

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Produits psychoactifs en Ile-de-France

Synthèse du document de travail
réalisé pour l'état des lieux
du Programme régional de santé addictions 2002-2006

Données de mortalité et de morbidité, consommations,
éléments de prise en charge

Synthèse élaborée par Cécile BROUARD et Jean-Philippe CAMARD
à partir d'un document de travail réalisé par Sandrine HALFEN, socio-démographe,
Philippe PEPIN, démographe, Cécile BROUARD, épidémiologiste
et Natalie VONGMANY, économiste de la santé.
Synthèse et document de travail coordonnés par Isabelle GRÉMY, médecin de santé publique.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes et les institutions qui nous ont permis de réunir les informations nécessaires à la réalisation de cet état des lieux sur les produits psychoactifs en Ile-de-France.

Nous tenons à remercier particulièrement :

- Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité qu'il nous a fournies,*
- L'ex-Comité français d'éducation pour la santé (CFES), aujourd'hui Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et en particulier Philippe Guilbert, de nous avoir permis de réaliser une analyse régionale du Baromètre Santé jeunes 1997/1998,*
- La Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et sa déléguée générale, Danièle Fontaine, de nous avoir fourni des données de mortalité (Score santé),*
- L'unité 472 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et son directeur de recherche, Marie Choquet, ainsi que l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), de nous avoir communiqué des informations sur les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes (INSERM 1993, ESPAD 1999),*
- L'Institut de veille sanitaire de nous avoir transmis les données franciliennes de l'enquête nationale réalisée chez les résidents des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement, les déclarations obligatoires des cas de sida et les données sur les ventes de seringues, de Stéribox® et de produits de substitution aux opiacés, méthadone et Subutex® recueillies par le dispositif SIAMOIS piloté par Julien Emmanuelli,*
- L'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) pour les données de mortalité par surdoses et pour les nombres d'infractions à la législation sur les stupéfiants.*

Notre reconnaissance va enfin à Blandine Picon, médecin inspecteur de santé publique de la DRASS Ile-de-France, pour sa relecture attentive.

Sommaire

Introduction	p.5
Partie I : Morbidité et mortalité liées à la consommation de produits psychoactifs	
Le tabac et l'alcool	p.13
Le cannabis	p.25
Les autres produits illicites	p.29
Partie II : Evolution et caractéristiques des consommations de produits psychoactifs	
1- Evolution et caractéristiques des consommations de produits psychoactifs chez les jeunes Franciliens	p.35
Le tabac	p.37
L'alcool	p.43
Le cannabis	p.51
Les autres produits illicites	p.57
Polyconsommations d'alcool, de tabac et de cannabis	p.63
2- Evolution et caractéristiques des consommations de produits psychoactifs chez les adultes Franciliens	p.67
Le tabac	p.69
L'alcool	p.77
Le cannabis et les autres produits illicites	p.83
3- Evolution, caractéristiques de la consommation de drogues illicites chez les toxicomanes et prise en charge	p.89
Conclusion	p.101
Bibliographie	p.107

Introduction

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'Ile-de-France, dans le cadre de la mise en place du Programme régional de santé 2002-2006 (PRS) sur les addictions inscrit parmi les priorités de la Conférence régionale de santé de 2001, a sollicité l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS) pour établir un état des lieux des informations disponibles relatives aux problèmes de consommation de psychotropes, dont l'alcool, le tabac, le cannabis et autres substances psychoactives, en vue de dégager les grandes orientations de la politique de prévention des addictions en Ile-de-France.

Cet état des lieux sur les produits psychoactifs (ou addictions) a été réalisé sous la forme d'un document de travail (de 320 pages), en décembre 2001. Les données sont présentées aussi bien au niveau national qu'au niveau régional lorsque ce niveau d'information est possible. De même, sont présentées séparément les consommations observées chez les jeunes, chez les adultes et chez les toxicomanes avérés.

Il a paru utile ensuite de procéder à une synthèse de cet état des lieux sur les produits psychoactifs, en réponse aux nombreuses demandes des professionnels et institutions intéressés par le sujet.

Ce document est constitué de deux parties.

- La première partie présente les données disponibles relatives à la mortalité et à la morbidité liées à la consommation de produits psychoactifs, le PRS addictions ayant été mis en place face à l'ampleur des conséquences en terme de santé de ces consommations, que traduisent bien ces indicateurs.

Cette partie montre notamment que, si les conséquences sanitaires des consommations de tabac et d'alcool sont aujourd'hui bien décrites, les effets, en particulier à long terme, du cannabis et des autres produits illicites ne sont pas encore bien connus.

- La seconde partie comprend trois chapitres qui décrivent, pour chaque produit (tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites), l'évolution de la consommation, la situation actuelle et la perception des risques dans trois populations distinctes que sont les jeunes, les adultes et les toxicomanes. Cette partie traite également de la prise en charge de la toxicomanie.

Sources de données utilisées et méthode

Pour réaliser la synthèse de l'état des lieux sur les produits psychoactifs, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France s'est appuyé principalement sur les données dont il disposait déjà dans le cadre de la description des causes de mortalité et du suivi épidémiologique des toxicomanes et des usagers de drogue, en Ile-de-France, qu'il réalise régulièrement depuis la fin des années quatre-vingts. L'ORS a aussi utilisé les données des principales enquêtes nationales et régionales disponibles sur le sujet.

Les données de morbi-mortalité présentées proviennent :

- des données de mortalité par cause du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès),
- d'études épidémiologiques portant sur la mortalité attribuable au tabac (Hill, 1998) et à l'alcool (Hill, 2000).
- des données de mortalité par surdoses par produit transmises par l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants),
- des déclarations obligatoires des cas de sida (nombre de cas de sida et nombre de décès par sida), recueillies par l'InVS, renseignant sur la contamination des usagers de drogue par voie intraveineuse,

En ce qui concerne les consommations de produits psychoactifs, il est possible de distinguer les sources d'informations selon le thème traité.

Enquêtes qui renseignent notamment sur les consommations déclarées des personnes, sur l'âge d'initiation, sur la perception des risques liés à la consommation :

- Au niveau national dans la population générale adulte :
 - les différents Baromètres santé adultes réalisés par l'ex-CFES (Comité français d'éducation pour la santé), aujourd'hui INPES (Institut national de

prévention et d'éducation pour la santé (ex-CFES, 1994 ; ex-CFES, 1995 ; ex-CFES, 1997 ; ex-CFES, 2000)

- l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes) menée auprès des 15-75 ans (Beck et al., 2000a),
- l'enquête 1991-1992 de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) sur les consommateurs d'alcool, de tabac et de psychotropes (18 ans et plus) (Aliaga, 2001),

- Au niveau national chez les jeunes :

- deux Baromètres santé qui concernent les jeunes réalisés par l'ex-CFES en 1997/98 et 2000 (ex-CFES, 1998 ; ex-CFES, 2000),
- l'enquête INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de 1993 (11-19 ans) (Choquet et al., 1994) et ESPAD (European school survey project on alcohol and others drugs) de 1999 (11-19 ans) (Choquet et al., 2000),
- l'enquête menée par le CADIS (Centre d'analyse et d'intervention sociologiques) sur les conduites déviantes des lycéens menées dans dix académies (Ballion, 1999),
- l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense) réalisée en 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) à l'occasion de la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense (filles de 17 ans et garçons de 17 à 19 ans) (Beck et al., 2000b).

- Au niveau régional dans la population générale adulte :

- l'enquête KABP tabac (Knowledge, attitude, behavior and practice) sur les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac (qui comporte également des questions relatives à la consommation d'alcool et de cannabis), réalisée en 2000 par l'ORS Ile-de-France (Grémy et al., 2002).

● Au niveau régional chez les jeunes :

- une analyse régionale du Baromètre santé jeunes 1997/98 de l'ex-CFES réalisée par l'ORS (Embersin et al., 2000)
- une extraction régionale de l'enquête INSERM 1993 (Choquet et al., 1998a),
- une enquête de l'INRP (Institut national de recherche pédagogique) réalisée auprès des lycéens parisiens en 1983, 1991 et 1998 (15-19 ans) (De Peretti et al., 1995 ; De Peretti et al., 1999).

Enquêtes portant sur les jeunes et les adultes en situation de précarité :

- l'enquête menée auprès d'adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé (Choquet et al., 1998b),
- l'enquête PRECAR sur les trajectoires de précarité réalisée dans les missions France de Médecins du Monde, dans les dispositifs "précarité" hospitaliers de l'AP-HP (Assistance publique des Hôpitaux de Paris) et dans la consultation médicale du Centre d'Hébergement et d'Accueil pour les Personnes Sans Abri à Nanterre (Chauvin et al., 2000-2001),
- l'enquête nationale réalisée dans les Centres d'examen de santé (Guéguen in Joubert et al., 2001),
- l'enquête INED (Institut national d'études démographiques) "Vie et santé des jeunes (16 à 24 ans) sans domicile ou en situation précaire" (Amossé et al., 2001).

Enquêtes portant sur des champs plus spécifiques :

- les enquêtes longitudinales 1985, 1990 et 1995 de l'IRES (Institut de recherches scientifiques sur les boissons) sur la consommation d'alcool (IREB, 1996),
- l'enquête de l'ex-CFES 1995 sur les jeunes français (12-18 ans) et l'alcool (Ménard, 1995),
- les enquêtes menées de 1991 à 1996 auprès des collégiens et lycéens parisiens sur la

consommation de tabac (Dautzenberg, 1997),

- les enquêtes du dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) coordonnées par l'OFDT (Bello et al., 2001),
- les résultats relatifs à la consommation de tabac des enquêtes permanentes de l'INSEE sur les conditions de vie des ménages (Aliaga, 2001),
- l'enquête francilienne sur la consommation d'alcool des patients de 16 ans et plus de médecins généralistes, réalisée pour la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2000 par l'ORS Ile-de-France (Halfen et al., 2002),
- les Baromètres santé médecins généralistes de 1994/95 et 1998/99 réalisés par l'ex-CFES (ex-CFES, 1996 ; ex-CFES, 1999),
- les enquêtes de l'INRA (Institut national de la recherche agronomique) et de l'ONIVINS (Office national interprofessionnel des vins) réalisées à intervalles de cinq ans depuis 1980 sur la consommation de vin,
- l'exploitation francilienne de l'enquête nationale semestrielle de juillet 1993 à juin 1998 sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (Six et al., 1998).

Données indirectes sur les consommations :

- les ventes de cigarettes (Centre de documentation et d'information sur le tabac, 2001) ou d'alcool,
- le nombre de débits de tabac et de boissons licence IV (INSEE),
- les infractions à la législation sur les stupéfiants comptabilisées chaque année par l'OCRTIS,
- les ventes de seringues, de Stéribox® et de produits de substitution aux opiacés, méthadone et Subutex® recueillies par le dispositif SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution) mis en place par l'InVS (Institut de veille sanitaire) en 1996 (Emmanuelli, 2000),

Les limites de la méthode

La comparaison des données n'apparaît néanmoins pas toujours facile en raison des objectifs spécifiques poursuivis par les différentes institutions réalisant ces enquêtes.

Les enquêtes comportent des différences qui rendent difficiles les comparaisons. Ces différences portent sur :

- les populations enquêtées,
- les méthodes d'enquêtes,
- les méthodes d'échantillonnage,
- les tranches d'âges.

De plus, concernant plus précisément le contenu des analyses, les questions relatives aux consommations peuvent être formulées différemment d'une enquête à l'autre. Par ailleurs, les définitions peuvent varier (selon qu'il s'agit notamment d'une population d'adultes ou d'une enquête menée auprès de jeunes).

Un certain nombre d'autres limites doivent être signalées

La question de la consommation de produits psychoactifs dans les populations spécifiques, telles que les enfants, les femmes enceintes, les personnes détenues, n'est pas abordée ici, de même que les phénomènes de toxicomanie dans le milieu professionnel.

L'ensemble des produits psychoactifs, en particulier les médicaments détournés de leur usage et/ou les médicaments psychotropes consommés de façon abusive ne sont pas non plus présentés dans ce rapport.

Lorsque les données franciliennes étaient indisponibles, les données nationales ont été utilisées, que ce soit pour les données d'évolution ou pour ce qui est de la consommation actuelle.

Les résultats d'enquêtes ne permettent souvent pas de présenter les analyses à un niveau départemental. Toutefois, la pertinence de données départementales ne semble pas avérée et ce sont davantage les facteurs de risque et les déterminants, plus difficiles à identifier, qui permettent d'expliquer les modes et les niveaux de consommation.

Les résultats d'enquête rendent peu compte, notamment pour le cannabis, des usages intensifs, c'est-à-dire quotidiens et pluri-quotidiens. En France, seules les enquêtes les plus récentes repèrent les consommations intensives (quasi-quotidiennes) en matière de cannabis. De plus, les enquêtes s'attachent peu à déterminer les degrés de dépendance des personnes consommatrices.

Enfin, sur le sujet de la polyconsommation (associant produits psychoactifs licites, alcool et tabac, et illicites, cannabis) il n'est que faiblement fait état des liens entre polyconsommation, violence, transgression et prise de risques pour se concentrer sur les niveaux de consommation et les caractéristiques des consommateurs.

Partie I

Morbidité et mortalité liées à la consommation de produits psychoactifs

Le tabac et l'alcool

En France, on estime que le tabac est responsable d'environ 60 000 décès chaque année et l'alcool d'environ 45 000 décès.

Les effets sur la morbi-mortalité des consommations d'alcool et de tabac sont beaucoup plus importants chez les hommes que chez les femmes (57000 décès par an chez les hommes contre 3000 chez les femmes pour le tabac). Cette différence s'explique par des habitudes de consommation plus anciennes et plus importantes chez les hommes que chez les femmes tant pour le tabac que pour l'alcool.

Le fait que, chez les jeunes, les filles et les garçons fument aujourd'hui dans des proportions similaires laisse craindre pour l'avenir un accroissement de la morbi-mortalité chez les femmes.

La mortalité moyenne en Ile-de-France présente des disparités départementales importantes dans la population masculine et de façon plus nette encore dans la population féminine.

1. La situation en France

Les effets sur la santé des consommations de tabac et d'alcool font l'objet d'une seule et même partie. Ces consommations sont en effet fréquemment associées et elles sont souvent facteurs de risque des mêmes pathologies.

Les effets du tabac à court, moyen et long terme

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes¹.

A court terme, outre les altérations du goût, de l'odorat, de la peau, des cheveux, la consommation de tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et diminue la résistance à l'exercice physique et la capacité respiratoire, en particulier lors d'activité physique. Elle peut également provoquer des maux de tête, des étourdissements et des troubles de la digestion. Enfin, chez les fumeurs dépendants au tabac, le manque peut provoquer de l'irritabilité et des sautes d'humeur².

L'enquête sur les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac réalisée par l'ORS Ile-de-France en 2000 (Grémy et al., 2002) montre que les fumeurs, notamment les fumeurs quotidiens, se perçoivent souvent en moins bonne santé que les ex ou les non-fumeurs. De plus, les niveaux de qualité de vie semblent moins bons chez les fumeurs, et de façon plus marquée encore, chez les fumeurs physiquement dépendants à la nicotine. Néanmoins, d'autres facteurs associés à la consommation de tabac telles les situations sociales et professionnelles peuvent aussi avoir une influence sur la qualité de vie des fumeurs.

Nombre total des décès par sexe dans la population de 25 ans et plus et fraction attribuable au tabac en 1995 en France*

Maladie liée au tabac	Hommes		Femmes		
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	
Infectieuse Tuberculose respiratoire	386	50 %	236	0 %	
Cancer	Cavité buccale et pharynx	4 457	74 %	703	13 %
	Oesophage	3 947	53 %	666	13 %
	Pancréas	3 341	38 %	3 030	4 %
	Larynx	2 210	87 %	151	29 %
	Trachée, bronches, poumon	20 323	85 %	3 603	19 %
	Col de l'utérus	0		764	6 %
	Vessie	3 242	50 %	1 106	13 %
	Rein et voies urinaires	2 054	39 %	1 211	6 %
Cardio-vasculaire	Hypertension	2 244	19 %	4 077	1 %
	Cardiopathie ischémique (<65ans)	5 259	43 %	938	11 %
	Cardiopathie ischémique (>65ans)	20 664	21 %	20 179	0 %
	Arrêt cardiaque	1 611	42 %	2 204	2 %
	Maladie cérébro-vasculaire	18 128	11 %	25 354	1 %
	Artériosclérose	684	24 %	619	3 %
	Anévrisme de l'aorte	2 074	63 %	872	11 %
Artérite	2 684	68 %	2 565	4 %	
Appareil respiratoire	Pneumonie, grippe	7 681	36 %	8 715	0 %
	Bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive	8 462	88 %	5 581	14 %
Appareil digestif	Ulcère gastro-duodénal	787	49 %	807	2 %

* Ce calcul de risque attribuable ne tient probablement pas compte de la corrélation entre consommation de tabac et consommation d'alcool.

Source : Hill, 1998

¹ OFDT, Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, p. 229

² MILDT, CFES, Tabac, savoir plus, risquer moins, juin 2001, p. 2-3

C'est surtout à moyen et long terme que les conséquences sanitaires sont marquées.

On estime que le tabac a été responsable en 1995 d'environ 60 000 décès en France, soit plus d'un décès sur neuf (Hill, 1998).

Les effets du tabac sont beaucoup plus importants chez les hommes (57 000 décès en 1995) que chez les femmes (3 000 décès en 1995).

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne (dose), mais aussi beaucoup de la durée de son tabagisme.

Les principales maladies directement liées à la consommation de tabac sont :

- les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, aussi appelés cancers bronchiques (24 852 décès chaque année en France¹).

- la bronchite chronique et les maladies pulmonaires obstructives (15 497 décès chaque année en France¹).

- les cancers des voies aéro-digestives supérieures² liés conjointement au tabac et à l'alcool (11 428 décès chaque année en France¹).

Pour ces pathologies, chez les hommes, les fractions attribuables au tabac sont de l'ordre de 80 %.

Le tabac réduit considérablement l'espérance de vie des fumeurs puisque, avant 65 ans, le tabac serait responsable d'environ un cinquième des décès chez les hommes et d'environ 10 % chez les femmes.

Le tabac est également un facteur de risque très important d'un grand nombre de pathologies : cancer de l'œsophage, de la vessie, maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux...

De plus, la consommation de tabac chez les femmes présente certains risques (risque de cancer du col de l'utérus, risque pour le système cérébro-vasculaire de l'association tabac / contraceptifs oraux), en particulier chez la femme enceinte (hypotrophie fœtale, probabilité accrue de mort subite du nourrisson).

La consommation de tabac a également des conséquences sur la santé des personnes exposées à la fumée.

L'exposition à la fumée de tabac, ou tabagisme passif, de la femme enceinte provoque un retard de croissance intra-utérin et double le risque de mort subite du nourrisson³.

Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmente la survenue de symptômes tels que les infections ORL, la toux nocturne ou peut aggraver des pathologies déjà existantes comme l'asthme. Chez les adultes, l'exposition au tabac peut provoquer des irritations des yeux ou du nez, de la toux, des nausées et des céphalées.

Chez les personnes longuement exposées, le risque de maladies cardio-vasculaires est également augmenté. Ainsi, parmi les non-fumeurs vivants avec un fumeur, le risque d'atteinte coronarienne ou le risque d'infarctus du myocarde est augmenté de 30 %⁴. L'exposition au tabac provoque également une augmentation des risques de cancer du poumon : + 26 % par rapport aux non-fumeurs non-exposés au tabagisme passif³.

Il est cependant impossible de chiffrer la morbidité causée par le tabagisme car le nombre de cas diagnostiqués chaque année dans l'ensemble de la population n'est pas connu pour la majorité des pathologies liées à la consommation de tabac.

En revanche, la mortalité liée au tabac peut être approchée grâce aux estimations des risques attribuables au tabagisme appliquées aux données générales de mortalité par cause.

Si la mortalité liée au tabac est aujourd'hui préoccupante, la situation pour l'avenir l'est encore davantage : actuellement, la mortalité féminine par cancer bronchique est relativement faible car les femmes fumaient peu il y a 40 ans, mais aujourd'hui, les jeunes femmes fument tout autant que les garçons de même âge, ce qui laisse supposer une très forte augmentation d'ici 30 ans de la mortalité féminine associée au tabac.

¹ Nombre annuel moyen de décès deux sexes confondus sur la période 1997-1999 (CépiDc)

² Il s'agit des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx

³ OFDT, Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, p. 241

⁴ Tubiana M., Rapport de l'Académie de médecine, 1998, cité dans Exposé de formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac : programme Nicomède, ex-CFES, CNAMTS, CNMRT, CNPURML, DGS, FFC, LNCC, OFT, RHST

Les effets de l'alcool à court, moyen et long terme

Effets de l'alcool à court terme

Les effets à court terme de l'usage d'alcool sont multiples.

L'alcool diminue "les habiletés psychomotrices [perte de capacité à réaliser certaines tâches, perte de jugement, réflexes ralentis, ataxie, rétrécissement du champ de vision, etc.] et cette diminution est liée à la quantité absorbée"¹.

La perte de contrôle de soi associée à la consommation excessive d'alcool peut aussi favoriser des actes de violence, des accidents et des comportements à risque (par exemple relations sexuelles non protégées). L'alcool serait en effet en cause dans 10 à 20 % des accidents du travail, dans au moins 20 % des accidents domestiques et dans 30 à 40 % des accidents de la route mortels².

