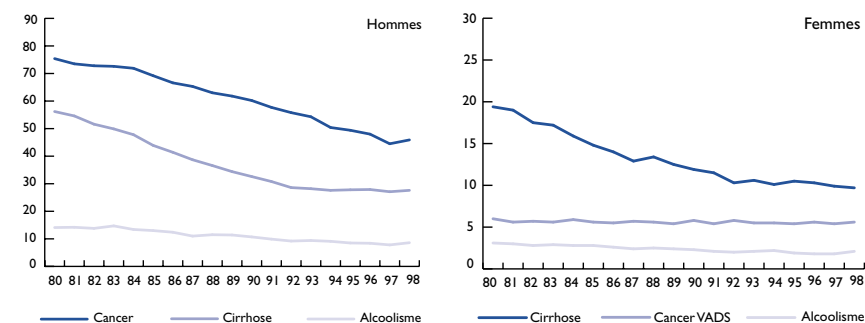
La diminution des décès liés à l'alcool depuis la fin des années 1970 peut être mise en parallèle avec le mouvement de baisse des quantités d'alcool pur consommées par habitant, mouvement entamé à la fin des années 1950. L'existence d'une relation entre ces deux termes (dite « loi de Lederman ») fait l'objet de discussions. Des évolutions assez proches entre quantité moyenne consommée par habitant et, par exemple, les décès par cirrhose ont été mises en évidence pour plusieurs pays. Cependant, dans un contexte global de diminution de la mortalité, il est difficile de savoir quelle est la part respective du recul de la consommation moyenne, des progrès thérapeutiques et d'un meilleur dépistage de certaines maladies dans la diminution de la mortalité liée à l'alcool.

Bénéfices de la consommation d'alcool

En même temps que les conséquences néfastes de la consommation d'alcool, il faut envisager les bénéfices éventuels de ce produit sur la santé. Différentes études mettent en évidence une courbe en J liant décès et consommation d'alcool. Par rapport aux abstinentes, une faible consommation d'alcool (au maximum 10 à 20 g d'alcool pur par jour chez les hommes, moins chez les femmes) semble diminuer le risque de décès liés aux maladies coronariennes et cardiovasculaires en général (Alcool. Effets sur la santé, 2001). Au delà de ce seuil, le risque de décès augmente avec les quantités d'alcool consommées.

Cet effet positif a été observé pour toutes les boissons alcoolisées et ne semble pas être liée à une boisson particulière. Une consommation irrégulière, même si elle est équivalente à une consommation quotidienne faible serait moins favorable à une diminution du risque de maladie cardiaque. Selon l'expertise alcool déjà citée, les effets protecteurs d'une consommation faible d'alcool sur la survie de cancers ne semblent par contre pas établis.

Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique chez des sujets âgés de 15 ans et plus, de 1980 à 1998 (taux comparatifs* pour 100 000)



* Population de référence : recensement de 1990 pour les deux sexes.
Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8 ©

Conséquences pénales de la consommation d'alcool

Le rôle de l'alcoolisme dans les nombreuses infractions commises paraît important même si peu d'études et de données permettent de le montrer clairement. Seules les données relatives aux contrôles d'alcoolémie et aux condamnations liées à la conduite en état alcoolique font l'objet d'un suivi annuel.

Contrôle d'alcoolémie

En 1999, environ 9,7 millions de contrôles d'alcoolémie ont été pratiqués en France, dont un peu plus de 80 % de contrôles préventifs, les 20 % restants étant pratiqués à la suite d'un accident. Le nombre de dépistages a plus que doublé entre la fin des années 1980 et 1995, puis après s'être stabilisé à ce niveau jusqu'en 1998, il a de nouveau sensiblement augmenté en 1999 (+ 12 %). La proportion de dépistage positif était en moyenne de 2,0 % en 1999. Ce pourcentage s'établissait à 1,4 % pour les contrôles préventifs contre 15,9 % pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel (ONISR, 2001). Si l'on se réfère au nombre d'accidents mortels pour lesquels au moins un conducteur impliqué présente une alcoolémie illégale, on obtient une proportion plus élevée de contrôle positif (32 % en 1994) (Biechler *et al.*, 1999).