Alcool et accidents de la circulation

De nombreuses données sont disponibles sur les accidents de la route liés à l'alcool. Cependant, l'information sur l'alcoolémie des conducteurs accidentés souffre d'un certain nombre de limites méthodologiques.

- Dans un nombre non négligeable de cas, le taux d'alcoolémie du ou des conducteurs impliqués n'est pas connu. Ceci survient principalement lorsque, du fait de la gravité de l'état des accidentés, le dépistage de l'alcoolémie ne peut être fait que par examen sanguin, et non pas par éthylotest ou éthylomètre. Dans de telles circonstances, les résultats ne sont pas toujours communiqués aux forces de l'ordre chargés de remplir à chaque accident corporel un Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation (BAAC) servant à alimenter le fichier national des accidents.

En 2001, d'après l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), pour 16,5 % des accidents corporels (mortels ou non) et

37,5 % des accidents mortels, on ne sait pas si l'accident était avec ou sans alcool.

De ce fait, la proportion d'accidents pour lesquels l'alcoolémie est en cause ne peut être calculée que sur les accidents dont on connaît l'alcoolémie. Cette connaissance non systématique des taux d'alcoolémie des conducteurs impliqués dans un accident corporel est très probablement à l'origine d'un biais important dans les dénombrements des accidents d'autant plus que ce sont les impliqués qui ne peuvent subir les tests de dépistage qui sont le plus concernés par la conduite sous l'influence de l'alcool (Got et al., 1997).

- Si la connaissance de l'alcoolémie varie selon la gravité et le type d'accident, elle varie aussi selon des critères liés aux usagers : les alcoolémies sont mieux connues pour les hommes que pour les femmes. Dans les accidents mortels, les alcoolémies les plus mal connues sont pour les conducteurs les plus jeunes (69 % pour les 16-24 ans) et les plus âgés (61 % pour les 55 ans et plus) (Got et al., 1997).

- Par ailleurs, l'évolution des méthodes de dépistage, la plus grande fréquence des recherches des taux d'alcoolémie et le changement du taux maximal d'alcoolémie autorisé en conduite automobile avec le temps rendent difficile le suivi des évolutions des accidents avec alcool.

"Un accident corporel (mortel et non mortel) de la circulation routière :

- *provoque au moins une victime,*
- *survient sur une voie ouverte à la circulation publique,*
- *implique au moins un véhicule."*

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière.

¹ ex-CFES, l'alcool en chiffres, p 7

² OFDT, Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, p. 84

Accidents de la circulation mortels et corporels en France en 2001 suivant le fait de connaître ou non le taux d'alcoolémie

	ATC	ATI	Ensemble
Accidents corporels			
Nombre	97 472	19 273	116 745
%	83,5	16,5	100
Accidents mortels			
Nombre	4 326	2 594	6920
%	62,5	37,5	100

ATC : accidents à taux d'alcoolémie connu

ATI : accidents à taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu.

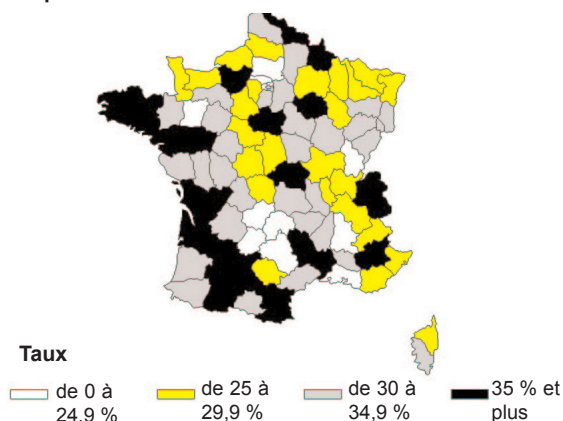
Source : ONISR (fichier des accidents)

Proportion d'accidents de la circulation mortels et corporels avec alcool parmi les accidents au taux d'alcoolémie connu en France en 2001

	Avec alcool	Ensemble ATC
Accidents corporels		
Nombre	9 646	97 472
%	9,9	100
Accidents mortels		
Nombre	1 349	4 326
%	31,2	100

Source : ONISR (fichier des accidents)

Proportion d'accidents mortels avec alcool par département. Cumul 1997-2001



Source : ONISR (fichier des accidents)

• **Tués** : victimes décédées sur le coup ou dans les six jours qui suivent l'accident,

• **Blessés** : victimes non tuées (ces blessés peuvent décéder après les six jours mais ils sont considérés comme blessés).

- **Blessés graves** : blessés dont l'état nécessite plus de six jours d'hospitalisation,

- **Blessés légers** : blessés dont l'état nécessite entre zéro et six jours d'hospitalisation ou un soin médical."

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière.

Si les différentes études réalisées pour mesurer la consommation d'alcool des conducteurs et les risques d'accidents sous-estiment probablement les risques liés à la consommation d'alcool, elles permettent cependant d'avoir une idée de l'ampleur du phénomène.

Ainsi, par rapport à un conducteur n'ayant pas bu, le risque d'avoir un accident est multiplié par 2 avec un taux d'alcoolémie de 0,5 grammes par litre de sang, par 10 avec un taux de 0,8 g/l et par 35 avec un taux de 1,2 g/l (Got et al., 1977).

Les données les plus récentes provenant du fichier des accidents comptabilisent 9 646 accidents corporels avec alcool dont 1 349 mortels en 2001. Ainsi, 9,9 % des accidents corporels et 31,2 % des accidents mortels survenus en 2001 sont des accidents avec alcool (ONISR)¹.

Dans près d'un quart des 9 646 accidents corporels avec alcool, soit 2 377, l'un des conducteurs au taux d'alcoolémie positif avait entre 18 et 24 ans.

Le bilan des victimes des accidents avec alcool en 2001 est de 1 554 tués, 13 543 blessés dont 3 475 graves. Ainsi, 32,4 % des tués, 16,3 % des blessés graves et 9,2 % des blessés légers l'ont été dans des accidents avec alcool (ONISR).

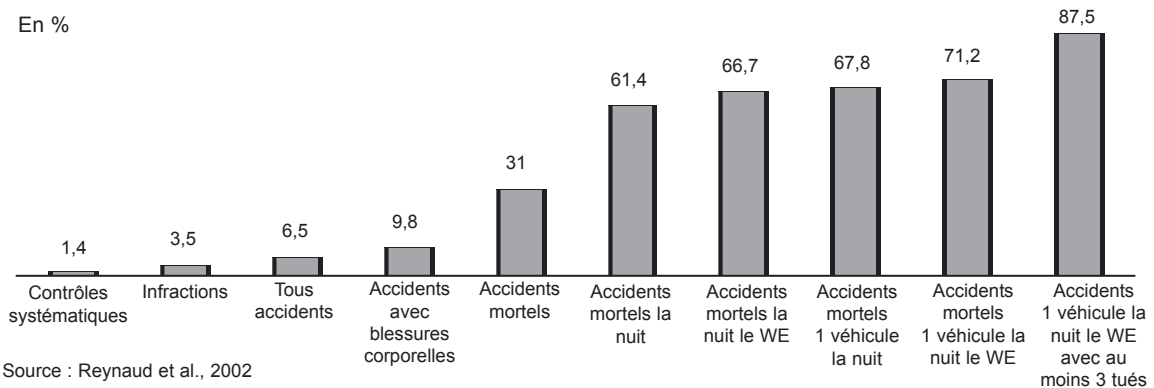
En France, sur les années 1997-2001, la proportion d'accidents mortels avec alcool est de 31,3 %¹. L'Ile-de-France se caractérise par une proportion d'accidents mortels avec alcool faible ou comparable par rapport à la moyenne nationale : à Paris et dans les départements de la proche couronne, cette proportion est inférieure à 24,9 % ; dans les Yvelines, elle est comprise entre 25 et 29,9 % et dans l'Essonne et la Seine-et-Marne, département plus ruraux, elle est de 30 à 34,9 %.

Entre 1994 et 2001, on constate, en France, une stagnation à la fois du pourcentage d'accidents mortels avec alcool autour de 30 % et de la proportion de tués par accidents avec alcool autour de 32 %.

¹ Parmi les accidents au taux d'alcoolémie connu.

Alcoolémie positive selon le type de situations en France entre le 1er septembre 1995 et le 31 décembre 1999

En %



Source : Reynaud et al., 2002

Une enquête très récente portant sur 92 % des accidents corporels survenus, en France, entre le 1er septembre 1995 et 31 décembre 1999, soit plus de 500 000 accidents, confirme, avec encore plus de force, la très forte responsabilité de la consommation d'alcool dans la survenue et dans la gravité des accidents. Ainsi, 71,2 % des conducteurs testés en cas d'accidents mortels impliquant un véhicule une nuit de week-end et

87,5 % des conducteurs testés en cas d'accidents mortels impliquant une seule voiture avec plus de trois décès un nuit de week-end avaient un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g/l, alors que cette proportion n'est que de 1,4 % lors de contrôles préventifs d'alcoolémie. Ainsi, un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g/l multiplie par 50 le risque d'accident mortel les nuits de week-end.

Effets de l'alcool à moyen et long terme**Nombre de décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool en 1995**

	Cancer	Troubles mentaux	Cardio-vasculaire	Respiratoire	Digestive	Accidents et empoisonnements	Maladie spécifiée	Total
Hommes	14 000	2 000	7 000	1 000	6 000	6 000	2 000	38 000
Femmes	2 000	500	600	100	2 200	1 100	500	7 000

Source : Hill, 2000

A moyen et long terme, l'alcool contribue à l'apparition de très nombreuses maladies.

On estime que l'alcool a été responsable en France de 45 000 décès (en comptabilisant les accidents), soit près d'un décès sur onze (Hill, 2000).

Les effets de l'alcool sont beaucoup plus importants chez les hommes que chez les femmes : 38 000 décès contre 7 000 en 1995.

Tous âges confondus, les décès attribuables à l'alcool représentent 14 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine (Hill, 2000).

L'alcool est responsable quasiment à part entière de certaines d'entre elles, telles que la névrite

optique, les polynévrites ou la psychose alcoolique.

Les principales maladies directement liées à la consommation excessive d'alcool et dont les fractions attribuables sont supérieures à 80 % sont :

- la cirrhose du foie (8 722 décès annuel en France¹).

- la psychose alcoolique (2 523 décès annuel en France¹).

- les cancers des voies aéro-digestives supérieures² conjointement avec le tabac (11 428 décès annuel en France¹).

¹ Nombre annuel moyen de décès deux sexes confondus sur la période 1997-1999 (CépiDc)

² Il s'agit des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx

Nombre total des décès par sexe dans la population de 25 ans et plus et fraction attribuable à l'alcool en 1995 en France*

Maladie liée à l'alcool	Hommes		Femmes		
	Nombre de décès	Fraction attribuable à l'alcool	Nombre de décès	Fraction attribuable à l'alcool	
Cancer	Cavité buccale	1 577	84 %	373	24 %
	Pharynx	2 880	89 %	330	30 %
	Oesophage	3 947	86 %	666	55 %
	Rectum	6 460	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 %
Traumatismes 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 %

* Ce calcul de risque attribuable ne tient probablement pas compte de la corrélation entre consommation de tabac et consommation d'alcool.

** Avant 75 ans.

Source : Hill, 2000

Mais, l'alcool est également un facteur de risque d'un certain nombre d'autres pathologies : cancer du foie, maladies de l'appareil circulatoire...

Il est aussi souvent impliqué dans un certain nombre de morts violentes : accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides, homicides.

Chez les femmes enceintes, la consommation même modérée d'alcool entraîne des risques pour la grossesse et la consommation importante d'alcool expose l'enfant au syndrome d'alcoolisme fœtal.

La dépendance à l'alcool constitue l'ultime phase d'un processus jalonné d'accidents et de maladies qui peuvent débiter à des niveaux de consommations plus faibles.

Le profil des personnes face à l'alcool peut être distingué en trois catégories : le profil sans risque (lié à une consommation modérée d'alcool ou à une absence de consommation), le profil à risque sans dépendance et le profil à risque avec dépendance.

D'après une enquête francilienne réalisée par l'ORS en 2000 auprès de patients de médecins généralistes, 16 % des hommes consultant ont un profil à risque sans dépendance et 5 % présentent une dépendance. Pour les femmes, ces proportions sont toutes deux de 3 % (Halfen et al., 2002).

Des études réalisées en France entre 1997 et 2000 ont montré que, parmi les patients hospitalisés, 13 % à 20 % avaient des problèmes avec l'alcool. Cette proportion est de 30 % à 40 % parmi les personnes hospitalisées dans les services psychiatriques¹.

La dépendance à l'alcool entraîne, outre les pathologies essentiellement hépatiques, digestives et des voies aéro-digestives supérieures, une détérioration des liens familiaux, sociaux et professionnels pouvant progressivement conduire à une désocialisation avec des troubles psychiatriques majeurs.

¹ OFDT, Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, p. 84

2. La situation en Ile-de-France

Nombre annuel de décès en Ile-de-France entre 1997 et 1999 pour 4 pathologies fortement liées à la consommation d'alcool et / ou de tabac par sexe et groupe d'âges

	0-34 ans		35-64 ans		65 ans et plus		Tous âges	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Cancer du poumon	5	4	1 342	298	1 761	574	3 109	876
Cirrhose du foie	9	5	557	242	279	181	845	428
Psychose alcoolique	9	1	174	55	59	25	241	81
Cancer des VADS ¹	3	2	796	107	602	182	1 402	291
Total	26	12	2 869	702	2 701	962	5 597	1 676
Toutes causes	2 076	1 110	10 687	5 067	24 310	31 495	37 073	37 672

Source : CépiDc

Mortalité pour quatre pathologies fortement liées à la consommation d'alcool et/ou de tabac

L'INSERM a enregistré chaque année, entre 1997 et 1999, 37 073 décès masculins et 37 672 décès féminins toutes causes confondues en Ile-de-France.

Parmi ces décès,

- le cancer du poumon a causé la mort de 3 109 hommes et 876 femmes ;
- la psychose alcoolique a causé la mort de 241 hommes et 81 femmes ;
- la cirrhose du foie a causé la mort de 845 hommes et 428 femmes ;
- les cancers des VADS¹ ont causé la mort de 1 402 hommes et 291 femmes.

La sur-mortalité masculine est importante pour chacune de ces pathologies.

En revanche, la répartition par âge de ces décès est assez comparable pour les deux sexes : très rares avant 30 ans, ils augmentent rapidement après 35 ans pour représenter jusqu'à 30 % du total des décès masculins et 15 % des décès féminins vers 60 ans.

Après 65 ans, ces pathologies restent importantes mais leur part dans le total des décès régresse car d'autres causes de décès progressent fortement (mortalité d'origine cardio-vasculaire notamment).

Ces pathologies sont à l'origine du décès de 5 597 hommes (soit 15,1 % du total des décès

masculins) et de 1 676 femmes (soit 4,4 % du total des décès féminins) en Ile-de-France².

Ces proportions sont respectivement de 14,2 % et 3,4 % en France², ce qui semble indiquer une plus forte proportion de ces pathologies en Ile-de-France qu'en France.

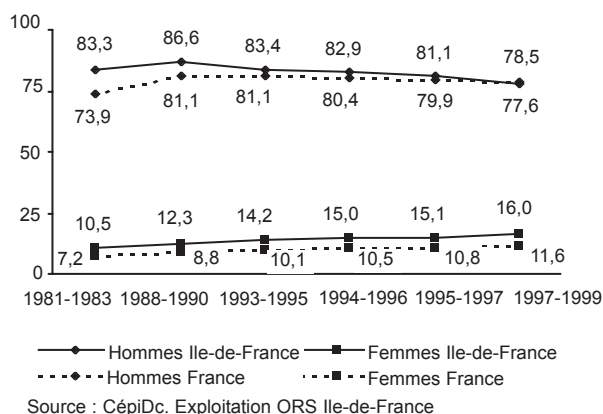
Ce résultat demande à être confirmé par une analyse de la mortalité prenant en compte les différences de structure par âges des populations francilienne et nationale, d'autant plus que pour chacune de ces pathologies, les proportions de décès attribuables à la consommation de tabac et / ou d'alcool sont très variables selon le sexe et l'âge.

Pour comparer les taux de mortalité en France et en Ile-de-France en tenant compte des structures d'âge et de sexe des deux populations, on utilise une méthode de standardisation indirecte : les taux de mortalité par classe d'âge de la population française sont appliqués à la structure d'âge de la population francilienne afin de calculer le nombre attendu de décès en Ile-de-France. Puis, on calcule un Indice Comparatif de Mortalité (ICM), aussi appelé SMR (Standardized Mortality Ratio) qui est le rapport du nombre observé de décès sur le nombre attendu de décès en Ile-de-France (ici, ce rapport sera multiplié par 100). Ainsi, l'ICM pour la France sera, par définition, égal à 100 et celui pour l'Ile-de-France sera comparé à 100 par un test du Chi-2.

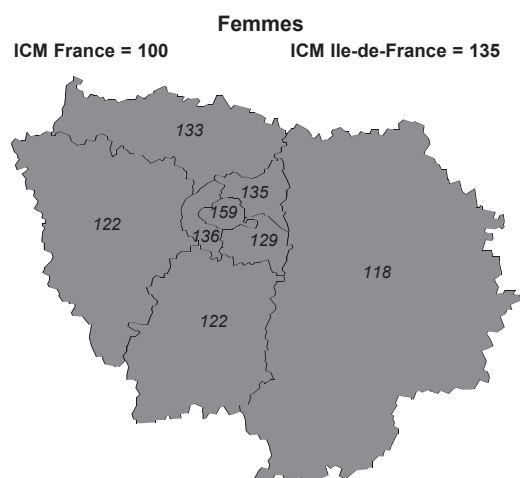
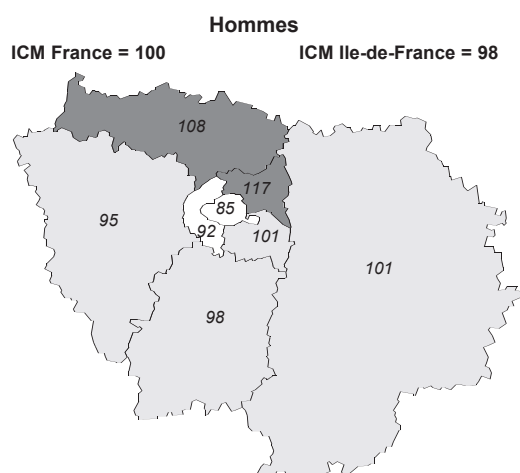
¹ Cancer des VADS : cancer des voies aéro-digestives supérieures.

² Nombres annuels moyens de décès sur la période 1997-1999 (CépiDc).

Taux de mortalité (pour 100 000) par cancer du poumon. Evolution 1981-1999 en France et en Ile-de-France



Mortalité par cancer du poumon en 1997-1999



Source : CépiDc. Exploitation ORS Ile-de-France

- Sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale
- Mortalité comparable à la moyenne nationale
- Sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale

Mortalité par cancer du poumon

Evolution

Le cancer du poumon a considérablement progressé chez les hommes depuis la fin de la seconde guerre mondiale (parallèlement à la progression du tabagisme dans la population masculine). Mais on assiste depuis dix ans à une stabilisation et même à une légère baisse de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes, notamment en Ile-de-France. Cette évolution favorable concerne tous les départements franciliens.

L'évolution de la mortalité féminine par cancer du poumon est beaucoup moins favorable. En effet, en France comme en Ile-de-France, la mortalité due à cette pathologie a progressé d'environ 50 % en quinze ans, avec un niveau de mortalité en Ile-de-France constamment supérieur à la moyenne nationale.

Pour l'avenir, l'augmentation régulière du tabagisme féminin fait craindre une poursuite de la hausse de la mortalité féminine par cancer bronchique dans toute la France.

Situation actuelle

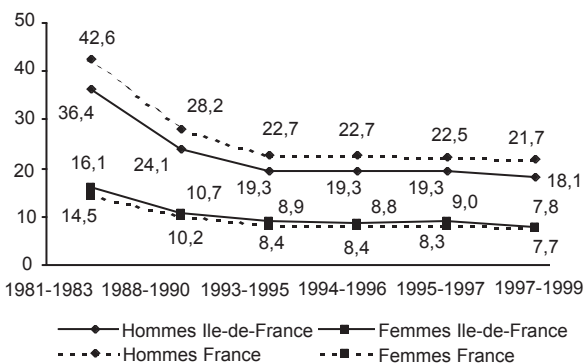
Le cancer du poumon est responsable du décès de 3 985 personnes chaque année en Ile-de-France (3 109 hommes et 876 femmes)¹. Ces décès surviennent entre 35 et 90 ans mais sont particulièrement nombreux entre 60 et 70 ans. Par rapport aux autres régions de France, l'Ile-de-France se caractérise par une légère sous-mortalité pour les hommes (ICM = 98), mais présente une très forte sur-mortalité chez les femmes (ICM = 135).

Au sein de la région, les disparités départementales sont importantes :

- Chez les hommes, l'ICM varie de 85 à Paris (sous-mortalité de 15 % par rapport à la moyenne nationale) à 117 en Seine-Saint-Denis (sur-mortalité de 17 % par rapport à la moyenne nationale).
- Chez les femmes, tous les départements franciliens présentent une sur-mortalité significative par cancer du poumon, celle-ci allant de +18 % en Seine-et-Marne à +59 % à Paris.

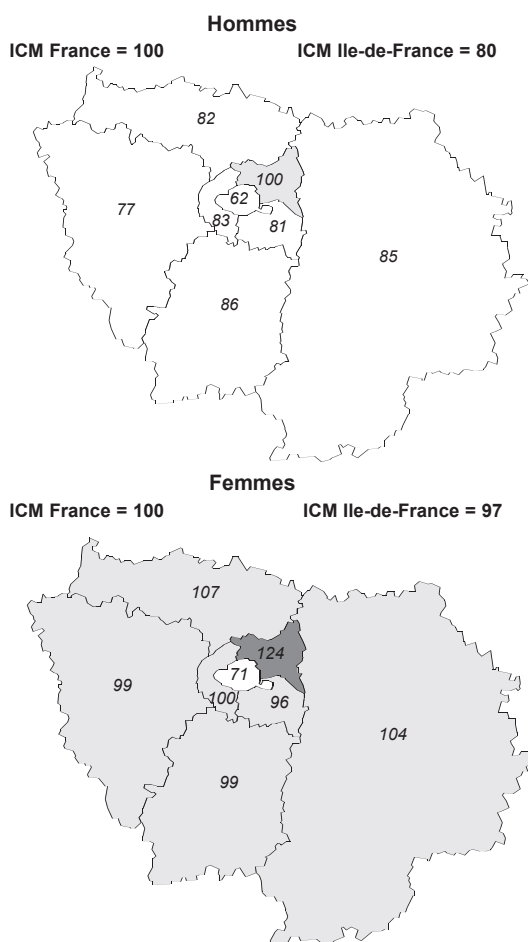
¹ Nombres annuels moyens de décès sur la période 1997-1999 (CépiDc)

Taux de mortalité (pour 100 000) par cirrhose du foie. Evolution 1981-1999 en France et en Ile-de-France



Source : CépiDc. Exploitation ORS Ile-de-France

Mortalité par cirrhose du foie et psychose alcoolique en 1997-1999



Source : CépiDc. Exploitation ORS Ile-de-France

Mortalité par cirrhose et psychose alcoolique

Evolution

En France, depuis les années 1960, la consommation d'alcool a diminué. Cette baisse a entraîné dès les années 1970 une réduction du nombre de décès liés à l'alcool (Hill, 2000). Concernant la cirrhose du foie, les nombres de décès liés à cette pathologie ont cessé de baisser entre 1993 et 1997 en France et en Ile-de-France. Cependant, sur la période 1997-1999, les nombres de décès consécutifs à cette maladie semblent avoir diminué.

Situation actuelle

La cirrhose du foie et la psychose alcoolique sont à l'origine du décès de 1 086 hommes et 509 femmes chaque année en Ile-de-France¹. Ces décès surviennent, dans leur grande majorité, entre 40 et 70 ans.

L'Ile-de-France se caractérise par une sous-mortalité sensible de 20 % chez les hommes pour ces pathologies.

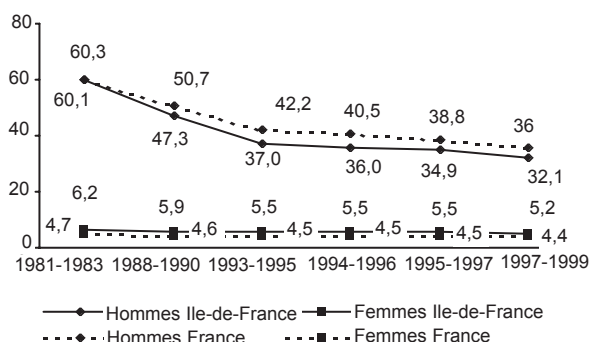
En revanche, la mortalité des Franciliennes par cirrhose du foie et psychose alcoolique est comparable à la moyenne nationale.

Au sein de la région, les disparités départementales sont importantes :

- Chez les hommes, hormis pour la Seine-Saint-Denis où la mortalité ne diffère pas de la mortalité nationale, tous les départements affichent une sous-mortalité pour ces pathologies allant de -38 % à Paris à -14 % dans l'Essonne.
- Chez les femmes, deux départements se distinguent très nettement : Paris par une sous-mortalité sensible (-29 %) et la Seine-Saint-Denis par une mortalité qui dépasse de 24 % la moyenne nationale. Les autres départements présentent des niveaux de mortalité comparables à la moyenne nationale.

¹ Nombres annuels moyens de décès sur la période 1997-1999 (CépiDc)

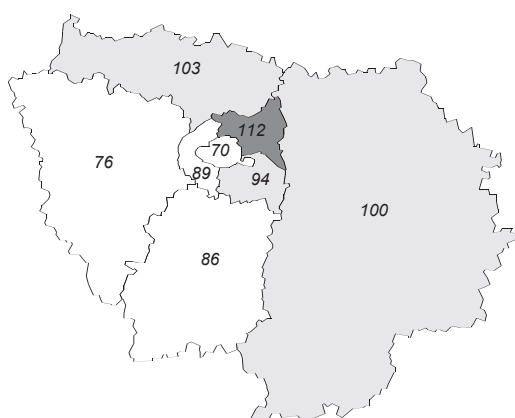
Taux de mortalité (pour 100 000) par cancer des voies aéro-digestives supérieures. Evolution 1981-1999 en France et en Ile-de-France



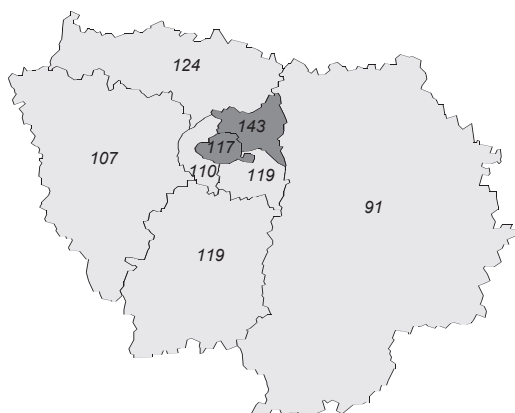
Source : CépiDc. Exploitation ORS Ile-de-France

Mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures en 1997-1999

Hommes
ICM France = 100 ICM Ile-de-France = 89



Femmes
ICM France = 100 ICM Ile-de-France = 116



Source : CépiDc. Exploitation ORS Ile-de-France

- Sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale
- Mortalité comparable à la moyenne nationale
- Sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale

¹ Nombres annuels moyens de décès sur la période 1997-1999 (CépiDc)

Mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures

Evolution

Le nombre de décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures, pour lesquels l'alcool et le tabac sont des facteurs de risque, a diminué chez les hommes de 40-45 % en France et en Ile-de-France entre 1981 et 1999. Ceci concorde bien avec l'importante diminution (de l'ordre de 50 %) concomitante du nombre de décès par cirrhose du foie chez les hommes. Pour les femmes, la diminution est moins nette, voire inexistante en France. Ceci peut certainement s'expliquer par l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes (avec pour conséquence l'augmentation sensible du nombre de décès féminins par cancer du poumon depuis 15 ans).

Situation actuelle

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont responsables, chaque année, du décès de 1 402 hommes et de 291 femmes en Ile-de-France¹. Ces décès surviennent principalement entre 40 et 70 ans.

L'Ile-de-France se caractérise par une sous-mortalité de 11 % chez les hommes pour ces pathologies.

La situation est beaucoup moins favorable pour les Franciliennes qui présentent une sur-mortalité significative de 16 % par rapport à la moyenne des femmes en France.

Au sein de la région, les disparités départementales sont importantes :

- Chez les hommes, en dehors de la Seine-Saint-Denis qui présente une surmortalité de 12 %, les départements ont une mortalité comparable à la mortalité nationale ou inférieure à celle-ci.
- Chez les femmes, le nombre relativement faible de décès féminins par cancers des VADS rend délicate l'interprétation des disparités départementales. Deux départements, la Seine-Saint-Denis et Paris, présentent toutefois une sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale de plus de 40 % pour le premier et plus de 15 % pour le second.

Le cannabis

A court terme, le cannabis peut entraîner divers effets cognitifs, psychomoteurs, somatiques et psychotiques. Aucun cas de décès après intoxication aiguë de cannabis n'a cependant jamais été décrit.

A long terme, la consommation chronique de cannabis pourrait augmenter le risque de certains cancers (cancer broncho-pulmonaire, cancer des voies aéro-digestives supérieures).

Par ailleurs, la consommation répétée de cannabis pourrait entraîner chez l'homme une dépendance psychologique, définie comme son usage compulsif.

La dépendance physique au cannabis n'a pas pu être démontrée sur des modèles expérimentaux en biologie animale.

Effets immédiats ou à court terme du cannabis

La consommation de cannabis entraîne des effets cognitifs et psychomoteurs réversibles.

Ainsi, d'après des tests réalisés sur des volontaires et d'après les propos des consommateurs, pour des doses entraînant somnolence, euphorie modérée et sensation de bien-être, la prise de cannabis entraîne des troubles de la mémoire à court terme, une altération de la perception temporelle et une incapacité à accomplir plusieurs tâches simultanées.

Pour des doses plus importantes, des troubles du langage et de la coordination motrice peuvent également survenir et il faut noter que le temps de réaction est augmenté. Ces effets cognitifs peuvent durer 24 heures lorsque la dose de cannabis est importante.

L'usage de cannabis peut également induire chez certains sujets quelques effets somatiques, généralement mineurs : augmentation de la fréquence et du débit cardiaque, hypotension orthostatique, céphalées, irritation bronchique, effets oculaires, digestifs, urinaires...

Par ailleurs, de façon exceptionnelle, des troubles psychotiques peuvent être induits par une consommation élevée de cannabis. Il peut s'agir d'attaques de panique, de syndromes de dépersonnalisation ou plus exceptionnellement de psychoses cannabiques.

D'après certaines études, le cannabis aurait des effets sur le comportement sexuel : il entraînerait une diminution de l'inhibition, à l'origine d'une augmentation des comportements sexuels à risque (non-utilisation de préservatif).

Conduite automobile, professions à risque

L'existence d'un lien causal entre usage de cannabis et accident de la circulation n'est pas encore clairement démontrée.

Les études épidémiologiques se heurtent en effet au problème de l'absence de relation synchrone entre la présence de cannabis et accident de la circulation.

Cependant, certaines études expérimentales ont mis en évidence des effets incompatibles avec la conduite automobile : temps de réaction allongé, capacité amoindrie de contrôle d'une trajectoire, mauvaise appréciation du temps et de l'espace, réponses perturbées en situation d'urgence. Ceci s'ajoute aux effets de somnolence et à l'incapacité d'accomplir plusieurs tâches simultanées qui rendent dangereuse la conduite d'un véhicule.

Pour les mêmes raisons, la consommation de cannabis est incompatible avec l'exercice de certaines professions engageant la sécurité d'autrui.

Par ailleurs, si les effets du cannabis seul sur les performances de conduite sont faibles ou modérés, la conduite automobile peut être gravement altérée même lorsque de faibles doses de cannabis sont combinées à de faibles quantités d'alcool : instabilité de la trajectoire, augmentation du temps de réaction aux manoeuvres des autres véhicules.

La dépendance au cannabis

Les résultats de nombreuses études étrangères (Kandel et al., 1997 ; Perkonig et al., 1998 ; Perkonig et al., 1999 ; Poulton et al., 1997) montrent que les prévalences de dépendance sont variables. Elles seraient estimées à 5 % en population générale et à 10 % chez les consommateurs.

Cependant, peu d'enquêtes ont recherché les corrélations entre le risque de dépendance et la quantité ou la fréquence de consommation de cannabis.

La proportion de personnes dépendantes parmi les consommateurs actuels diminue avec l'âge (Kandel, 1997) et est plus importante chez les hommes que chez les femmes (Kandel 1997, Perkonig 1998, Perkonig 1999), que l'on considère une dépendance passée ou actuelle.

Effets à long terme d'une consommation répétée¹ de cannabis

Une consommation chronique de cannabis pourrait augmenter le risque de certains cancers : cancer broncho-pulmonaire, cancer des voies aéro-digestives supérieures. Cependant, la forte exposition au cannabis est trop récente pour que l'on puisse apprécier ses effets à long terme.

Une consommation régulière et importante chez des femmes enceintes pourrait avoir des répercussions sur le fœtus (par des mécanismes similaires à ceux du tabac) : réduction de la croissance fœtale, diminution de l'âge gestationnel.

D'après certaines études, des anomalies réversibles de comportement des nouveau-nés ont été relevées : augmentation des tremblements, atténuation de la réponse visuelle aux stimuli lumineux, diminution de la puissance des pleurs, altération du sommeil, augmentation de l'impulsivité.

¹ La consommation répétée de cannabis est ici définie comme au moins dix usages dans l'année.

Les autres produits illicites

Les données relatives à la morbidité et à la mortalité des consommateurs de produits illicites concernent principalement les usagers de drogue par voie intraveineuse et portent surtout sur les infections à VIH, VHB et VHC, sur les décès par sida et par surdose.

En Ile-de-France, la proportion de personnes contaminées par l'usage de drogues par voie intraveineuse parmi les cas de sida diagnostiqués est restée relativement stable depuis 1989.

En revanche, le nombre de décès par surdose et par sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse a nettement diminué, notamment avec la mise sur le marché de produits de substitution aux opiacés (méthadone, Subutex®) et avec l'arrivée des multithérapies antirétrovirales.

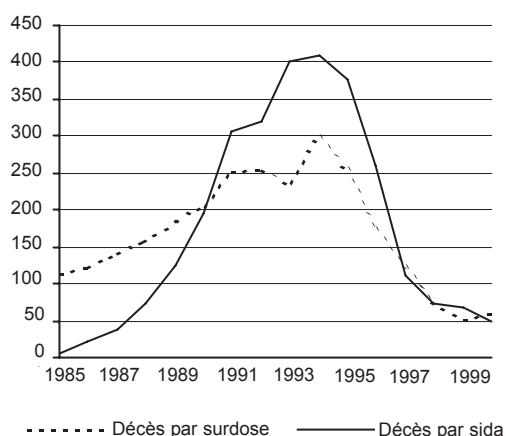
En France, la toxicomanie par voie intraveineuse est également responsable du tiers des infections à VHC.

De nombreuses enquêtes américaines et européennes montrent une surmortalité importante chez les toxicomanes, en particulier chez les consommateurs d'opiacés utilisant la voie intraveineuse.

Les principales causes de mortalité chez les toxicomanes injecteurs sont les décès par sida, les surdoses, les suicides et les morts violentes.

2. La mortalité

Nombres de décès par surdose et par sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. Evolution 1989-1999 en Ile-de-France



Sources : OCRTIS, InVS. Exploitation ORS Ile-de-France

Les enquêtes européennes de cohortes portant sur différents groupes de toxicomanes montrent une surmortalité importante, notamment chez les consommateurs d'opiacés utilisant la voie intraveineuse, par rapport à des individus d'âge et de sexe comparables.

Les principales causes de mortalité des toxicomanes injecteurs sont les décès par sida (et stade pré-sida), les surdoses, les suicides et les morts violentes. D'autres causes de mortalité ont également été mises en évidence : les infections hors sida (septicémies, endocardites, pneumonies) et les cirrhoses et autres lésions hépatiques.

Ces atteintes hépatiques sont retrouvées de façon quasi-constante lors des autopsies, elles témoignent de la consommation d'alcool répétée chez les toxicomanes (Grémy et al., 1997).

En Ile-de-France, après une augmentation entre 1989 et 1995, le nombre de décès par surdose chez les usagers de drogue par voie intraveineuse a fortement baissé : une diminution de plus de 80 % a été observée entre 1994 (299 décès) et 1999 (52 décès).

Cependant, le nombre de décès par surdose a cessé de diminuer en Ile-de-France (comme sur l'ensemble du territoire) entre 1999 et 2000 (59 décès).

Cette baisse semble coïncider avec la mise sur le marché de la méthadone (1995) et du Subutex® (1996) (Halfen et al., 2000b).

Outre cette diminution, on observe une modification des parts des produits à l'origine de ces surdoses : jusqu'en 1994, plus de 90 % des décès par surdose en Ile-de-France étaient attribuables à l'héroïne, cette proportion n'était plus que de 70 % en 1999.

Dans le même temps, le nombre de décès par sida parmi les personnes contaminées par usage de drogue par voie intraveineuse a fortement baissé à partir de 1996, date à laquelle les multithérapies antirétrovirales ont commencé à être délivrées en France.

Le nombre de décès par sida a diminué dans tous les groupes de transmission, mais la part relative des décès chez les usagers de drogue par voie intraveineuse a augmenté de façon nette en Ile-de-France (7 % des décès en 1986 versus près de 30 % en 1999), ce qui indique que la diminution a été moindre que dans les autres groupes de transmission (Halfen et al., 2000b).

Ces diminutions des nombres de décès par surdoses et par sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse sont certes encourageantes, mais trois facteurs de mortalité semblent préoccupants, d'autant plus qu'il est difficile de mesurer leur importance : les suicides (dont les surdoses peuvent en être une forme), l'alcool et l'infection à VHC (Halfen et al., 2000b).

Les données relatives à la morbidité et à la mortalité des usagers de drogues sont assez fragmentaires. Elles concernent principalement les infections à VIH, VHC et VHB, soit les usagers de drogue par voie intraveineuse, c'est-à-dire essentiellement les consommateurs d'opiacés.

1. La morbidité

Les toxicomanes victimes d'une importante morbidité

La morbidité importante dont sont victimes les toxicomanes peut s'expliquer par de nombreux facteurs (Coustou et al., 1998) :

- **le produit consommé** : outre des effets sur l'organisme, la substance consommée peut entraîner des effets psychoactifs à court terme susceptibles d'engendrer des comportements à risque (relations sexuelles non protégées, accidents...) et des effets à plus long terme (neurotoxicité plus ou moins réversible).

- **le mode de consommation** : la consommation de drogue par voie intraveineuse peut être la cause d'abcès ou de septicémies et peut être un vecteur de contamination par le VIH, le VHB et le VHC.

- **les conditions de vie** : les toxicomanes ont fréquemment des conditions de vie très précaires et très instables.

Actuellement, la proportion de personnes contaminées au VIH par l'usage de drogue par voie intraveineuse, parmi l'ensemble des cas de sida domiciliés en Ile-de-France (environ 20 %), reste relativement stable entre 1989 et 1999 (Halfen et al., 2000b).

Concernant l'hépatite C, il faut tout d'abord noter qu'en France, la toxicomanie par voie intraveineuse est responsable du tiers des infections à VHC. D'autre part, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse infectés par le VHC est très élevée, environ 70 % en 1997.

D'après les données de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des

statistiques), la prévalence déclarée du VHC chez les usagers injecteurs fréquentant les établissements spécialisés n'a fait qu'augmenter de 1994 à 1999 : elle est ainsi passée de 51 % à 63 %.

L'exploitation régionale d'une enquête réalisée par le CESES (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida) dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (CSSTH) (Six et al., 1998) indique qu'en Ile-de-France, une grande majorité des toxicomanes résidant dans ces structures connaissent leur statut sérologique pour le VIH (93 % en moyenne entre 1993 et 1998) et pour le VHC (83 % en moyenne entre 1996 et 1998). Parmi ces derniers, 60 % sont séropositifs au VHC en Ile-de-France.

Pour ce qui est de l'infection à VIH, la séroprévalence est aussi très élevée parmi les résidents des CSSTH (24 % en Ile-de-France).

Des séroprévalences du même ordre ont été retrouvées lors d'une autre enquête menée en France métropolitaine en 1998 auprès des usagers des Programmes d'échanges de seringues (PES) (Emmanuelli et al., 1999) : 58 % pour le VHC et 19 % pour le VIH.

Par ailleurs, l'enquête menée par le CESES a mis en évidence une prévalence de co-infection VIH-VHC particulièrement élevée parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse résidant dans les CSSTH franciliens : 17 %.

Enfin, cette enquête ne note aucune diminution, entre 1996 et 1998, des séroprévalences pour le VIH, le VHC et la co-infection VIH-VHC.

Partie II

Evolution et caractéristiques des consommations de produits psychoactifs

1 - Evolution et caractéristiques des consommations de produits psychoactifs chez les jeunes Franciliens

Le tabac chez les jeunes

L'ensemble des données d'enquêtes permettant de suivre l'évolution de la consommation de tabac chez les jeunes indique une diminution de celle-ci durant les années 70 et 80. Cette baisse s'est arrêtée depuis le début des années 90 et les données d'évolution les plus récentes semblent même indiquer une augmentation tant de l'expérimentation que de la consommation quotidienne de tabac.

Actuellement, un quart des jeunes a déjà fumé à 13 ans, c'est le cas de plus de 80 % à 19 ans. Les filles semblent être plus nombreuses à fumer que les garçons.

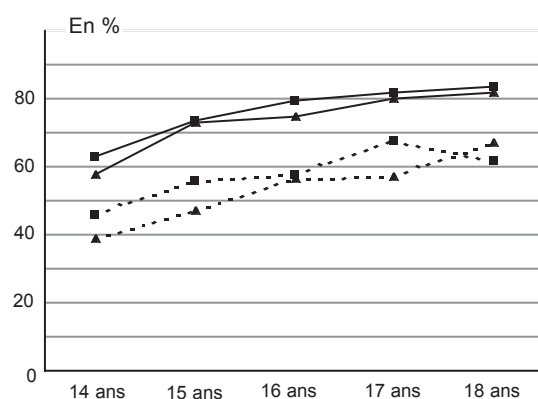
Les jeunes Franciliens semblent moins nombreux à fumer que les jeunes de province.