L'accroissement rapide du nombre de dépistage s'est accompagné d'une diminution de la part des dépistages positifs qui sont passés de 2,6 % en 1989 à 1,5 % en 1995. La remontée constante de ce taux depuis cette date s'explique en partie par la baisse du taux d'alcoolémie illégal à 0,5 gramme par litre de sang en 1995, ce qui a provoqué une hausse immédiate du taux de dépistage positif. Il est difficile de savoir dans quelle proportion le reste de l'augmentation est dû à une moindre vigilance des Français à l'égard de l'alcool au volant et/ou à une plus grande efficacité des contrôles.

Condamnations

Après une baisse prononcée en 1996 et 1997, le nombre de condamnations pour conduite en état alcoolique a dépassé, en 1999, le niveau de 1994, sans retrouver toutefois celui, exceptionnel, atteint en 1996 (environ 106 000 condamnations). Ces condamnations constituent l'un des plus gros contentieux traités par les tribunaux (23 % des délits condamnés en 1998). Il est à noter que sur l'ensemble de ces condamnations, 10 % concernent des récidivistes dont le nombre est en augmentation constante (ONISR, 2001).

Contrôles d'alcoolémie et condamnations liées à la conduite en état alcoolique, de 1990 à 1999

	1990	1992	1994	1996	1998	1999
Nombre de dépistages positifs	116 613	119 601	129 910	132 283	167 465	193 192
Condamnations pour conduite en état alcoolique	93 043	99 725	101 274	95 251	101 636	103 088
Blessures involontaires par conducteur en état alcoolique	5 766	5 858	4 889	4 294	4 029	3 919
Homicides involontaires par conducteur en état alcoolique	607	608	505	485	453	451

Source : ONISR

Les condamnés sont, dans 94 % des cas, des hommes dont l'âge moyen est de 38 ans. En dix ans la part des jeunes de 18 à 24 ans a nettement diminué passant de plus de 20 % à 13 % alors que la part des plus de 40 ans a augmenté de plus d'un tiers pour s'établir à 43 % en 1999.

Le nombre des condamnations pour homicides involontaires par conducteurs en état alcoolique est resté stable entre 1998 et 1999. La tendance est à la diminution depuis la fin des années 1980.

Ces infractions sont sanctionnées par des peines d'emprisonnement dans la quasi totalité des cas (98 %) et la moitié d'entre elles sont fermes (partiellement ou en totalité).

Les condamnations pour blessures involontaires par conducteurs en état alcoolique sont elles aussi orientées à la baisse depuis la fin des années 1990. Une peine d'emprisonnement est prononcée dans 80 % des condamnations avec une partie ferme dans moins de 10 % des cas.

Géographie de la consommation d'alcool

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation d'alcool proviennent de deux enquêtes déclaratives : la première porte sur la consommation des adultes en population générale^③, la seconde concerne les jeunes à la sortie de l'adolescence, interrogés lors de la journée d'appel à la préparation à la défense^④.

Les conséquences sociosanitaires de la consommation d'alcool dans les régions sont abordées à partir des demandes de traitement^⑤ et des données de mortalité^⑥.

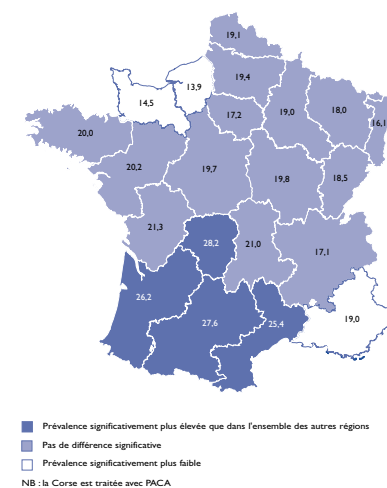
Consommations en population générale

La géographie régionale de l'alcool est présentée au travers de deux indicateurs : la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois et la prévalence des ivresses au cours de cette période. Les résultats sont fondés sur la population âgée de 12 à 75 ans.