Un environnement scolaire difficile semble favoriser la consommation de tabac. Par ailleurs, les jeunes sont plus souvent fumeurs lorsque leur entourage fume (parents, frères, soeurs, amis, etc.).

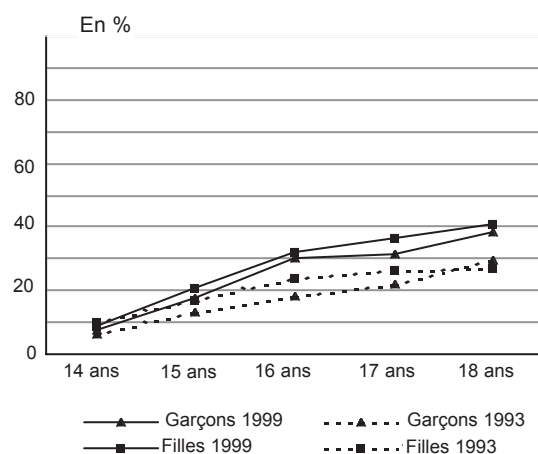
Dans cette population, le niveau de connaissances sur les dangers liés à la consommation de tabac est faible.

1. Evolution de la consommation de tabac

Expérimentation de tabac chez les jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Consommation quotidienne de tabac chez les jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Sources : Choquet et al., 1994 ; ESPAD (Choquet et al., 2000).

Une consommation qui a cessé de diminuer entre 1990 et 2000

L'évolution récente de la consommation de tabac chez les jeunes est difficile à cerner en raison des difficultés des comparaisons entre enquêtes évoquées précédemment. Les populations peuvent être d'âges différents, or, en raison de la forte augmentation des consommations d'un âge à l'autre, la précision à l'année près est ici très importante.

Si les données issues des enquêtes réalisées de 1977 à 2000 par l'ex-CFES montrent une décroissance de la proportion de fumeurs (quotidiens ou non) chez les garçons et les filles de 12-18 ans, en revanche, les données des enquêtes menées en France comme en Ile-de-France au cours de la décennie 1990-2000, indiquent que la proportion de jeunes fumeurs semble avoir cessé de diminuer.

Ainsi, des enquêtes réalisées en 1983, 1991 et 1998 auprès des lycéens parisiens (De Peretti et al., 1999) montrent que la proportion de fumeurs (quotidiens ou non) est restée stable entre 1991 et 1998.

L'enquête INSERM de 1993 (Choquet et al., 1994) et l'enquête ESPAD de 1999 (Choquet et al., 2000), menées auprès des 14-18 ans scolarisés et dont les méthodologies sont comparables, montrent même une nette augmentation de l'expérimentation comme de la consommation quotidienne de tabac chez les garçons et de façon encore plus nette chez les filles.

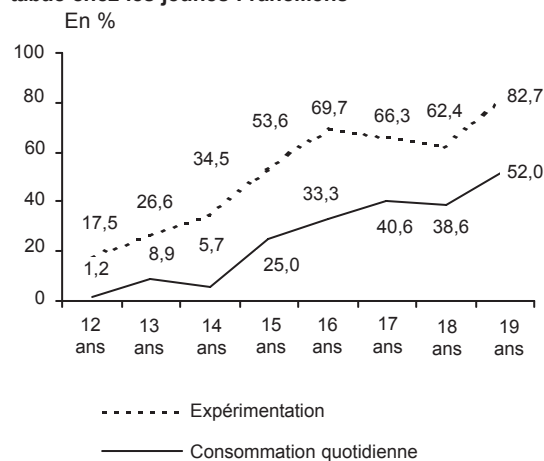
Cette augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes durant les années 90 est également confirmée par des enquêtes réalisées annuellement entre 1991 et 1996 auprès de collégiens et lycéens parisiens (Dautzenberg et al., 1997).

Les enquêtes nationales permanentes de l'INSEE sur les conditions de vie réalisées annuellement montrent aussi une augmentation de la proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans entre 1997 et 2000.

En revanche, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement semble diminuer progressivement : de 10 à 11 cigarettes en 1991 à 8 en 1996.

2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Expérimentation et consommation quotidienne de tabac chez les jeunes Franciliens



Source : Embersin et al., 2000

Les proportions d'expérimentateurs et de consommateurs quotidiens de tabac augmentent avec l'âge

A 12 ans, 18 % des jeunes d'Ile-de-France ont déjà expérimenté le tabac, ils sont 54 % à 15 ans et 83 % à 19 ans (Embersin et al., 2000).

La proportion de fumeurs quotidiens s'accroît également très nettement chez les garçons et chez les filles selon l'âge : en Ile-de-France, à 14 ans, 6 % des jeunes fument quotidiennement, à 16 ans, ils sont 33 % et 39 % à 18 ans (Embersin et al., 2000).

Les jeunes Franciliens semblent moins nombreux à fumer que les jeunes de province

Deux enquêtes menées en 1993, l'une auprès de jeunes scolarisés de 11 à 19 ans (Choquet et al., 1998a) et l'autre auprès de jeunes de 16 à 24 ans dans un dispositif de réinsertion scolaire (Choquet et al., 1998b) indiquent que les garçons comme les filles d'Ile-de-France sont moins nombreux que ceux des autres régions à avoir expérimenté le tabac. Parmi les jeunes scolarisés, 17 % des garçons et 20 % des filles d'Ile-de-France ont expérimenté le tabac contre respectivement 23 %

et 25 % des jeunes de province. Chez les non-scolarisés, les écarts sont encore plus nets.

Cette moindre expérimentation chez les jeunes Franciliens est également retrouvée par ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b) : en Ile-de-France, 77 % des filles et 71 % des garçons de 17 ans ont déjà fumé au moins une fois alors que la moyenne nationale est de 79,4 % pour les filles et de 76,0 % pour les garçons de même âge.

La sous-consommation francilienne est confirmée par ESCAPAD 2001 (Beck et al., 2002) où la consommation quotidienne de tabac en Ile-de-France est significativement inférieure à la moyenne nationale (37 % contre environ 43 %).

Les filles semblent être plus nombreuses à fumer que les garçons

Les filles sont plus nombreuses à avoir déjà consommé du tabac ou à en consommer que les garçons. Les données nationales du Baromètre santé 2000 (ex-CFES, 2000) indiquent une prévalence de 27 % chez les fumeuses de 12-17 ans contre 21 % de fumeurs.

En revanche, entre 18 et 20 ans, il n'y a pas d'écart selon le sexe et au-delà de ces âges, les femmes semblent peut-être un peu moins nombreuses à fumer que les hommes.

L'enquête ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b) confirme la plus grande fréquence de l'expérimentation de tabac chez les filles par rapport aux garçons en Ile-de-France: à 17 ans, 77 % des Franciliennes ont déjà expérimenté le tabac contre 71 % des Franciliens.

Le nombre moyen de cigarettes fumées augmente avec l'âge

L'exploitation francilienne du Baromètre santé jeunes de 1997/98 (Embersin et al., 2000) indique que ce nombre passe de 4,8 cigarettes par jour chez les 12-14 ans à 9,4 chez les jeunes âgés de 17 ans.

Influence du milieu social : des résultats contrastés

Différentes enquêtes montrent des résultats contradictoires sur les liens entre le tabagisme des jeunes et le milieu social.

Le Baromètre santé jeunes de 1997/98 (ex-CFES, 1998) semble montrer que la proportion de fumeurs chez les jeunes est d'autant plus élevée que la catégorie sociale des parents est privilégiée.

En revanche, l'enquête permanente 2000 de l'INSEE sur les conditions de vie des ménages montre des résultats plutôt contraires puisque, chez les jeunes de 15 à 19 ans, la prévalence du tabagisme est plutôt associée à une situation financière dégradée (Aliaga, 2001). Cette situation socio-économique difficile est d'ailleurs clairement liée à la consommation de tabac chez les adultes.

En Ile-de-France comme en France, les jeunes qui vivent avec leurs deux parents sont les moins nombreux à fumer et, parmi ceux qui fument quotidiennement, ils consomment des quantités inférieures aux autres (ex-CFES, 1998 ; Embersin et al., 2000).

Un environnement scolaire difficile favorise la consommation de tabac

Cette consommation semble d'autant plus élevée que l'environnement scolaire est perçu de façon négative.

Par exemple, les jeunes qui ont déjà redoublé au cours de leur scolarité sont plus souvent fumeurs quotidiens que les autres (ex-CFES, 1998 ; Beck et al., 2000b).

Enfin, la consommation de tabac, notamment la consommation quotidienne, est nettement associée à un absentéisme scolaire régulier (Choquet et al., 1994).

L'influence du milieu familial est déterminante

Toutes les enquêtes montrent que lorsque les parents sont fumeurs, leurs enfants sont plus souvent des fumeurs quotidiens. De même, la quantité de cigarettes fumées semble d'autant plus élevée que les jeunes déclarent avoir des parents qui fument une quantité élevée (De Peretti et al., 1999).

Outre l'influence des parents, les habitudes tabagiques de l'entourage semblent également avoir une influence nette : parmi les collégiens et lycéens parisiens interrogés entre 1991 et 1996, les fumeurs ont plus souvent que les non-fumeurs un frère ou une soeur qui fume (46 % contre 19 %) et un(e) ami(e) qui fume (79 % contre 20 %) (Dautzenberg et al. 1997).

Forte consommation chez les jeunes en situation de précarité

L'enquête réalisée en 1998 par l'INED auprès de jeunes de 16 à 24 ans utilisateurs des services d'hébergement, de restauration et d'accueil de jour à Paris et dans la petite couronne (Amossé et al., 2001) indique que la proportion de fumeurs quotidiens parmi les jeunes sans domicile ou en situation précaire est très élevée (73 % parmi les 16-19 ans), soit presque le double de celle observée parmi les Franciliens de 16-19 ans (41 %, Embersin et al., 2000). Le nombre moyen de cigarettes fumées est aussi environ deux fois plus élevé et l'âge d'entrée dans une consommation quotidienne plus jeune.

3. La perception des risques

Les jeunes semblent peu informés des risques du tabac

D'après l'enquête KABP tabac menée en 2000 auprès de Franciliens de 18 à 75 ans (Grémy et al., 2002), les jeunes adultes (18-24 ans) sont ceux qui se sentent le moins suffisamment informés des conséquences sur la santé de la consommation de tabac.

Les jeunes semblent aussi moins informés de la fréquence de certaines maladies chez les fumeurs. Le nombre de décès liés au tabac est nettement sous estimé par les plus jeunes par rapport aux décès liés aux accidents de la route. Ils sont moins nombreux à savoir que les maladies liées au tabac peuvent être douloureuses ou qu'elles peuvent limiter les activités quotidiennes. Enfin, ils sont aussi les moins nombreux à considérer le tabac comme une drogue .

L'impact de la consommation de tabac sur la santé est moins perçu par les fumeurs que par les non-fumeurs

L'enquête nationale sur les conduites déviantes des lycéens montre que les risques pour la santé liés au tabac sont minimisés par les jeunes fumeurs. Par exemple, parmi les lycéens qui ne fument jamais, 94 % pensent que la consommation de tabac provoque de graves troubles de santé, ils sont 88 % parmi les fumeurs (Ballion, 1999).

Cette moindre perception des risques de la consommation de tabac chez les fumeurs, notamment chez les jeunes fumeurs, est également retrouvée dans l'enquête KABP tabac (Grémy et al., 2002).

L'alcool chez les jeunes

L'alcool est le produit psychotrope le plus précocement consommé et le plus largement expérimenté par les jeunes.

L'évolution de la consommation d'alcool au cours de la décennie 1990-2000 se caractérise par une augmentation de la proportion de jeunes ayant déjà expérimenté l'alcool et une diminution des consommations régulières d'alcool au profit des consommations plus occasionnelles.

Néanmoins, ces dernières années, la quantité moyenne d'alcool consommée a cessé de diminuer et la majorité des jeunes de 18-19 ans déclare avoir déjà été ivre dans leur vie.

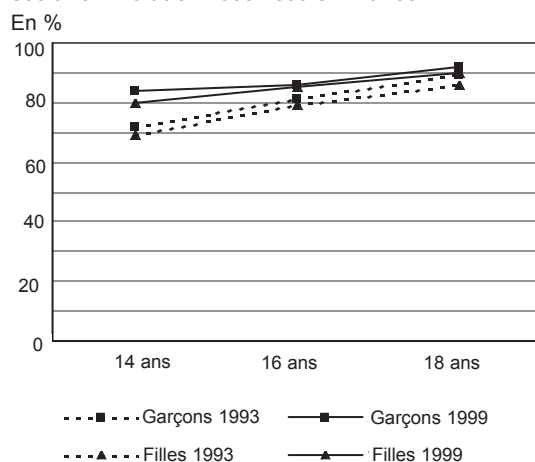
Actuellement, la consommation d'alcool est moindre en Ile-de-France par rapport au reste du territoire français.

A 18-19 ans, la quasi-totalité des jeunes ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie. Ce sont surtout des consommateurs occasionnels.

La consommation d'alcool chez les jeunes est plus importante lorsque leurs parents les laissent libres de boire. De plus, les jeunes sont plus nombreux à déclarer connaître des ivresses répétées quand ils considèrent leur père ou leur mère comme de grands consommateurs d'alcool.

1. Evolution de la consommation d'alcool

Expérimentation d'alcool chez les jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Sources : Choquet et al., 1994 ; ESPAD (Choquet et al., 2000)

Nombre moyen mensuel de verres d'alcool consommés par les garçons âgés de 13 à 18 ans. Evolution 1985-2001 en France

Tranches d'âge	1985	1996	2001
13-14 ans	5,5	3,5	1,1
15-16 ans	12,6	23,1	9,8
17-18 ans	35,6	36,6	49,0

Source : IREB, 1998 ; IREB, à paraître.

Augmentation probable de l'expérimentation d'alcool

La plupart des enquêtes montrent, au cours de la décennie 1990-2000, une augmentation de la proportion de jeunes ayant déjà expérimenté l'alcool.

Selon les différentes enquêtes de l'ex-CFES (Ménard, 1995), la proportion de jeunes âgés de 12 à 18 ans ayant déjà consommé de l'alcool est passée de 47 % en 1991 à 65 % en 1995.

La comparaison des données des enquêtes INSERM de 1993 (Choquet et al., 1994) et ESPAD de 1999 (Choquet et al., 2000) montre aussi une légère augmentation de la proportion d'expérimentateurs d'alcool.

Diminution des consommations régulières d'alcool au profit des consommations occasionnelles

D'après les différentes enquêtes de l'ex-CFES menées auprès des 12-18 ans (Ménard, 1995), la proportion de consommateurs réguliers d'alcool (au moins 3 fois par semaine) parmi les expérimentateurs est passée de 7 % en 1991 à 5 % en 1995. Cette diminution des proportions de consommateurs réguliers est confirmée par la comparaison des enquêtes INSERM 1993 et ESPAD 1999.

Relative stabilité des quantités d'alcool consommées

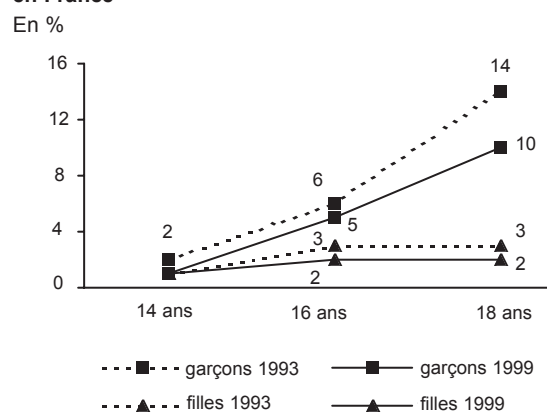
Les différentes études nationales réalisées par l'IREB en 1985, 1996 et 2001 auprès de garçons âgés de 13 à 18 ans (IREB, 1998 ; IREB, à paraître) montrent globalement une stabilité de la quantité d'alcool consommé au cours de cette période : 20 verres par mois en 1985, 21 verres en 1996 et 21,7 verres en 2001.

Cette apparente stabilité recouvrirait en fait des tendances différentes selon les classes d'âges : si la quantité moyenne d'alcool consommé a diminué chez les 13-14 ans, les 17-18 ans boivent en revanche en 2001 des quantités largement supérieures à celles observées en 1985 tandis que la quantité d'alcool consommé par les 15-16 ans a doublé puis a chuté en deçà du niveau de 1985. Cette absence de diminution de la quantité d'alcool consommé est confirmée par les résultats des Baromètres santé 1997/1998 (ex-CFES, 1998) et 2000 (ex-CFES, 2000).

Ces deux enquêtes montrent également que le comportement des garçons est proche de celui des filles, jusqu'à 15 ans, mais qu'au-delà, les garçons consomment des quantités d'alcool plus importantes.

Elles mettent aussi en évidence une augmentation avec l'âge de la consommation moyenne d'alcool chez les garçons et les filles de 12-19 ans.

Ivresse au moins 10 fois au cours de l'année chez des jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Sources : Choquet et al., 1994 ; ESPAD (Choquet et al., 2000)

Ivresse chez des lycéens parisiens de 15 à 19 ans. Evolution 1983-1998

En pourcentage	1983	1991	1998
Au moins une fois dans la vie	41,2	47,8	43,7
Au moins six fois au cours des six derniers mois	2,8	6,7	6,7

Source : de Peretti et al., 1999

L'ivresse : une évolution difficile à définir

D'après les enquêtes de l'ex-CFES (Ménard, 1995), la proportion de jeunes âgés de 12 à 18 ans déclarant avoir déjà été ivres a augmenté, elle est passée de 23 % en 1994 à 31 % en 1995. Cette recherche d'ivresse est surtout le fait des jeunes garçons et se manifeste dès l'âge de 14-15 ans.

Les enquêtes réalisées par l'INRP (De Peretti et al., 1999) mettent également en évidence une augmentation de la prévalence des ivresses déclarées par les lycéens parisiens de 15-19 ans entre 1983 et 1991 (41 % en 1983 et 48 % en 1991).

En revanche, les prévalences d'ivresses sont stables entre 1991 et 1998.

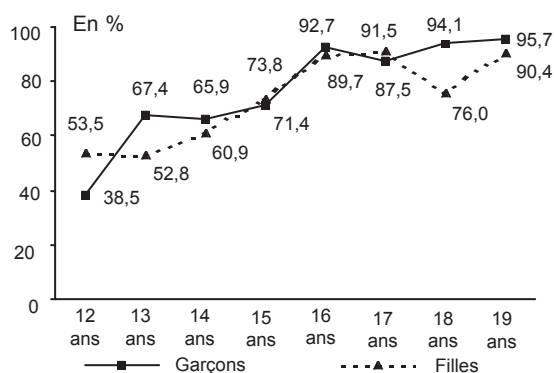
L'enquête de Ballion montre également une hausse entre 1993 et 1997 de la proportion de lycéens parisiens âgés de 15 à 19 ans ayant connu au moins une ivresse dans l'année (40 % en 1993 contre 49 % en 1997), en particulier lorsqu'il s'agit des ivresses répétées. Ainsi, en 1997, 27 % des jeunes de 15-19 ans ont connu au moins trois ivresses dans l'année contre 17 % en 1993.

Dans l'enquête ESPAD (Choquet et al., 2000), pour les ivresses répétées (au moins 10 fois dans l'année), on observe une tendance à la baisse entre 1993 et 1998 chez les garçons comme chez les filles scolarisés de 14 à 18 ans.

Il est difficile de conclure sur l'évolution de la fréquence de l'ivresse qui semble toutefois plutôt en hausse pour les ivresses au cours de la vie ou dans l'année. En ce qui concerne les ivresses répétées, les résultats sont davantage contrastés. En revanche, toutes les enquêtes concordent sur le fait que les garçons sont plus souvent ivres que les filles et connaissent des fréquences d'ivresse plus importantes que les filles.

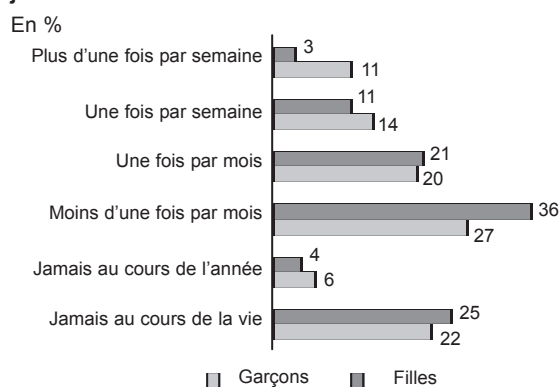
2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Expérimentation d'alcool chez les jeunes Franciliens



Source : Baromètre santé jeunes 1997/1998 (ex-CFES, 1998), exploitation ORS Ile-de-France.

Fréquence de consommation d'alcool chez les jeunes Franciliens de 12 à 19 ans



Source : Baromètre santé jeunes 1997/1998 (ex-CFES, 1998), exploitation ORS Ile-de-France.

L'alcool reste le premier produit psychoactif consommé

Le début de la consommation d'alcool est en France relativement précoce : à 12 ans, 50 % des garçons et 39 % des filles ont déjà consommé de l'alcool (ex-CFES, 1998). L'alcool est le produit psychoactif expérimenté le plus précocement par les jeunes : à 11 ans par exemple, ils sont près de la moitié à avoir déjà goûté de l'alcool alors qu'ils sont 17 % à avoir déjà fumé (Navarro et al., 1999).