Sept régions se distinguent du reste de la France du point de vue de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois : Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon sont nettement

au-dessus de la moyenne, tandis que la Basse-Normandie, la Haute-Normandie ou la région PACA sont nettement en dessous. Le sud-ouest de

Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois parmi les 12-75 ans en 2000, par région

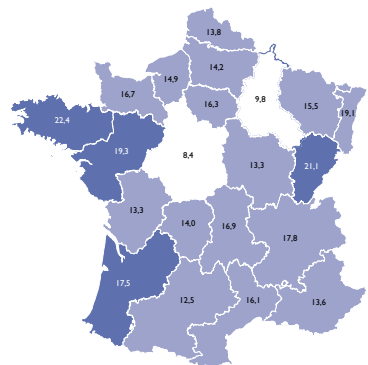


Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ③

la France apparaît donc comme une région où la consommation quotidienne est particulièrement ancrée. En revanche, le reste de la côte ouest, notamment la Bretagne et les Pays de la Loire, se situe dans la moyenne. Les disparités entre les sexes sont particulièrement fortes dans le Sud, le Nord-Est, et faibles en Ile-de-France et en Haute-Normandie.

Prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois parmi les buveurs de 12 à 75 ans en 2000, par région



■ Prévalence significativement plus élevée que dans l'ensemble des autres régions
 ■ Pas de différence significative
 □ Prévalence significativement plus faible

NB : la Corse est traitée avec la région PACA

Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ©

Cinq régions se distinguent du reste de la France du point de vue de la prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois : la Bretagne, les Pays de la Loire et la Franche-Comté sont significativement au-dessus de la moyenne, tandis que le Centre et la Champagne-Ardenne sont nettement en dessous. Le Sud-Ouest, au-dessus de la moyenne pour la consommation quotidienne, ne ressort pas du point de vue de l'ivresse. Les deux Normandie et la région PACA sont dans la moyenne, bien que se situant en dessous pour la consommation quotidienne. La différence entre les sexes est plutôt faible dans le sud et élevée dans l'ouest et l'est de la France.

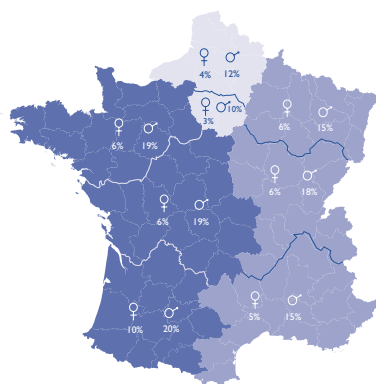
Consommations à la fin de l'adolescence

Des données géographiques sur la consommation d'alcool sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense.

Pour les deux sexes, les prévalences de l'ivresse sont minimales en région parisienne (41 % et 47 %) et dans le Nord (43 % et 54 %), et sont maximales dans le Sud-Ouest (61 % et 71 %, le Nord-Ouest arrivant en deuxième position : 53 % et 68 %). À 17 ans, l'expérimentation de l'ivresse est donc plus fréquente dans l'ouest de la France. L'écart entre les deux sexes est minimal pour la région parisienne (7 points) et maximal dans le Centre-Est (22 points).

À 17 ans, 5,5 % des filles et 16,0 % des garçons déclarent avoir consommé de l'alcool au moins dix fois au cours des trente derniers jours. Cet usage répété reproduit les disparités géographiques observées pour l'expérimentation de l'ivresse : la région parisienne et le Nord se distinguent une fois de plus, avec des prévalences plus faibles (respectivement 3 % pour les filles et 10 % pour les garçons en région parisienne, 4 %

Prévalence de l'usage répété d'alcool* à 17 ans en 2000, par région



Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.