Une consommation d'alcool moindre en Ile-de-France

Les jeunes d'Ile-de-France sont moins nombreux à consommer de l'alcool que ceux des autres

régions et quel que soit le niveau considéré de consommation d'alcool (Choquet et al., 1993 ; Embersin et al., 2000). L'enquête ESCAPAD 2001 (Beck et al., 2002) montre par exemple que la consommation régulière d'alcool (au moins dix fois au cours du dernier mois) concerne 3 % des filles et 10 % des garçons de 17-18 ans en Ile-de-France contre 4,4 % des filles et 16,6 % des garçons sur l'ensemble du territoire.

A 18-19 ans, la quasi-totalité des jeunes ont déjà consommé de l'alcool

L'expérimentation d'alcool augmente de façon très importante avec l'âge : à 12 ans, 46 % des jeunes Franciliens ont expérimenté l'alcool, ils sont 63 % à 14 ans et 93 % à 19 ans (Embersin et al., 2000). Les écarts entre les proportions d'expérimentateurs chez les garçons et chez les filles sont plus importants en province (78,4 % des garçons contre 74,5 % des filles) qu'en Ile-de-France (77,8 % des garçons contre 75,1 % des filles) (Embersin et al., 2000).

La bière est la boisson alcoolisée la plus consommée par les jeunes, plus souvent par les garçons que par les filles : 67 % des jeunes Franciliens de 12 à 19 ans déclarent en avoir consommé au cours des douze derniers mois.

Quant au vin et aux alcools forts, ils ont été consommés au moins une fois au cours de l'année par 52,6 % des Franciliens de 12-19 ans et par 46,5 % des Franciliennes (Embersin et al., 2000).

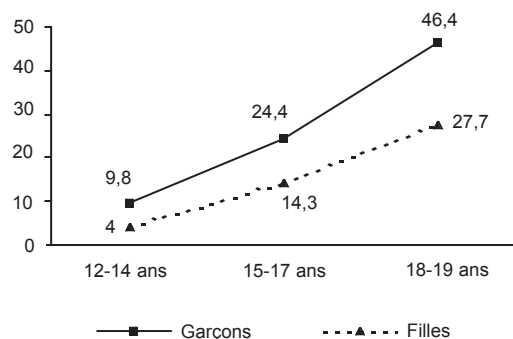
La majorité des jeunes sont des consommateurs occasionnels

La majorité des jeunes déclarent avoir consommé de l'alcool dans l'année : 72 % des Franciliens de 12-19 ans. Néanmoins, ils sont une minorité à déclarer en consommer régulièrement.

En effet, la consommation d'alcool chez les jeunes est plutôt occasionnelle : 52 % des jeunes Franciliens de 12-19 ans consomment des boissons alcoolisées au plus une fois par mois (Embersin et al., 2000).

Consommation d'alcool au moins 1 fois par semaine chez les jeunes Franciliens

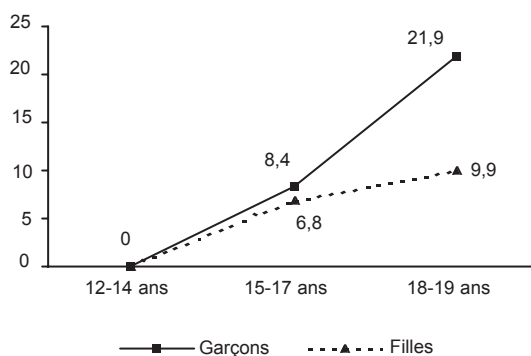
En %



Source : Embersin et al., 2000

Ivresse au moins 3 fois au cours de l'année chez les jeunes Franciliens

En %



Source : Embersin et al., 2000

La consommation au moins hebdomadaire est plus fréquente chez les garçons

En Ile-de-France comme en province, la consommation d'alcool au moins une fois par semaine est plus importante chez les garçons que chez les filles. Néanmoins, cet écart semble moins important en Ile-de-France (25,3 % chez les garçons et 14,5% chez les filles) qu'en province (respectivement 30,9 % et 15,9 %) (Embersin et al., 2000).

Quelle que soit la zone géographique considérée, la consommation au moins hebdomadaire augmente avec l'âge et les écarts entre garçons et filles tendent à s'accroître avec les années.

L'expérimentation de l'ivresse augmente avec l'âge

L'expérimentation de l'ivresse concerne 28 % des 12-19 ans en Ile-de-France comme en province (Embersin et al., 2000).

En revanche, d'après l'enquête ESCAPAD 2001 (Beck et al., 2002), à 17-18 ans, les Franciliens sont moins nombreux que les jeunes des autres régions à avoir expérimenté l'ivresse : 42 % des filles et 51 % des garçons en Ile-de-France contre 50 % des filles et 65 % des garçons en province.

Là encore, il existe moins de différence entre les prévalences d'expérimentation de l'ivresse des garçons et des filles en Ile-de-France, (29 % des garçons contre 26 % des filles) qu'en province (35 % des garçons contre 21 % des filles) (Embersin et al., 2000).

Pour les deux sexes, l'expérimentation de l'ivresse tend à augmenter très nettement avec l'âge : à 12-14 ans ils sont 3 % à déclarer avoir connu au moins une fois un état d'ivresse contre 54 % à 18-19 ans (Embersin et al., 2000).

Concernant les ivresses répétées, on observe, en revanche, des écarts sensibles entre garçons et filles en particulier en Ile-de-France, où à 18-19 ans, les garçons sont 22 % à avoir déclaré au moins trois ivresses dans l'année contre 10 % des filles.

Influence de la famille et des parents

L'enquête nationale sur les jeunes âgés de 13 à 20 ans face à l'alcool (IREB, 1998) indique que les plus jeunes (moins de 15 ans) consomment surtout en famille et que, la consommation à 15-16 ans se fait surtout avec les amis.

Toutes les études soulignent l'influence de la consommation d'alcool des parents ou plus généralement l'influence des attitudes des parents à propos de l'alcool, sur la consommation de leur(s) enfant(s).

Les différentes enquêtes de l'INRP indiquent, d'une part, que lorsque les parents laissent leurs enfants libres de boire, la consommation de ces derniers est plus importante et, d'autre part, que lorsque les enfants considèrent leur père ou leur mère comme de grands consommateurs d'alcool, ils sont eux-mêmes plus nombreux à déclarer connaître des ivresses répétées.

Les enquêtes longitudinales de l'IREB réalisées en 1985, 1990 et 1995 chez des jeunes garçons âgés de 13 à 18 ans en 1985 a permis de montrer qu'une consommation d'alcool élevée à l'âge adulte était fréquente parmi ceux qui avaient déjà une consommation régulière et élevée étant jeunes ou qui avaient des attitudes plutôt conviviales (fréquentation élevée des cafés, des bals publics, sorties entre copains).

Par ailleurs, une enquête menée dans les centres de sélection (P. Anvers cité par Choquet et al., 2001) met en évidence une corrélation positive entre les antécédents familiaux et la consommation à risque : lorsque l'un des parents a été suivi pour des problèmes médicaux liés à l'alcool, une consommation importante d'alcool chez l'enfant est plus fréquente que dans les autres familles.

3. La perception des risques

Surestimation des seuils de dangerosité de l'alcool

Dans le Baromètre santé 2000, les jeunes semblent davantage sensibilisés aux problèmes de l'alcool qu'auparavant et avoir des repères sur les seuils de consommation. Néanmoins, ces seuils de dangerosité estimés sont supérieurs à ceux généralement admis. En moyenne, les garçons de 12-19 ans pensent qu'à partir de 4,1 verres d'alcool par jour, un homme met sa santé en danger. Pour les filles de même âge, ce seuil est en moyenne de 3,3 verres d'alcool par jour.

Une relative connaissance des risques liés à l'alcool sauf pour celui des cancers

Dans les enquêtes réalisées auprès de lycéens (De Peretti et al., 1999 ; Ballion, 1999), la quasi-totalité des 15-19 ans s'accordent sur le fait que l'abus de l'alcool est responsable d'un grand nombre d'accidents et une large part des jeunes pensent que cet abus peut être mauvais pour la santé (93 % en 1998 chez les lycéens parisiens et 77 % en 1997 chez les lycéens de France).

Ils sont également relativement nombreux à penser que la consommation excessive peut provoquer des cirrhoses de foie (85 % à Paris 71 % en France). Environ 85 % des lycéens parisiens ont cité ensuite la dépendance et des perturbations dans les résultats scolaires. Cependant, les risques liés aux cancers apparaissent encore mal connus par les lycéens parisiens (42,9 %).

Le cannabis chez les jeunes

Le cannabis est davantage expérimenté et beaucoup plus consommé aujourd'hui qu'au début des années 90.

L'expérimentation du cannabis semble plus importante en Ile-de-France. Elle augmente avec l'âge et ce sont les garçons qui expérimentent le plus.

C'est aussi en Ile-de-France que les fréquences de consommation de cannabis sont les plus élevées.

Les jeunes sans domicile ou en situation de précarité en consomment davantage.

1. Evolution de la consommation de cannabis

Expérimentation de cannabis chez les lycéens parisiens de 15 à 19 ans. Evolution 1983-1998

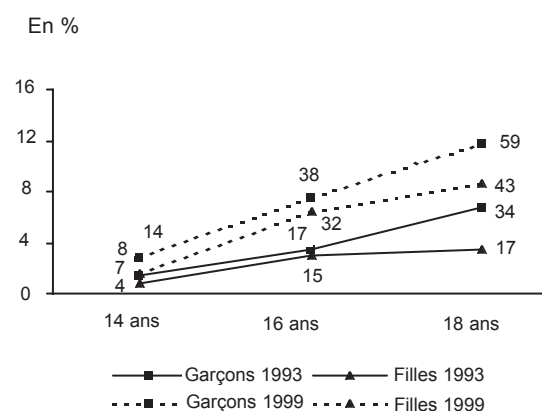
En %	1983*	1991**	1998**
Garçons	-	25,8	49,5
Filles	-	21,3	37,3
Ensemble	18,7	23,4	42,7

* Lycées publics uniquement

** Lycées publics et privés

Source : de Peretti et al., 1999

Expérimentation de cannabis chez des jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Sources : Choquet et al., 1994 ; ESPAD (Choquet et al., 2000)

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données d'évolution de la consommation de cannabis des jeunes spécifiques à l'ensemble de la région Ile-de-France. En revanche, sont disponibles des données concernant la France métropolitaine et Paris.

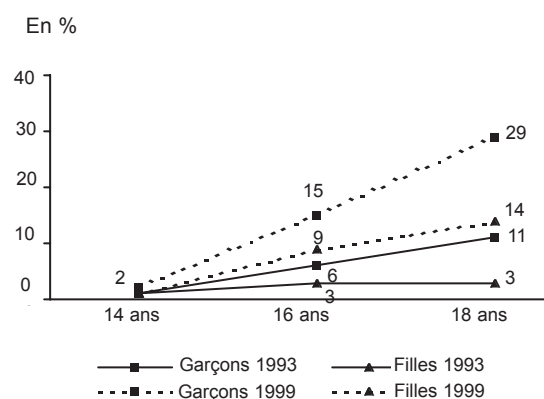
Augmentation importante de l'expérimentation de cannabis en France et à Paris

Les enquêtes menées auprès de lycéens âgés de 15 à 19 ans (De Peretti et al., 1999) mettent en évidence une augmentation significative de la proportion de jeunes déclarant s'être vus proposer des drogues illicites (cannabis dans 95 % des cas) : elle est ainsi passée de 45,7 % en 1991 à 63,5 % en 1998. Et surtout, on note une nette augmentation de l'expérimentation de cannabis : en 1998, 42,7 % des lycéens parisiens indiquaient avoir déjà consommé du cannabis, ce qui n'était le cas que pour 23,4 % en 1991.

Une augmentation de la prévalence-vie de cannabis dans les mêmes proportions est également observée sur l'ensemble de la France entre 1993 et 1999 quels que soient le sexe et l'âge. Mais, celle-ci est surtout nette à partir de 16 ans. Ainsi, en 1999, à 18 ans, 59 % des garçons et 43 % des filles déclaraient avoir déjà consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, versus respectivement 34 % et 17 % en 1993 (Choquet et al., 1994 ; Choquet et al., 2000).

L'étude des résultats des différents Baromètres santé adultes de 1992 (ex-CFES, 1994), 1995/1996 (ex-CFES, 1997) et Baromètres jeunes de 1997/1998 (ex-CFES, 1998) et 2000 (ex-CFES, 2000) met également en évidence une augmentation de l'expérimentation de cannabis chez les 15-19 ans entre 1992 et 2000 et un accroissement avec l'âge de la proportion de jeunes ayant déjà expérimenté le cannabis. A 19 ans, la prévalence-vie du cannabis était de 14,4 % en 1992 et de 50,2 % en 2000.

Consommation de cannabis au cours de l'année (au moins 10 fois par an) chez les jeunes en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Sources : Choquet et al., 1994 ; ESPAD (Choquet et al., 2000)

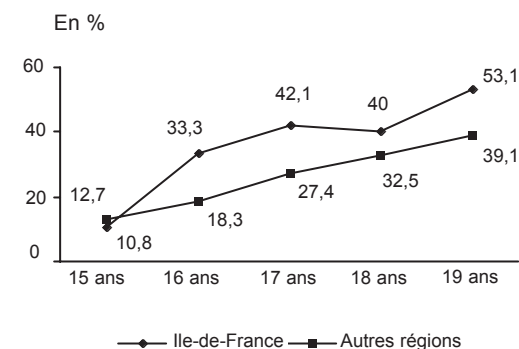
Accroissement important des niveaux de consommation

Entre 1993 et 1999, l'usage de cannabis au cours de l'année a nettement augmenté pour les deux sexes : en 1999, à 18 ans, 29 % des garçons et 14 % des filles indiquent avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours de l'année, ce qui ne concernait que 11 % des garçons et 3 % des filles en 1993 (Choquet et al., 1994 ; Choquet et al., 2000).

L'étude des différents Baromètres santé retrouve également une augmentation des proportions de jeunes de 15 à 19 ans ayant consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois entre 1992 et 2000 de 3,5 % à 30 %.

2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Expérimentation de cannabis chez les jeunes de 15 à 19 ans en Ile-de-France et dans les autres régions



Source : Embersin et al., 2000

Expérimentation de cannabis chez les jeunes en France d'après 3 enquêtes (ESCAPAD, ESPAD, Baromètre santé jeunes 1997/1998)

	ESCAPAD 2000	ESPAD 1999	Baromètre santé jeunes 1997/1998
Filles 17 ans	40,9 %	38,1 %	25,4 %
Garçons 17 ans	50,2 %	47,3 %	37,2 %
Garçons 18 ans	54,3 %	58,9 %	40,0 %
Garçons 19 ans	60,3 %	58,9 %	-

Source : ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b)

L'expérimentation de cannabis est plus fréquente chez les garçons et elle augmente avec l'âge

D'après l'analyse régionale du Baromètre santé jeunes 1997/1998 (Embersin et al., 2000), l'expérimentation de cannabis chez les 15-19 ans était plus fréquente en Ile-de-France que dans les autres régions. Cependant, les enquêtes ESCAPAD menées en 2000 (Beck et al., 2000b) et 2001 (Beck et al., 2002) ne retrouvent en revanche aucune différence significative.

En Ile-de-France comme en France, l'expérimentation de cannabis est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (Embersin et al., 2000 ; ESPAD ; ESCAPAD 2000).

Cependant, la comparaison des enquêtes ESPAD et INSERM (Choquet et al., 1994 ; Choquet et al., 2000) montre que les différences de prévalences-vie entre garçons et filles surtout à 18 ans tendent à s'atténuer.

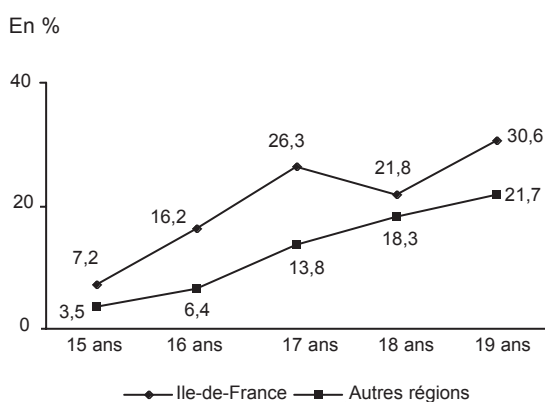
Par ailleurs, les proportions d'expérimentateurs de cannabis augmentent avec l'âge chez les garçons et les filles, en Ile-de-france comme dans les autres régions (Embersin et al., 2000).

Consommation de cannabis au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 15 à 19 ans

	Ile-de-France	Autres régions	p
Au moins 10 fois au cours de la vie			
Garçons	29,5 %	17,5 %	$p < 10^{-3}$
Filles	12,9 %	8,3 %	$p < 0,05$
Ensemble	20,8 %	13,1 %	$p < 10^{-3}$
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois			
Garçons	22,8 %	13,5 %	$p < 10^{-3}$
Filles	10,8 %	5,5 %	$p < 10^{-2}$
Ensemble	16,6 %	9,6 %	$p < 10^{-3}$

Source : Embersin et al., 2000

Consommation de cannabis au moins 10 fois au cours de la vie chez les jeunes de 15 à 19 ans



Source : Embersin et al., 2000

La consommation de cannabis est plus fréquente chez les garçons et elle augmente avec l'âge

La consommation de cannabis (au moins 10 fois au cours de la vie et au moins 10 fois au cours de l'année) est plus fréquente en Ile-de-France que dans les autres régions (Embersin et al., 2000).

En Ile-de-France, comme dans les autres régions, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles à consommer du cannabis (consommation au moins 10 fois au cours de la vie et au moins 10 fois au cours de l'année) (Embersin et al., 2000).

Par ailleurs, l'enquête ESCAPAD 2000 montre que la fréquence de consommation de cannabis est dépendante du sexe. Ainsi, à 17 ans, si les proportions de faibles consommateurs (moins de 10 fois au cours de l'année) parmi les consommateurs de cannabis au cours de l'année diffèrent peu entre filles et garçons (23,3 % des filles et 20,9 % des garçons), en revanche, à partir d'un niveau de consommation supérieur à 10 fois au cours de l'année, la différence entre garçons et filles s'accroît : 13,5 % des garçons de 17 ans indiquent une consommation supérieure ou égale à 40 fois au cours de l'année contre seulement 4,5 % des filles de même âge (Beck et al., 2000b).

En Ile-de-France, la consommation de cannabis augmente avec l'âge : à 19 ans, environ un tiers des jeunes (30,6 %) a consommé du cannabis au moins dix fois au cours de la vie alors qu'ils ne sont que 7,2 % dans ce cas à 15 ans.

Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les jeunes de 17 à 19 ans

	Filles 17 ans	Garçons 17 ans	Garçons 18 ans	Garçons 19 ans
1-2 fois	11,7 %	11,5 %	10,0 %	10,3 %
3-9 fois	6,2 %	7,6 %	9,0 %	9,0 %
10 et plus (réguliers)	5,2 %	14,6 %	18,7 %	22,9 %
10-19 fois	2,6 %	6,5 %	6,5 %	6,9 %
20 fois et plus	2,6 %	8,1 %	12,5 %	16,0 %
Ensemble	23,1 %	33,7 %	37,7 %	42,2 %

Source : ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b)

Consommation importante de cannabis au cours du dernier mois

D'après l'enquête ESCAPAD 2001 (Beck et al., 2002), 39 % des garçons et 24 % des filles déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours.

Les comportements entre filles et garçons se différencient nettement à partir d'une consommation supérieure ou égale à 10 fois au cours des 30 derniers jours : les fréquences de consommation sont beaucoup plus élevées chez les garçons que chez les filles.

Chez les garçons, la proportion de fumeurs ayant une consommation supérieure ou égale à 10 fois au cours des 30 derniers jours augmente avec l'âge (Beck et al., 2000b).

Un âge moyen d'initiation au cannabis similaire chez les filles et chez les garçons

En Ile-de-France comme en France, les âges moyens d'initiation au cannabis des filles et des garçons sont proches (Embersin et al., 2000 ; Beck et al., 2000b) : 15,4 ans pour les filles de 17 ans et 15,2 ans pour les garçons de 17 ans en France.

Il est important de connaître les âges d'expérimentation car plus une consommation de substance psychoactive est précoce, plus les conduites à risque et les problèmes de santé associés (accidents, problèmes de dépression, d'anxiété ou de dépendance) sont fréquents (Robertson et al., 1996 ; Poulton, 1997 ; Aarons et al., 1999).

Il semble par ailleurs que les jeunes Franciliens s'initient plus précocement au cannabis (âge moyen d'initiation de 15,7 ans) que ceux de province (16 ans en moyenne).

Influence du milieu familial et professionnel

La situation professionnelle du chef de famille semble jouer un rôle sur la consommation de cannabis : les enfants de cadres et d'inactifs ont un risque supérieur de consommer du cannabis au moins 10 fois au cours de leur vie par rapport à ceux dont les parents sont actifs non cadres.

Par ailleurs, vivre dans une famille autre que la famille composée de deux parents de naissance ou d'adoption apparaît comme un facteur de risque pour ce niveau de consommation.

3. Perception des risques

Les opinions des lycéens parisiens à l'égard des consommateurs de cannabis sont très liées à leurs propres consommations : seuls 1,2 % des lycéens non-expérimentateurs déclarent approuver les consommateurs réguliers de cannabis contre 32,4 % de lycéens indiquant avoir consommé au moins 10 fois du cannabis au cours de leur vie et 65,8 % de ceux déclarant en avoir consommé au moins 10 fois dans le mois.

Globalement, les lycéens jugent la consommation de cannabis potentiellement à risque. Le risque le plus fréquemment attribué au cannabis est le retentissement potentiel sur la scolarité (77,1 %). Environ les trois quarts (73,1 %) des lycéens estiment que le cannabis est mauvais pour la santé et 65,5 % pensent qu'il est susceptible de provoquer une dépendance.

La perception des risques attribués au cannabis dépend également fortement des niveaux de consommation des lycéens, les consommateurs (surtout les plus gros) indiquant moins fréquemment ces risques.

Les autres produits illicites chez les jeunes

La consommation de la plupart des produits illicites a nettement augmenté au cours des années 1990.

L'expérimentation des drogues illicites débute avec les produits à inhaler. Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir expérimenté une substance illicite, à l'exception des produits à inhaler pour lesquels la différence est faible.

Les jeunes en situation particulière sont davantage consommateurs de produits illicites.

La consommation de produits illicites a augmenté de façon importante dans l'espace festif techno.

1. Evolution de la consommation d'autres produits illicites

Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis chez les lycéens parisiens de 15 à 19 ans. Evolution 1983-1991-1998

	1983	1991	1998
Solvants	0,9 %	0,3 %	4,0 %
Ecstasy	-	0,1 %	3,0 %
LSD	0,5 %	0,4 %	1,7 %
Cocaïne ou crack	0,2 %	0,2 %	1,5 %
Héroïne	1,0 %	0,4 %	0,2 %

Source : de Peretti et al., 1999

La **prévalence-vie** d'un produit correspond à la prévalence de l'expérimentation de ce produit, c'est-à-dire à la proportion de personnes ayant consommé ce produit au moins une fois au cours de leur vie.

Augmentation de l'expérimentation de la majorité des produits illicites

La série d'enquêtes menées par l'INRP (Institut national de recherche pédagogique) en 1983, 1991 et 1998 auprès de lycéens parisiens âgés de 15 à 19 ans met en évidence une assez nette augmentation de la prévalence-vie de la majorité des produits illicites, à l'exception de l'héroïne (De Peretti et al., 1999).

Ainsi, en 1991, 0,3 % des lycéens parisiens indiquaient avoir consommé des solvants au moins une fois au cours de leur vie, ils étaient 4 % en 1998. De même, la prévalence-vie de la consommation d'ecstasy parmi les lycéens parisiens de 15 à 19 ans est passée de 0,1 % en 1991 à 3,0 % en 1998.

En revanche, l'expérimentation de l'héroïne a plutôt diminué entre 1983 et 1998, elle est passée de 1 % à 0,2 %.

2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis chez les jeunes de 15 à 19 ans en Ile-de-France, en province et à Paris

	Baromètre santé jeunes 1997/1998		Lycéens parisiens 1998
	Ile-de-France	Autres régions	
Hallucinogènes	4,0 %	3,9 %	1,7 % (LSD)
Ecstasy	3,4 %	3,1 %	3,0 %
Médicaments	1,1 %	1,0 %	-
Cocaïne, crack	1,1 %	1,0 %	1,5 %
Héroïne	1,1 %	0,3 %	0,2 %
Produits à inhaler	0,6 %	2,7 %	4,0 %
Stimulants, amphétamines	0,6 %	0,5 %	-
Autres drogues	0 %	0,7 %	-

Sources : Embersin et al., 2000 ; de Peretti et al., 1999

Proposition de drogues illicites

D'après l'enquête menée en 1998 par l'INRP, 15,1 % des lycéens se seraient déjà vus proposer de l'ecstasy, 7,4 % du LSD, 6,9 % de la cocaïne ou du crack et 3,4 % de l'héroïne (De Peretti et al., 1999).

Faible expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis

En Ile-de-France comme en province, l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis est faible (moins de 5 %), à l'exception des produits à inhaler (Embersin et al., 2000 ; de Peretti et al., 1999 ; ESPAD ; ESCAPAD 2000 et 2001).

Les prévalences-vie des drogues illicites chez les 15-19 ans sont proches en Ile-de-France et en province hormis pour l'héroïne, plus souvent expérimentée par les jeunes Franciliens et pour les produits à inhaler, plus souvent expérimentés en province (Embersin et al., 2000).

Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles

Quels que soient l'âge et la substance consommée, la prévalence-vie est toujours supérieure chez les garçons que chez les filles (ESPAD ; ESCAPAD). Cette différence est cependant moindre en ce qui concerne les produits à inhaler.

L'expérimentation des drogues illicites débute avec les produits à inhaler

Dans l'enquête ESCAPAD, les produits à inhaler sont les substances illicites expérimentées le plus précocement, en général avant 15 ans.

Ceci peut s'expliquer notamment par l'accès très facile (dans le commerce) et le prix très bas de produits contenant des composants volatils psychoactifs.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les âges moyens d'expérimentation des filles et des garçons.

L'expérimentation de drogues illicites est plus fréquente chez les jeunes sortis du système scolaire

D'après l'enquête ESCAPAD, les jeunes sortis du système scolaire ont plus fréquemment expérimenté l'héroïne, l'ecstasy ou la cocaïne que les autres. Or, les consommations de ces produits sont plus souvent associées à des consommations répétées d'alcool, de cannabis et de tabac que chez les non consommateurs de ces substances.

L'étude menée par l'INSERM en 1998 auprès d'adolescents de 14-21 ans pris en charge par les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse en raison soit de leur comportement, soit des conduites de leur entourage (Choquet et al., 1998b), retrouve également des prévalences d'expérimentation de drogues illicites largement supérieures à celles relevées dans d'autres enquêtes menées auprès de la population générale (ex-CFES, 1998) ou de jeunes scolarisés (de Peretti et al., 1999).

Par ailleurs, l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne sont plus souvent expérimentés par les jeunes s'étant déjà rendu à une fête techno que par les autres.

Consommation de drogues illicites autres que le cannabis au cours des 12 derniers mois chez les lycéens parisiens de 15 à 19 ans et chez les 17-19 ans interrogés lors de l'enquête ESCAPAD

	ESCAPAD 2000			Lycéens parisiens 1998	
	Filles 17 ans	Garçons 17 ans	Garçons 18 ans	Garçons 19 ans	Filles et garçons 15-19 ans
Produits à inhaler	1,0 %	2,1 %	2,5 %	1,8 %	1,0 %
Ecstasy	1,0 %	2,0 %	3,5 %	5,4 %	1,5 %
Cocaïne	0,4 %	0,8 %	1,8 %	2,5 %	0,8 %
Amphétamines	0,4 %	0,8 %	1,6 %	2,6 %	-
LSD	0,8 %	1,1 %	1,9 %	3,2 %	0,9 %
Héroïne	0,3 %	0,4 %	0,7 %	0,9 %	0,2 %
Champignons hallucinogènes	1,0 %	3,4 %	4,6 %	5,5 %	-
Poppers	1,0 %	2,3 %	3,0 %	5,3 %	-

Sources : de Peretti et al., 1999; ESCAPAD (Beck et al., 2000b)

Les garçons sont plus souvent consommateurs que les filles

D'après l'enquête ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b), les prévalences douze mois (consommation au moins une fois au cours des douze derniers mois) de la plupart des produits illicites augmentent avec l'âge, à l'exception des produits à inhaler. Ils sont d'ailleurs assez peu consommés au cours de l'année (1,8 % à 19 ans) alors qu'il s'agit du produit le plus souvent expérimenté par les garçons de 17 ans (puis en seconde position chez les garçons de 18 et 19 ans).

Les produits les plus consommés au cours de l'année sont les champignons hallucinogènes, puis l'ecstasy consommés respectivement par 5,5 % et 5,4 % des garçons de 19 ans (Beck et al., 2000b).

Comme pour l'expérimentation, on constate que les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à consommer des drogues illicites au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Les prévalences de consommation de drogues illicites recueillies auprès de lycéens parisiens (de Peretti et al., 1999) sont nettement inférieures à celles observées dans l'enquête nationale ESCAPAD, mais il est vrai que le questionnaire était proposé à des adolescents plus jeunes : 15-19 ans versus 17-19 ans pour ESCAPAD.

Des prévalences de consommation de drogues illicites au cours du dernier mois très faibles

Les prévalences de consommation de drogues illicites autres que le cannabis au cours du dernier mois chez les lycéens parisiens (de Peretti et al., 1999) ou en France métropolitaine sont en général inférieures à 1 %.

Les prévalences de consommation au cours du dernier mois les plus élevées concernent l'ecstasy (2,7 % des garçons de 19 ans) et les poppers (2,2 % des garçons de 19 ans).

Comme précédemment, les prévalences de consommation des filles sont inférieures à celles des garçons.

3. Perception des risques

Les lycéens différencient relativement bien l'usage exceptionnel de l'usage régulier

Les opinions des lycéens parisiens de 15-19 ans à l'égard des consommateurs de drogues illicites varient en fonction de la fréquence de la consommation.

Ainsi, concernant les usagers réguliers, plus de 80 % des lycéens estiment qu'ils se détruisent alors que cette proportion avoisine les 50 % pour les usagers exceptionnels.

Quels que soient le produit en cause et le type de consommation (usage exceptionnel ou régulier), la proportion de lycéens estimant que les usagers ont raison est toujours relativement faible (inférieure à 3 %).

Globalement, il semble que les lycéens jugent l'ecstasy moins dangereux que la cocaïne et l'héroïne qui suscitent à peu près les mêmes opinions : 80,3 % des lycéens estiment que les consommateurs réguliers d'ecstasy se détruisent versus 87,0 % pour la cocaïne et 87,4 % pour l'héroïne (de Peretti et al., 1999).

Les risques attribués à l'héroïne sont jugés comme étant importants

De façon générale, les lycéens parisiens sont nombreux (plus de 85 %) à attribuer des risques à la consommation d'héroïne. En premier lieu figure le risque pour la santé (92,9 %), puis le risque de dépendance (91,0 %).

Les autres risques attribués à la consommation d'héroïne par les lycéens parisiens de 15-19 ans sont le retentissement sur la scolarité (89,5 %) et les accidents (85 %).

Les lycéens jugent la consommation d'héroïne plus dangereuse que celle de cannabis. Pour ce dernier produit, le risque le plus fréquemment cité est le potentiel retentissement sur la scolarité (de Peretti et al., 1999).

Polyconsommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes

La polyexpérimentation est fréquente chez les jeunes et davantage en Ile-de-France.

Les prévalences de polyexpérimentation de tabac, alcool et cannabis augmentent avec l'âge et sont un peu plus élevées chez les garçons que chez les filles.

Il est important de signaler que la consommation de drogues "dures" passe effectivement par la consommation préalable de cannabis mais aussi de tabac et d'alcool.

Situation actuelle

De façon générale, la polyconsommation désigne le fait de consommer au moins deux produits dans une période donnée que ces consommations aient été ou non simultanées.

Ici, seule la situation actuelle est présentée car les indicateurs de consommation et les questionnaires des diverses enquêtes sont souvent trop différents pour permettre de suivre l'évolution de la polyconsommation de ces substances.

Expérimentation de tabac, d'alcool et/ou de cannabis chez les 15-19 ans en Ile-de-France et dans les autres régions

	Ile-de-France	Autres régions
Aucune expérimentation	9,9 %	8,5 %
Expérimentation		
Alcool uniquement	21,4 %	26,2 %
Tabac uniquement	3,6 %	2,8 %
Cannabis uniquement	0 %	0 %
Tabac+alcool	28,5 %	36,0 %
Tabac+cannabis	0,2 %	0,4 %
Alcool+cannabis	1,5 %	1,2 %
Tabac+alcool+cannabis	35,0 %	24,9 %
Total	100 %	100 %

Source : Embersin et al., 2000

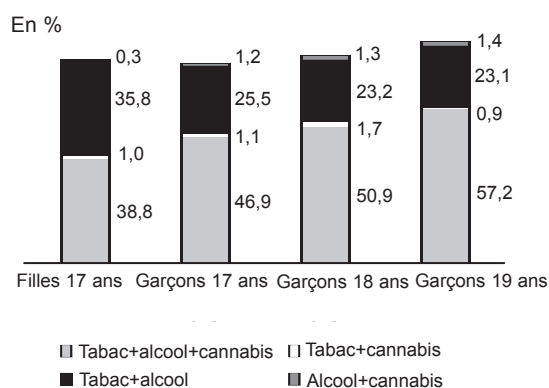
La polyexpérimentation de tabac, d'alcool et/ou de cannabis concerne trois Franciliens sur quatre

De façon générale, les prévalences d'expérimentation des produits alcool, tabac et cannabis sont relativement proches en Ile-de-France et dans les autres régions, hormis pour la polyexpérimentation des trois produits (tabac, alcool et cannabis) pour laquelle la prévalence est significativement supérieure en Ile-de-France (35 %) qu'en province (24,9 %).

Contrairement au tabac et au cannabis, l'alcool est fréquemment expérimenté de façon isolée. L'alcool est également fréquemment associé à d'autres produits : au tabac (28,5 %) et au tabac et au cannabis (35 %).

En Ile-de-France, les polyexpérimentations les plus fréquentes sont le tabac, l'alcool et le cannabis (35 %), puis le tabac et l'alcool (28,5 %).

Polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis* chez les jeunes de 17 à 19 ans en France



Source : ESCAPAD 2000 (Beck et al., 2000b)

* Expérimentation d'alcool : avoir bu de l'alcool au moins une fois au cours de la vie,
 Expérimentation de tabac : avoir fumé au moins une cigarette au cours de la vie,
 Expérimentation de cannabis : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie.

La polyexpérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis augmente avec l'âge et est un peu plus fréquente chez les garçons

La proportion d'expérimentateurs d'alcool, de tabac et de cannabis augmente progressivement avec l'âge, passant de 10,9 % à 15 ans à 39,4 % à 19 ans (ex-CFES, 1998).

En Ile-de-France et en province, les prévalences de polyexpérimentation des trois produits à 15 ans sont très proches (respectivement 10,7 % et 11,6 %) mais les proportions augmentent de façon plus sensible en Ile-de-France que dans les autres régions : à 19 ans, 54,2 % des Franciliens ont déjà expérimenté les trois produits, ce qui n'est le cas que de 36,5 % des jeunes provinciaux (Embersin et al., 2000).

Consommation régulière* de tabac, d'alcool et/ou de cannabis chez les 15-19 ans en Ile-de-France et dans les autres régions

	Ile-de-France	Autres régions
Aucune consommation régulière	47,2 %	47,9 %
Consommation régulière		
Alcool uniquement	9,6 %	15,2 %
Tabac uniquement	15,3 %	12,8 %
Cannabis uniquement	2,3 %	0,9 %
Tabac+alcool	6,9 %	10,9 %
Tabac+cannabis	4,8 %	1,8 %
Alcool+cannabis	2,5 %	2,9 %
Tabac+alcool+cannabis	11,3 %	7,5 %
Total	100 %	100 %

Source : Embersin et al., 2000

L'enquête ESCAPAD 2000 retrouve globalement les mêmes évolutions.

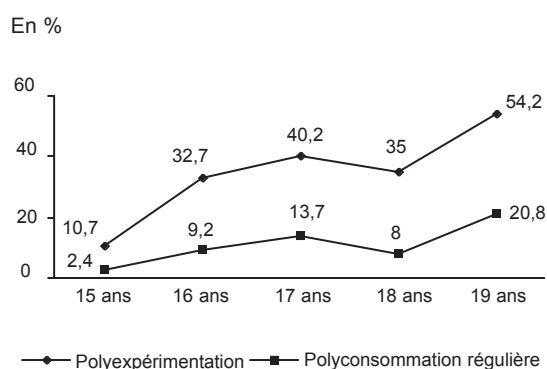
Elle montre aussi qu'il y a globalement autant de filles polyconsommatrices (consommation d'au moins deux produits) que de garçons (entre 75 et 80 %) à 17 ans, mais que la proportion de filles ayant expérimenté les trois substances est plus faible que celle de garçons: 38,8 % versus 46,9 %. Cela illustre le fait que les filles sont un peu moins expérimentatrices de cannabis, mais tout aussi consommatrices d'alcool et de tabac.

La polyconsommation régulière* concerne près d'1 jeune sur 4 en Ile-de-France comme en province

Plus de la moitié des jeunes de 15 à 19 ans consomment au moins une de ces trois substances de manière régulière : 52,8 % en Ile-de-France et 52,1 % en province (Embersin et al., 2000).

La polyconsommation la plus fréquente est l'association alcool-tabac en province (10,9 %), tandis qu'en Ile-de-France, il s'agit de l'association des trois produits (11,3 %).

Polyexpérimentation et polyconsommation régulière* de tabac, d'alcool et/ou de cannabis selon l'âge chez les 15-19 ans en Ile-de-France



Source : Embersin et al., 2000

Polyconsommation et autres conduites à risque

La polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis est toujours fortement associée aux conduites à risque, que celles-ci soient plutôt caractéristiques des filles (comportements alimentaires perturbés, pensées suicidaires, tentatives de suicide et rapports sexuels forcés) ou caractéristiques des garçons (avoir fait quelque chose de risqué, frapper ou blesser, avoir été frappé ou blessé, avoir eu un accident de deux roues à moteur) (Embersin et al., 2000).

* Consommation régulière d'alcool : boire de l'alcool au moins une fois par semaine et/ou avoir été ivre au moins trois fois au cours des 12 derniers mois ; consommation régulière de tabac : fumer au moins une cigarette par jour ; consommation régulière de cannabis : avoir consommé au moins 10 fois du cannabis au cours de la vie.

2 - Evolution et caractéristiques de la consommation de produits psychoactifs chez les adultes franciliens

Le tabac chez les adultes

Chez les adultes, l'évolution de la consommation de tabac est surtout caractérisée par une diminution du tabagisme chez les hommes et, à l'inverse, une extension du tabagisme chez les femmes.

Néanmoins, la quantité quotidienne de cigarettes fumées reste moins élevée chez les femmes que chez les hommes.

La quantité de cigarettes fumées augmente avec la durée de consommation de tabac.

La grande majorité des fumeurs a déjà tenté d'arrêter de fumer.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer et elles déclarent des durées d'arrêt plus longues.

1. Evolution de la consommation de tabac

Diminution du tabagisme chez les hommes, extension du tabagisme chez les femmes

En 1953, 72 % des hommes étaient des fumeurs quotidiens, on estime qu'ils sont moins de 40 % actuellement.

Chez les femmes, la proportion de fumeuses quotidiennes était de 17 % en 1953, elle est de près de 30 % actuellement (Hill, 1999).

D'après les enquêtes réalisées en France entre 1980 et 2000 par l'INSEE sur la santé et sur les conditions de vie des ménages (Aliaga, 2001), la proportion de fumeurs quotidiens chez les hommes a diminué entre 1980, 1991 et 2000 à chaque âge. Par exemple, la proportion de

fumeurs quotidiens parmi les hommes de 20-29 ans est passée de près de 60 % en 1980 à environ 50 % en 1991, puis un peu plus de 40 % en 2000.

Chez les femmes en revanche, cette proportion a tendance à augmenter parmi les femmes de moins de 50 ans. C'est parmi les femmes de 30-39 ans que l'augmentation a été la plus importante : en 1980, 20 % des femmes de cette classe d'âge étaient des fumeuses quotidiennes, cette proportion était de 30 % en 1991 et de 35 % en 2000. La proportion de fumeuses quotidiennes parmi les femmes de 30-39 ans a donc été multipliée par 1,7 en 20 ans.

2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Statut tabagique en Ile-de-France

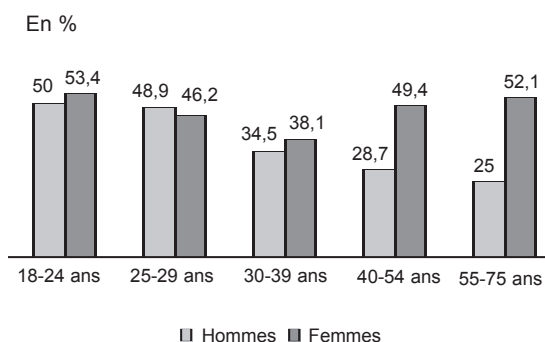
En %	18-24 ans		25-29 ans		30-39 ans		40-54 ans		55-75 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Fumeur quotidien	32,8	30,8	35,4	30,6	35,2	30,4	30,3	20,6	16,8	12,9
Fumeur non quotidien	10,5	9,2	5	7,2	7,9	5,7	4,8	4,6	3,3	4,5
Ex-fumeur	6,8	6,6	10,8	16,1	22,3	25,8	36,2	25,4	54,9	30,5
Non fumeur	50	53,5	48,9	46,2	34,5	38,2	28,7	49,4	25	52,1

Source : KABP tabac (Grémy et al., 2002)

L'enquête KABP tabac réalisée en Ile-de-France montre que à tous âges, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé. Elles sont 48 % dans ce cas contre 34 % des hommes. Néanmoins, quand on raisonne par âge, on constate que chez les personnes de 40 à 75 ans, la proportion de femmes ayant déjà fumé au cours de leur vie est nettement moins élevée que chez les hommes (49 % contre 73 %).