*Au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Source : ESCAPAD 2000, OFDT ©

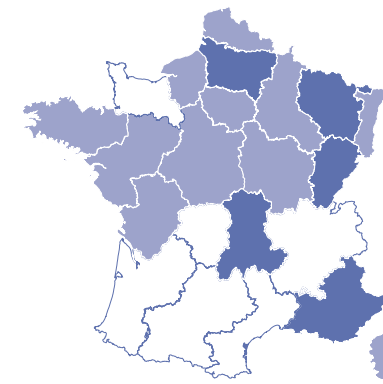
et 12 % dans le Nord), tandis que les prévalences les plus élevées correspondent aux trois régions de l'Ouest, en particulier au Sud-Ouest (10 % pour les filles, 20 % pour les garçons).

À un niveau d'analyse plus fin, il apparaît que ces variations régionales sont plus marquées pour les garçons que pour les filles. Par ailleurs, l'écart entre les deux sexes est minimal pour la région parisienne (6 points) et maximal dans le Nord-Ouest (13 points).

Demands de traitement

La répartition régionale du nombre de recours par habitant dans les CCAA fait apparaître un clivage entre le nord de la France et le sud, ce qui recoupe en partie la répartition des décès liés à l'alcool. La région PACA et la Basse-Normandie font cependant exception. La situation dans ces deux régions pourrait s'expliquer par un effet d'offre, le nombre de recours étant aussi très largement lié à la présence de structures.

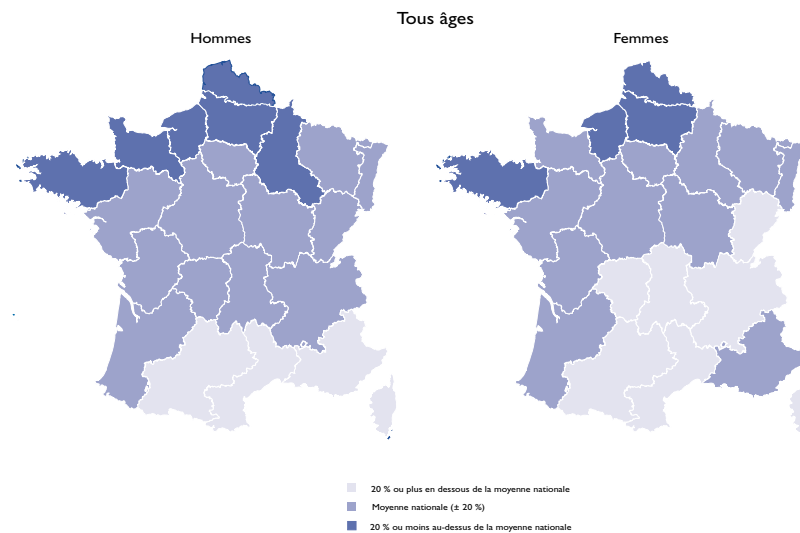
Recours dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1998, par région



■ Supérieur à 25 recours pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans
 ■ De 18 à 25 recours
 □ Inférieur à 18 recours

Source : Rapports d'activité des structures spécialisées en alcoologie 1998, DGS ©

Taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique de 1992 à 1996, par sexe et région



■ 20 % ou plus en dessous de la moyenne nationale
 ■ Moyenne nationale (± 20 %)
 ■ 20 % ou moins au-dessus de la moyenne nationale

Variations des taux par rapport à la moyenne française.

Source : Registre national des causes de décès, INSERM-SC8 ©

Mortalité

Pour les trois causes de décès les plus liées à l'alcool (psychose et dépendance alcoolique, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures), on observe chez les hommes un fort clivage entre le Nord et le Sud, avec une surmortalité dans le premier groupe de région et une sous-mortalité au Sud (voir carte page 91). Cette différence entre le Nord et le Sud apparaît pour l'ensemble des causes de mortalité et n'est donc pas spécifique aux décès liés à l'alcool. Le rôle de l'alcool dans un grand nombre de pathologies explique sans doute une part des différences globales de mortalité entre le Nord et le Sud. D'autres facteurs d'ordre social, culturel, ou environnemental interviennent sans doute également pour expliquer les disparités régionales de mortalité (Michel *et al.*, 2001).

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation d'alcool et de ses conséquences, les données étudiées proviennent essentiellement de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell *et al.*, 2001) et d'une étude sur la mortalité liée à la consommation d'alcool en France et en Europe (Michel *et al.*, 2001).