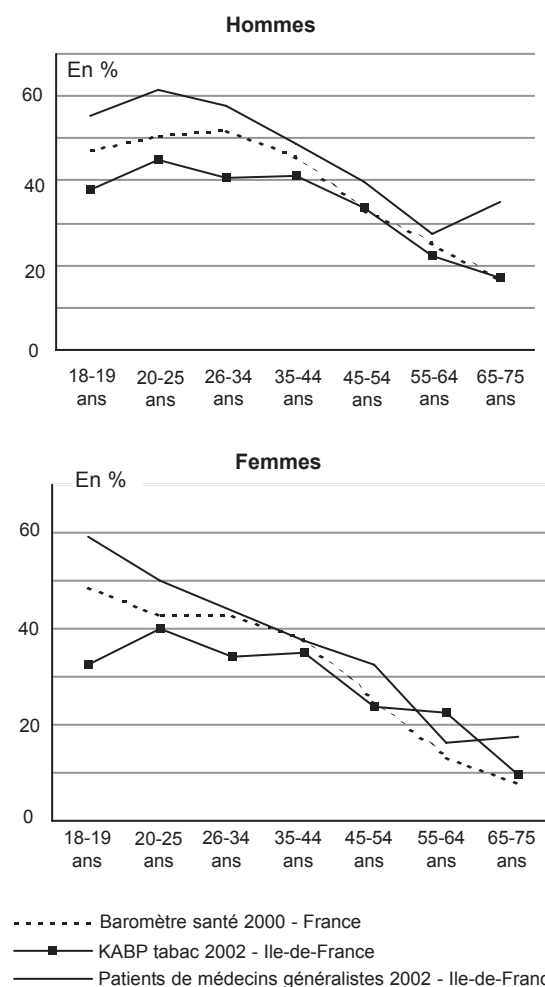
En revanche, chez les personnes de 18 à 39 ans, il n'existe que peu de différences de comportements par rapport au tabac chez les hommes et chez les femmes. Ceci montre donc que l'extension du tabagisme dans la population féminine a surtout touché les femmes âgées de moins de 40 ans, au moment de l'enquête réalisée en 2000 (Grémy et al., 2002).

Proportions de personnes n'ayant jamais fumé



Source : KABP tabac (Grémy et al., 2002)

Consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac en Ile-de-France et en France



Sources : Baromètre santé 2000 (ex-CFES, 2000) ; KABP tabac (Grémy et al., 2002) ; Enquête alcool (Halfen et al., 2002) ; exploitation ORS Ile-de-France

Homogénéisation des consommations chez les hommes et chez les femmes

La proportion de personnes n'ayant jamais fumé au cours de leur vie est proche entre hommes et femmes pour les individus de moins de 40 ans.

En revanche, entre 40 et 75 ans, les femmes ont été nettement moins touchées par le tabagisme que les hommes (Grémy et al., 2002).

Parmi les fumeurs quotidiens, les quantités consommées de cigarettes demeurent inférieures chez les femmes à celles des hommes. En Ile-de-France, les hommes ont déclaré fumer en moyenne chaque jour 15,5 cigarettes contre 13,6 cigarettes chez les femmes. Ces différences s'observent à chaque âge et le rapport hommes / femmes est relativement proche quelle que soit la classe d'âge (Grémy et al., 2002).

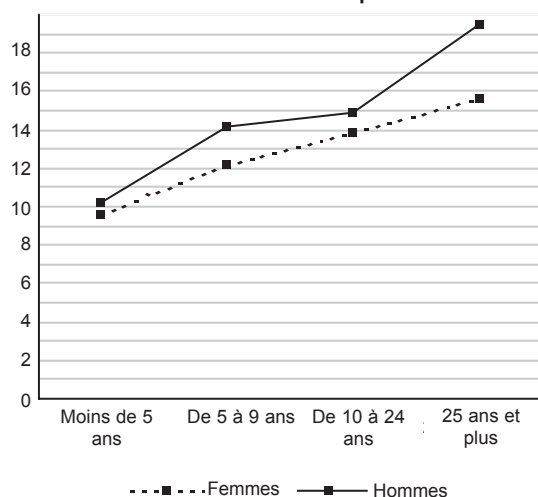
Les résultats nationaux de l'enquête INSEE sur les conditions de vie réalisée en 2000 confirment la plus forte consommation des hommes et montrent, comme l'enquête KABP tabac, que les différences hommes-femmes sont moindres parmi les personnes de moins de 30 ans (Aliaga, 2001).

La consommation de tabac décroît avec l'âge

La proportion de fumeurs décroît sensiblement avec l'âge à partir de 25 ans chez les hommes comme chez les femmes, en Ile-de-France comme sur l'ensemble du territoire, en population générale (ex-CFES, 2000 ; KABP tabac 2002) comme parmi les patients de médecins généralistes franciliens (Halfen et al., 2002).

En population générale, la consommation de tabac, notamment avant 35 ans, semble moins fréquente en Ile-de-France qu'au niveau national.

Nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour par les fumeurs quotidiens en Ile-de-France en 2000 selon la durée de consommation quotidienne



Source : KABP tabac (Grémy et al., 2002)

Relation entre le niveau social et le statut tabagique

En Ile-de-France, chez les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens est plus élevée chez les personnes pas ou peu diplômées (CEP, CAP) que chez celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (respectivement 38 % et 23 %).

De même, la proportion de fumeurs quotidiens est d'autant plus élevée que la position professionnelle est hiérarchiquement faible (41 % des ouvriers spécialisés et qualifiés sont des fumeurs quotidiens contre 21 % des cadres supérieurs).

En revanche, chez les femmes, il n'existe pas d'écart quant au statut tabagique selon le diplôme ou le statut socioprofessionnel, à l'exception des femmes âgées de 55 à 75 ans où, à l'inverse de ce qu'on observe chez les hommes, ce sont les plus diplômées qui sont les plus nombreuses à avoir fumé.

Chez les femmes, l'environnement familial semble jouer un rôle sur le statut tabagique puisque, à âge égal, les femmes célibataires sont plus souvent fumeuses que celles qui sont mariées ou pacées. Chez les hommes, les caractéristiques familiales semblent peu associées au statut tabagique.

Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour augmente avec la durée de consommation de tabac

Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est d'autant plus élevé que la durée de consommation est importante. En Ile-de-France, parmi les personnes de 18-75 ans interrogées, celles qui fument quotidiennement depuis moins de 5 ans ont déclaré consommer en moyenne 10 cigarettes par jour contre près de 18 cigarettes chez les personnes qui fument depuis au moins 25 ans (Grémy et al., 2002).

Un fumeur quotidien sur deux aurait une dépendance physique à la nicotine

D'après l'enquête KABP tabac menée en 2000 auprès de Franciliens âgés de 18 à 75 ans, environ la moitié des fumeurs quotidiens présentent une dépendance physique, ne serait-ce que faible, à la nicotine, sans différence significative entre hommes et femmes¹. Seuls 10 % des fumeurs quotidiens et 6 % des fumeuses quotidiennes présentent une dépendance forte.

La proportion de fumeurs dépendants tend à augmenter avec l'âge et avec la durée de tabagisme (Grémy et al., 2002).

Seule une minorité de fumeurs n'a jamais fait de tentative d'arrêt

Parmi les 18-75 ans interrogés en Ile-de-France, les deux tiers des fumeurs quotidiens ont déclaré avoir déjà arrêté de fumer au cours de leur vie. La proportion de fumeurs ayant déclaré avoir déjà arrêté de fumer augmente avec l'âge et avec la durée de consommation mais est déjà relativement élevée à 18-24 ans (57 % des fumeurs quotidiens). De même, la proportion de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt est déjà relativement élevée parmi les personnes qui fument depuis peu de temps (environ la moitié des fumeurs fumant quotidiennement depuis moins de 5 ans) (Grémy et al., 2002).

¹ Le niveau de dépendance physique à la nicotine est évalué par le test de Fagerström basé sur les réponses données par les fumeurs quotidiens à six questions relatives à leurs habitudes de consommation.

La majorité des fumeurs déclare vouloir arrêter de fumer

La très grande majorité (75 % à 80 %) des fumeurs franciliens âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir l'intention, même très faible, de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois et ces intentions sont d'autant plus fortes que le fumeur a déjà arrêté de fumer dans sa vie (Grémy et al., 2002). D'après le Baromètre santé 2000, plus la consommation quotidienne est élevée, plus le projet d'arrêter de fumer est repoussé dans un avenir indéterminé.

En Ile-de-France, plus de la moitié des fumeurs quotidiens et les deux tiers des fumeuses quotidiennes interrogés ont indiqué avoir peur d'être encore plus stressés s'ils s'arrêtaient de fumer.

La crainte de prendre du poids en cas d'arrêt est également largement partagée par les fumeurs quotidiens puisqu'elle concerne un tiers des hommes et une femme sur deux (Grémy et al., 2002).

Le motif d'arrêt le plus cité par les ex fumeurs est la protection de la santé

Parmi les ex-fumeurs franciliens interrogés en 2000, 80 % ont indiqué avoir arrêté de fumer pour protéger leur santé, près des deux tiers pour retrouver une bonne condition physique, pour ne plus être dépendant d'un produit ou encore pour mieux respirer.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir arrêté pour avoir un enfant ou pour montrer l'exemple. Inversement, les hommes sont plus nombreux que les femmes à citer des motifs directement liés à leur santé et au tabac (Grémy et al., 2002).

3. La perception des risques

Fumeurs comme non fumeurs reconnaissent très majoritairement que fumer est dangereux pour la santé (Grémy et al., 2002).

Mais, malgré cette affirmation, les fumeurs, par rapport aux déclarations des ex-fumeurs ou des non-fumeurs, sous-évaluent nettement les risques pour la santé de la consommation de tabac.

En effet, les fumeurs perçoivent beaucoup moins que les non-fumeurs les bénéfices en terme de réduction de risque pour la santé d'un arrêt du tabac. Ils sont même environ 20 % à ne percevoir aucun bénéfice à l'arrêt du tabac ou à penser qu'il pourrait être préjudiciable pour leur santé .

Par ailleurs, les fumeurs, notamment les fumeurs non quotidiens sont jusqu'à six fois plus nombreux que les ex ou les non-fumeurs à déclarer qu'en s'arrêtant de fumer, c'est immédiatement que le risque d'avoir un cancer du poumon ou une maladie cardiaque devient à peu près le même que celui de quelqu'un qui n'a jamais fumé ou qu'au contraire, ce risque ne redeviendra jamais le même que celui d'un non-fumeur. Ces deux perceptions erronées n'incitent pas à l'arrêt de la consommation de tabac.

Parmi les mesures pour éviter un cancer du poumon, celle dont l'efficacité est la plus reconnue est le fait de ne pas fumer (plutôt ou très efficace d'après 97 % des fumeurs et non-fumeurs interrogés).

Néanmoins, environ deux-tiers des personnes pensent que l'exercice physique régulier, éviter la pollution atmosphérique et voir régulièrement son médecin sont aussi des mesures efficaces pour éviter un cancer du poumon (Grémy et al., 2002). Ces fortes perceptions minimiseraient l'impact de l'arrêt du tabac.

La grande majorité des fumeurs (80 %) semblent partager l'idée qu'il existerait des facteurs de protection, tels que leur manière de fumer, les antécédents familiaux, le fait de vivre au grand air.

4. La prise en charge

Les attitudes des médecins généralistes

Le conseil minimal consiste pour le médecin à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer.

Plusieurs études montrent que, en l'absence d'une demande d'un patient et sans symptôme lié au tabac, des patients arrêtent de fumer et maintiennent l'arrêt au moins un an après ce simple conseil de leur médecin.

Les résultats en médecine générale montrent 2 % à 5 % d'arrêts soutenus, ce qui double le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin.

En France, le conseil minimal systématique de tous les médecins pourrait permettre l'arrêt définitif de 200 000 à 500 000 personnes par an (Slama et al., 1995 ; Slama, 1998).

Si le conseil minimal a prouvé son efficacité, il semble loin d'être appliqué systématiquement par les médecins généralistes.

Pourtant, d'après l'enquête KABP tabac, cette mesure recevrait, semble-t-il, l'acceptation des fumeurs. Ainsi, dans cette enquête, il était demandé aux fumeurs d'indiquer si cela les encouragerait à arrêter de fumer si on leur interdisait de fumer sur leur lieu de travail, si on augmentait le prix du tabac ou si un médecin leur recommandait d'arrêter de fumer. Parmi ces trois propositions, le fait de bénéficier des conseils d'un médecin est la proposition qui recueille le plus d'adhésion quant aux encouragements à arrêter de fumer que cela peut favoriser. 66 % des hommes et 67 % des femmes ont déclaré que si le médecin leur recommandait d'arrêter de fumer, cela les encouragerait à arrêter (Grémy et al., 2002).

Le dispositif spécifique de lutte contre le tabagisme

La politique de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme comporte un dispositif législatif réglementaire agissant sur la production et le commerce du tabac, sur les prix des ventes de cigarettes et de tabac, sur la publicité et sur la protection des non-fumeurs dans les lieux publics.

Les mesures d'aide au sevrage constituent également l'un des aspects de cette politique.

Elles comprennent :

- la mise en vente libre des substituts nicotiques dans les pharmacies en décembre 1999,
- l'aide au sevrage pour les personnes en situation de précarité qui souhaitent arrêter de fumer mais ne disposent pas de revenus suffisants,
- l'aide au sevrage des fumeurs hospitalisés, en particulier chez les patients dont la maladie peut être aggravée par la consommation de tabac, à travers les unités de coordination tabacologique,
- la création de nouvelles consultations de tabacologie permettant de prendre en charge les fumeurs les plus dépendants.

Les ventes de substituts nicotiques

D'après les données de l'Office français de prévention du tabagisme, la mise en vente libre des substituts nicotiques en décembre 1999 a entraîné le doublement de la vente des substituts nicotiques sous la forme de timbres : les ventes (exprimées en mois de traitement pour un patient) sont passées de 51 068 en février 1999 à 93 302 ventes en janvier 2000.

Ainsi, pour l'ensemble de l'année 1999, près de 445 000 ventes ont été réalisées contre un peu plus d'un million en 2000, soit une augmentation de 138 %. En revanche, les ventes de substituts nicotiques sous forme orale ont peu augmenté pendant cette période, probablement parce que la gomme dosée à 2 mg était déjà en vente libre depuis quelques années.

L'alcool chez les adultes

La proportion de consommateurs réguliers d'alcool n'a que faiblement diminué depuis 1980. En revanche, on observe une légère augmentation des consommateurs occasionnels.

Bien que le vin demeure la boisson alcoolisée la plus consommée chez les adultes, on observe une diminution constante de sa consommation depuis les années 60.

Les consommations d'alcool sont davantage occasionnelles et les produits consommés plus diversifiés qu'auparavant.

Les disparités entre sexe sont importantes : la consommation régulière et les ivresses répétées sont plus fréquentes chez les hommes et les problèmes de dépendance liés à l'alcool ainsi que les quantités consommées sont plus élevés chez les hommes.

Les tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation d'alcool sont peu fréquentes.

1. Evolution de la consommation d'alcool

Consommation d'alcool et ivresses déclarées. Evolution 1991-2000 en France

En %	1991	1992	1993/94	1995/96	2000
	18 ans et plus	18-75 ans	18-75 ans	18-75 ans	18-75 ans
Abstinentes vie	9,0	7,0	5,5	4,5	2,5
Hommes		2,6	2,7	1,5	
Femmes		11,2	8,1	7,3	
Abstinentes 12m				9,0	6,8
Consommateurs réguliers	38,0 ¹	30,4 ¹		22,6 ²	21,0 ²
Consommateurs occasionnels	43,0 ³	56,0 ³	71,7 ⁴	71,0 ⁴	73,4 ⁴
Ivresse dans l'année				15,1	14,0
Ivresse répétée ⁵				4,2	4,6
DETA*			8,7	8,3	8,9
Hommes			14,4	13,9	14,6
Femmes			3,2	2,9	4,1

* Test permettant d'identifier les personnes qui ont actuellement, ou qui ont eu dans le passé, un risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool

- (1) tous les jours ou 3 à 5 fois par semaine
 (2) tous les jours
 (3) 1 à 2 fois par semaine, le week-end ou moins
 (4) au moins un verre dans la semaine écoulée
 (5) au moins 4 épisodes déclarés dans l'année

Pour 1991, l'étude a été faite selon la méthode de quotas parmi les 18 ans et plus. Depuis 1992, l'ex-CFES a adopté la méthode aléatoire parmi les 18-75 ans. Pour les années 1991 et 1992, la période des fréquences de consommation n'était pas spécifiée. A partir de l'enquête 1996, la fréquence de consommation est référée à la semaine précédant l'enquête et le nombre de verres consommés la veille par type de produit est plus précis que la semaine.

Source : Baromètres santé de l'ex-CFES.

Augmentation des expérimentateurs

Les différentes enquêtes menées par l'ex-CFES depuis 1983 montrent que la proportion de personnes de 18 à 75 ans déclarant avoir consommé au moins une fois dans leur vie une boisson alcoolisée a constamment augmenté passant de 91 % en 1983 à 97,5 % en 2000.

Cette augmentation des déclarations de consommation au cours de la vie n'implique pas que la quantité consommée ait augmenté dans le même temps.

Quelle que soit l'année considérée, les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à ne jamais avoir expérimenté l'alcool.

Evolution des caractéristiques des consommateurs

La proportion de consommateurs réguliers d'alcool (au moins un verre d'alcool par jour) a baissé de 3 % pour les hommes et de 24 % pour les femmes entre 1980-81 et 1986-87, mais elle a très peu évolué entre 1986-87 et 1991-92 (Guignon, 1994).

Selon les Baromètres santé de l'ex-CFES, cette diminution s'est réalisée en faveur d'une augmentation modérée de celle de consommateurs plus occasionnels. Par ailleurs, ces enquêtes ont mis en évidence un vieillissement des consommateurs réguliers d'alcool (agriculteurs et ouvriers principalement) et un rajeunissement des consommateurs occasionnels dont l'origine sociale s'est diversifiée.

Malgré ces évolutions, les disparités entre sexes demeurent : le fait de boire régulièrement reste fréquent pour les hommes alors que les femmes sont davantage des consommatrices occasionnelles.

Stabilité de la prévalence des ivresses

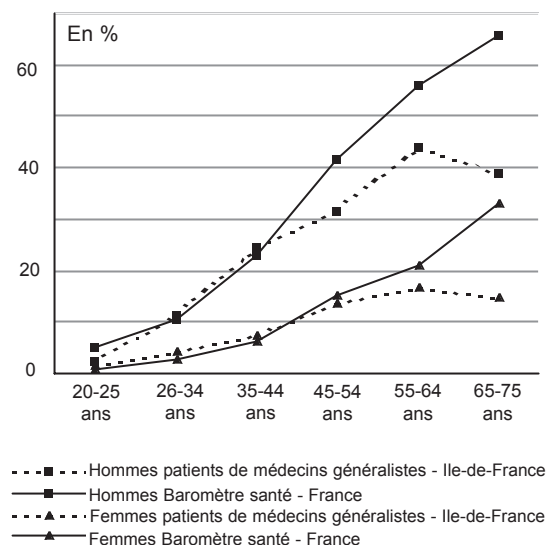
Les résultats des Baromètres santé montrent une faible évolution de la proportion de personnes ayant connu au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (de 15 % en 1995 à 14 % en 2000). Il en est de même pour la déclaration des ivresses répétées (4,2 % en 1995 et 4,6 % en 2000).

Dépendance à l'alcool

D'après les différents Baromètres santé, la proportion de personnes qui au cours de leur vie auraient connu un risque de dépendance à l'alcool (soit dans le passé soit actuellement) est restée relativement stable entre 1994 et 2000 (respectivement 8,7 % et 8,9 %).

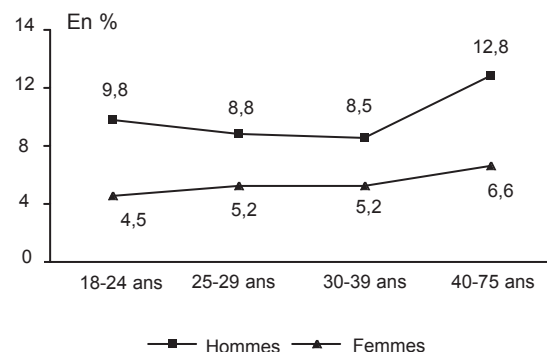
2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Consommation quotidienne d'alcool en Ile-de-France et en France



Sources : ex-CFES, 2000 ; Halfen et al., 2002 ; exploitation ORS Ile-de-France

Nombre moyen de verres consommés durant la semaine et/ou durant le week-end par les Franciliens



Source : KABP tabac (Grémy et al., 2002)

La consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge

Tous les résultats des enquêtes concordent sur le fait que la proportion d'hommes et de femmes déclarant boire tous les jours augmente avec l'âge. Inversement, la proportion de celles qui déclarent consommer de l'alcool de façon occasionnelle (une fois par mois ou moins souvent) diminue avec l'âge.

Les jeunes adultes sont donc davantage des

consommateurs occasionnels d'alcool et les adultes plus âgés des consommateurs réguliers, attestant probablement de modes de consommations différents.

Les hommes consomment de l'alcool plus fréquemment que les femmes

Quel que soit l'âge, la proportion de consommateurs quotidiens est systématiquement plus élevée dans la population masculine que chez les femmes. Par exemple, les données du Baromètre santé 2000 indiquent que, à 35-44 ans, 23 % des hommes sont des consommateurs quotidiens d'alcool contre 6 % des femmes de la même classe d'âge, soit une proportion quatre fois supérieure chez les hommes.