Consommations

En 1999, une comparaison entre 17 pays européens faisait apparaître la France en tête de la consommation d'alcool exprimée en litres d'alcool pur consommés par habitant et par an (Eurostat, 1999).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage d'alcool des élèves français de 16 ans est en deçà de la moyenne, pour la consommation au cours de l'année, du mois, comme pour la fréquence des ivresses au cours de l'année. Cette enquête montre aussi que :

- pour dix consommations au moins au cours de l'année (consommation occasionnelle), la France est dans la seconde moitié du classement ;

- pour plus de dix consommations par mois (consommation répétée), la France se situe en fin du premier tiers (8 % pour l'ensemble, 12 % pour les garçons et 5 % pour les filles). Malte (20 %), le Danemark (18 %), l'Irlande et le Royaume-Uni (16 %) sont en tête. Pour ces pays, les différences entre les sexes sont faibles, contrairement à ce qui est observé en France ;

- pour les consommations de bière et de vin (plus de trois verres au cours du mois), la France est en position médiane, alors qu'elle est dans le premier tiers pour les spiritueux. Même classement pour les quantités bues la dernière fois (bière, vin et spiritueux) ;

- pour dix ivresses ou plus au cours de l'année, la France est parmi les derniers (3 % pour l'ensemble, 6 % pour les garçons, 1 % pour les filles), contre 39 % pour le Danemark. Là encore, la différence entre les sexes est forte en France mais faible pour les pays les plus concernés (Hibell *et al.*, 2001).

Mortalité

Au sein des pays de l'Union européenne, la France détient le record de la mortalité liée à l'alcool chez les hommes en 1994, avec une surmortalité de 27 %, suivi de près par l'Allemagne. Pour les hommes toujours, on peut distinguer une Europe du Sud (à l'exception de la Grèce) qui se situe dans la moyenne, et une Europe du Nord où la mortalité est inférieure à la moyenne (Michel *et al.*, 2001).

Chez les femmes, la mortalité liée à l'alcool est la plus forte en Allemagne, alors qu'elle se situe un peu en dessous de la moyenne de l'Union européenne en France. Le clivage nord sud est moins marqué que chez les hommes, même si les pays scandinaves constituent également pour les femmes une zone de sous-mortalité.

Pour en savoir plus

- *Alcool. Effets sur la santé*, Paris, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2001, 360 p. (Coll. Expertise collective).

- *Les dispositifs spécialisés de lutte contre l'alcoolisme en 1998 : informations issues de l'exploitation du rapport-type*, Paris, Bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances, Direction générale de la santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, 17 p.

- AIGRAIN (P.), LAPORTE (J.-P.), MELANI (C.), NOBLET (C.), « Enquête sur la consommation du vin en France en 2000 : premiers résultats en matière de fréquences de consommation. Communication présentée à la XXV^e assemblée générale de l'OIV », *Onivins Infos*, n° 74, juin 2000, p. 99-107.

- ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), *Consultants des CCAA en 1999*, Paris, ANPA, 2000, 52 p.

- ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) (dir.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.

- ARVERS (P.), MOULIA-PELAT (J.-P.), FAVRE (J.-D.), AUZANNEAU (G.), BRUNOT (J.), DELOLME (H.), « Prévalences des conduites addictives chez les patients hospitalisés. Enquête multicentrique effectuée un jour donné dans les hôpitaux d'instruction des armées en 1999 », *BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire)*, n° 15, 2000, p. 1-6.

- BIECHLER (M.-B.), FILOU (C.), FONTAINE (H.), *Conduite automobile et accidents liés à l'alcool*, INRETS, 1999, 127 p. (Synthèse n° 35).

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.

- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

- CFES (Comité français d'éducation pour la santé), *La santé en chiffres : alcool*, Paris, CFES, 2001, 38 p.

- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), *Adolescents, enquête nationale*, Paris, INSERM, 1994, 346 p.

- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).

- COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, Paris, CREDES, 1997, 173 p. (Coll. rapport n° 1164).

- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.