Dans l'enquête nationale Baromètre santé de l'ex-CFES (ex-CFES, 2000) comme dans l'enquête francilienne auprès des patients de médecins généralistes (Halfen et al., 2002), on constate que l'écart entre hommes et femmes s'accroît avec l'âge.

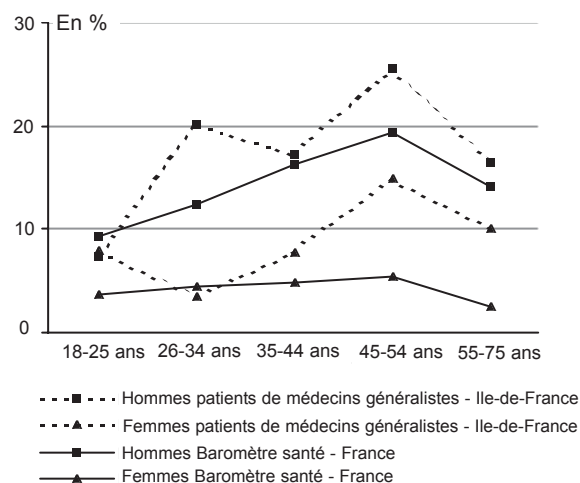
Les hommes consomment des quantités d'alcool plus importantes que les femmes

Toutes les enquêtes montrent que, parmi les consommateurs d'alcool, la quantité consommée est toujours inférieure chez les femmes que chez les hommes quelle que soit la classe d'âge.

Cette tendance se retrouve au niveau national comme au niveau de la région Ile-de-France en population générale comme parmi les patients de médecins généralistes.

De plus, l'enquête réalisée auprès des patients des médecins généralistes franciliens montre que les hommes sont plus nombreux que les femmes à boire une grande quantité d'alcool lors d'une même occasion. La moitié des hommes qui consomment de l'alcool déclarent en effet que cela leur arrive de boire six verres ou plus lors d'une même occasion alors que les femmes sont 22 % dans ce cas.

Proportion de personnes ayant ou ayant eu des problèmes de dépendance à l'égard de l'alcool (test DETA) en Ile-de-France et en France



Sources : ex-CFES, 2000 ; Halfen et al., 2002 ; exploitation ORS Ile-de-France

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir (ou à avoir eu) des problèmes avec l'alcool

Les données de l'enquête réalisée en 2000 en Ile-de-France auprès des patients de médecins généralistes (Halfen et al., 2002) ainsi que celles du Baromètre santé 2000 (ex-CFES, 2000) indiquent que la proportion d'hommes ayant (ou ayant eu) au cours de leur vie un problème de dépendance vis à vis de l'alcool est plus de trois fois supérieure à celle observée chez les femmes (13,3 % des hommes contre 4,0 % des femmes). Quels que soient l'enquête et le sexe, c'est à 45-54 ans que la proportion de personnes ayant ou ayant eu des problèmes avec l'alcool est la plus élevée : cela concerne au niveau national 19,4 % des hommes et 5,5 % des femmes (ex-CFES, 2000).

C'est chez les consommateurs quotidiens d'alcool que le pourcentage de personnes ayant ou ayant eu au cours de leur vie un problème de dépendance vis à vis de l'alcool est le plus élevé.

Une consommation plus fréquente durant le week-end

D'après l'enquête francilienne KABP tabac réalisée en 2000 (Grémy et al., 2002), 53 % des

hommes et 34 % des femmes ont déclaré avoir bu au moins un verre de vin, bière ou autres alcools durant la semaine alors que durant le week-end, c'est le cas de 77 % des hommes et de 61 % des femmes.

Cette consommation d'alcool plus fréquente en fin de semaine que durant les autres jours de la semaine est confirmée par le Baromètre santé 2000.

L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin

Le vin est l'alcool le plus largement consommé : durant la semaine, près de un Francilien sur trois chez les 18 à 75 ans déclare en avoir consommé et plus de un sur deux pendant le week-end (Grémy et al., 2002). Durant le week-end, d'"autres alcools" sont aussi largement consommés.

La bière, quant à elle, est consommée dans des proportions voisines pendant la semaine et pendant le week-end.

Toutes ces tendances sont retrouvées dans le Baromètre santé 2000.

Seule la consommation de vin augmente avec l'âge

Chez les hommes comme chez les femmes, les proportions de consommateurs d'alcool durant la semaine et durant le week-end augmentent avec l'âge du seul fait de l'augmentation de la consommation de vin (Grémy et al., 2002).

Les tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation d'alcool sont peu fréquentes

Selon l'enquête ex-CFES/CNAMTS/IPSOS de 1998 (citée dans ex-CFES, 1999b), si la majorité des consommateurs d'alcool en 1998 (89 %) déclaraient ne rien vouloir changer à leurs habitudes, 11 % toutefois (15 % des hommes et 7 % des femmes) envisageaient d'arrêter ou de diminuer leur consommation. Les raisons principales qui motivaient ce choix étaient diverses : médicales, familiales ou professionnelles.

3. La perception des risques

Connaissances partielles des risques liés à la consommation d'alcool

Selon l'enquête ex-CFES/CNAMTS/IPSOS de 1998 (cité dans ex-CFES, 1999b), la population a une meilleure connaissance qu'auparavant des seuils de dangerosité liés à l'alcool même si ces seuils sont supérieurs à ceux généralement admis. D'après cette enquête, si les risques d'alcoolodépendance, de cirrhose et d'accidents de la route sont bien connus des adultes, les autres risques, notamment les risques de cancer et les difficultés sociales liées à l'abus d'alcool, restent mal appréciés.

De plus, l'enquête réalisée en 1998 par le CREDOC sur "les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme" (cité dans Maresca et al., 2000) a montré que le seuil de tolérance à l'égard de l'alcool variait selon les catégories sociales. Ainsi, le seuil estimé de consommation excessive est plus élevé que la moyenne chez les artisans, les commerçants et les ouvriers, c'est-à-dire chez les personnes qui ont les consommations les plus élevées, alors qu'il est plus faible chez les cadres, les professions intermédiaires et les employés.

4. La prise en charge

En France, la prise en charge de la consommation excessive d'alcool ou de l'alcoolodépendance repose sur un dispositif spécifique, les centres de cures ambulatoires en alcoologie, ainsi que sur un dispositif non spécialisé, les services hospitaliers et la médecine de ville.

Lieux spécialisés : les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA)

En France, on recense 230 CCAA qui accueillent chaque année environ 100 000 consultants. L'enquête annuelle de l'ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme) menée

conjointement avec l'INSERM sur les nouveaux consultants des CCAA (ANPA, 2000) a permis de décrire les caractéristiques des nouveaux entrants : un consultant sur quatre est une femme, l'âge moyen des consultants est de 41 ans, plus de neuf consultants sur dix sont de nationalité française, un sur deux a une vie familiale et 63 % sont parents.

Ils sont 48 % à avoir une activité professionnelle et 26,7 % sont, soit au chômage, soit bénéficiaires du RMI. Un nombre croissant de patients présentent une insertion sociale souvent précaire, des problèmes juridiques, sociaux et médicaux particulièrement complexes. De plus, il a été constaté récemment qu'un nombre de plus en plus important de sujets jeunes consultent les CCAA.

Lieux non spécialisés

- Les hôpitaux

L'hôpital joue un rôle important dans le domaine des soins aux personnes en difficulté avec l'alcool : 13 % des patients hospitalisés souffrent d'alcoolisme, 3 % étant hospitalisés pour ce motif et 10 % pour qui l'alcoolisme est une maladie associée ou un facteur de risque (Comruelle et al., 1997 in ANPA, 2000). Par ailleurs, 7 % des patients pris en charge en psychiatrie le sont pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (HCSP, 1996). Enfin, 26 % des personnes arrivant aux urgences ont une maladie liée à l'alcool (Reynaud et al., 1999).

- Les médecins généralistes

Les données du Baromètre médecins généralistes de 1998 indiquent au cours de la semaine précédant l'enquête que, près d'un médecin sur deux déclare avoir reçu des patients dans le cadre d'un sevrage alcoolique. Toutefois, 70 % des médecins s'estiment peu ou pas efficaces pour lutter contre l'alcoolisme (ex-CFES, 1999a).

Le cannabis et les autres produits illicites chez les adultes

Globalement, on note une augmentation de la consommation de cannabis chez les adultes au cours des années 1990.

La consommation des autres drogues illicites est en revanche faible en population générale et reste relativement stable.

L'expérimentation et la consommation du cannabis diminuent fortement avec l'âge. Elles sont les plus importantes entre 20 et 25 ans.

1. Evolution de la consommation de cannabis et des autres drogues illicites

Expérimentation et consommation de drogues illicites au moins une fois au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans et les 15-75 ans. Evolution 1992-1995/96-2000 en France

En %	Consommation au moins une fois au cours de la vie			Consommation au moins une fois au cours des 12 derniers mois		
	Baromètre santé 92	Baromètre santé 1995/96	Baromètre santé 2000	Baromètre santé 92	Baromètre santé 1995/96	Baromètre santé 2000
	18-75 ans	18-75 ans	15-75 ans	18-75 ans	18-75 ans	15-75 ans ¹
Cannabis	11,3	15,2	21,1	3,9	4,4	7,6
Amphétamines	-	-	1,3	-	-	0,1
Cocaïne	0,7	1,1	1,3	0,3	0,1	0,2
LSD	-	-	1,5	-	-	0,2
Héroïne	0,6	0,4	0,6	0,2	0	0,1
Ecstasy	-	0,7 ²	0,7	-	0,3 ²	0,2
Médicaments	1,4	1,1	0,6	0,6	0	0,1
Inhalants	1,3	0,8	2,7	0,3	0,1	0,2
Hallucinogènes	1,1	1,5	0,3	0,1	0,2	-
Opium, morphine	-	-	0,2	-	-	-
Poppers	-	-	0,1	-	-	-
Ensemble des drogues illicites	12,0	15,8	-	4,3	4,4	-

¹ Au moins une fois mais moins de 10 fois dans l'année.

² Ecstasy, amphétamines.

Sources : Baromètre santé adultes 1992, 1995/96 et 2000

Augmentation de l'expérimentation de cannabis et relative stabilité de la consommation des autres drogues illicites

Les enquêtes Baromètre santé adultes réalisées par l'ex-CFES (ex-CFES, 1992 ; ex-CFES, 1996 ; ex-CFES, 2000) montrent que l'expérimentation de cannabis a augmenté entre 1992, 1995/1996 et 2000 : elle est ainsi passée de 11,3 % en 1992 à 15,2 % en 1995/1996 et à 21,1 % en 2000. Cependant, l'inclusion des 15-18 ans dans le dernier Baromètre santé pourrait être en partie responsable de l'augmentation de la prévalence-vie du cannabis.

Pour ce qui est de la consommation de cannabis au cours de l'année (au moins une fois), la proportion de consommateurs a peu évolué entre 1992 (3,9 %) et 1995/1996 (4,4 %). En revanche, elle est passée de 4,4 % en 1995/1996 à 7,6 % en 2000, mais cette augmentation est probablement en partie due à l'inclusion des 15-18 ans dans le dernier baromètre.

Globalement, les prévalences d'expérimentation et de consommation au cours des 12 derniers mois des autres produits illicites sont très faibles et les éventuelles variations entre 1992 et 2000 sont difficiles à mettre en relief, d'autant que les deux derniers Baromètres santé ont des tranches d'âges différentes.

L'inclusion des 15-18 ans dans le dernier Baromètre santé pourrait d'ailleurs expliquer en partie l'augmentation de la prévalence-vie des produits à inhaler (0,7 % en 1995/1996 et 2,7 % en 2000). D'autre part, la prévalence-vie de la consommation d'hallucinogènes a diminué entre 1992 et 2000 (1,1 % en 1992 et 0,3 % en 2000).

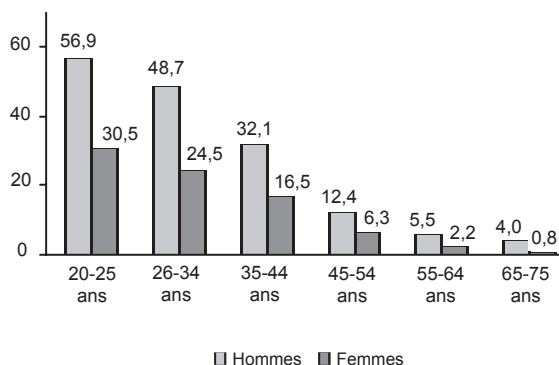
Quels que soient le produit et le type de consommation, les proportions de consommateurs sont maximales chez les 18-25 ans, puis diminuent de façon plus ou moins importante.

En règle générale, le cannabis est le principal produit consommé (entre 90 et 99 % des cas selon l'année et le type d'indicateur utilisé).

2. Situation actuelle et caractéristiques de la consommation

Expérimentation de cannabis chez les 20-75 ans

En %



Proposition de cannabis au cours de la vie

Les proportions de personnes s'étant vues proposer du cannabis au cours de leur vie diminuent avec l'âge. Plus des deux tiers (67,3 %) des 20-25 ans ont déjà été sollicités. Dans chaque classe d'âges, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à s'être vues proposer du cannabis (ex-CFES, 2000).

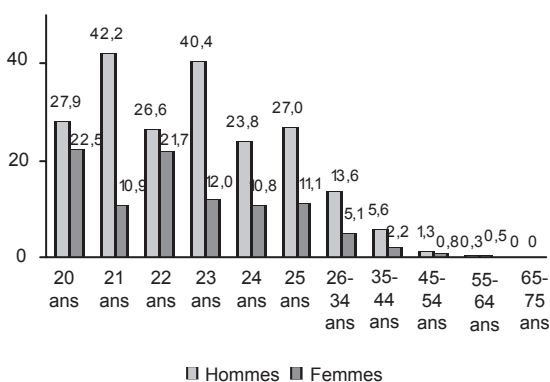
Expérimentation de cannabis

Les prévalences-vie diminuent avec l'âge et sont toujours supérieures chez les hommes que chez les femmes pour une classe d'âges donnée.

Cette diminution de la prévalence-vie à partir de 20-25 ans témoigne d'une exposition moindre des générations les plus anciennes par rapport aux plus jeunes (ex-CFES, 2000).

Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois

En %



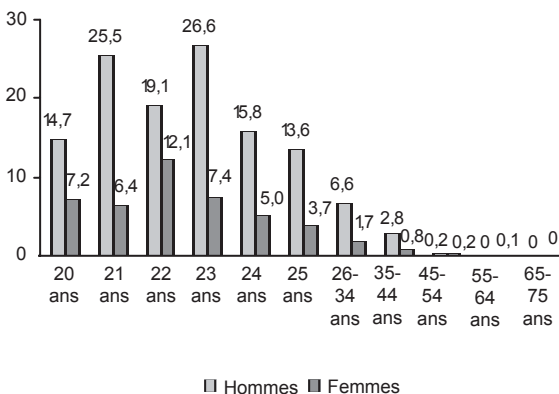
Des prévalences de consommation de cannabis au cours de l'année autour de 40 % entre 20 et 25 ans

Les prévalences de consommation de cannabis au cours des douze derniers mois augmentent jusqu'à 21 ans, puis diminuent régulièrement (si l'on ne considère pas les individus de 23 ans).

Elles sont très faibles à partir de 45 ans. Cette diminution relève probablement également d'une exposition moindre des générations les plus âgées, elle pourrait également s'expliquer par un abandon de la consommation à l'âge adulte (ex-CFES, 2000).

Consommation de cannabis au cours du dernier mois

En %

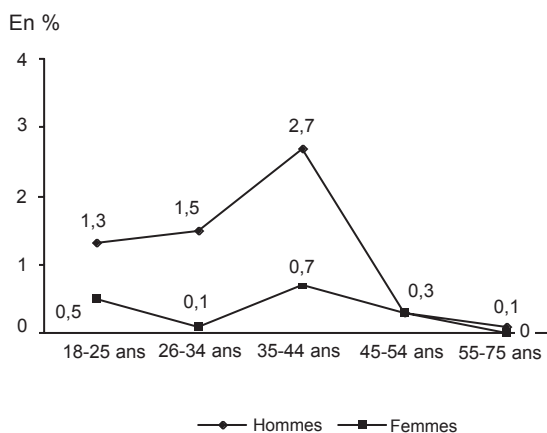


Consommation de cannabis au cours du dernier mois

La consommation de cannabis au cours du dernier mois diminue nettement après 25 ans et est quasiment nulle après 35 ans (ex-CFES, 2000).

Source : Baromètre santé 2000 (ex-CFES, 2000)

Expérimentation d'héroïne chez les 18-75 ans



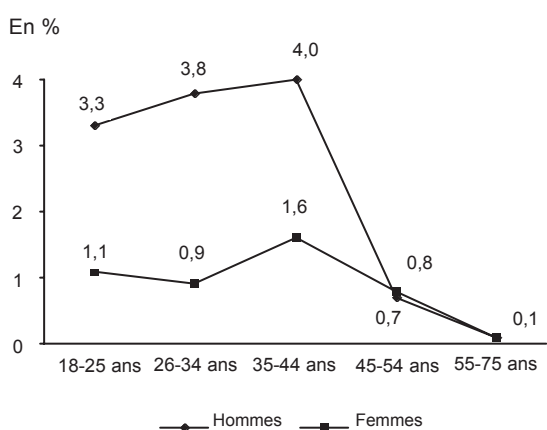
Expérimentation d'héroïne

D'après le Baromètre santé 2000, quel que soit l'âge, l'expérimentation d'héroïne est essentiellement masculine : 1,7 % des hommes contre 0,4 % des femmes de 18-44 ans. L'expérimentation de l'héroïne concerne principalement les hommes autour de trente ans (ex-CFES, 2000).

Si l'expérimentation d'héroïne est observée dans tous les milieux sociaux, elle est plus fréquente chez les chômeurs (2,3 % versus 0,6 %).

De plus, les personnes présentant des signes de dépendances possibles à l'alcool ou au tabac sont significativement plus nombreuses à avoir déjà consommé de l'héroïne.

Expérimentation de cocaïne chez les 18-75 ans



Expérimentation de cocaïne

Chez les adultes en population générale, d'après le Baromètre santé 2000, l'expérimentation de la cocaïne est rare et concerne principalement les jeunes adultes (avant 45 ans).

Avant cet âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir déjà expérimenté la cocaïne. A partir de 45 ans, les prévalences-vie sont proches entre hommes et femmes (ex-CFES, 2000).

Les expérimentateurs de cocaïne sont plus nombreux parmi les chômeurs (5 %), les professions libérales (2 %) et les salariés du privé (2 %) que chez les salariés du public (1 %).

Source : Baromètre santé 2000 (ex-CFES, 2000)

Expérimentation d'ecstasy

L'expérimentation d'ecstasy concerne principalement les jeunes adultes et plutôt les hommes (ex-CFES, 2000).

L'expérimentation d'ecstasy est plus fréquente chez les chômeurs (3,6 %), les étudiants (3,5 %), les professions libérales (3,2 %) et les artisans commerçants ou chefs de petites entreprises (3,0 %). Enfin, l'expérimentation d'ecstasy est souvent associée à un niveau d'études plutôt élevé (supérieur ou égal à Bac+3).

3. La perception des risques

L'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes), menée par l'OFDT en 1999 auprès de 2000 personnes âgées de 15 à 75 ans (Beck et al., 2000a), permet d'appréhender la façon dont la population générale perçoit les risques des consommations de cannabis et autres produits psychoactifs.

Cannabis

D'après cette enquête, le cannabis est clairement identifié comme une drogue par 78 % des individus.

Pour 51,3 % des individus, il est considéré comme dangereux dès qu'on l'essaie et 5,3 % des personnes interrogées estiment que le cannabis n'est jamais dangereux.

Le cannabis est perçu comme entraînant une dépendance pour 27,8 % des personnes interrogées.

Parmi les personnes enquêtées, 70 % estiment que l'usage de cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux.

Autres drogues illicites

Lorsqu'il est demandé aux personnes interrogées de citer spontanément une drogue, la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy sont citées dans respectivement 54 %, 45 % et 39 % des cas, loin derrière le cannabis (78 %).

Environ 85 % des personnes interrogées estiment que la cocaïne et l'héroïne sont dangereuses dès qu'on les essaie.

Pour l'ecstasy, l'expérimentation est perçue comme relativement moins dangereuse.

La substance la plus dangereuse citée parmi une liste de produits est l'héroïne (41,1 % des cas), puis la cocaïne (19,8 %) et l'ecstasy en troisième position (16,7 %).

Le risque de dépendance est jugé le plus fort pour l'héroïne et la cocaïne .

Pour toutes les drogues illicites autres que le cannabis, le niveau de peur ressentie à l'égard des produits est supérieur à 80 %. Pour l'ensemble des produits, les femmes déclarent des peurs plus fortes que les hommes.

Le recours aux produits de substitution est jugé de façon favorable par 81 % des personnes interrogées.

Environ deux tiers des personnes interrogées reconnaissent l'existence d'une action des pouvoirs publics dans l'aide aux usagers dépendants. Cependant, 63 % des individus enquêtés estiment qu'il faudrait l'augmenter et 21 % qu'il faudrait faire autrement.

La majorité des individus enquêtés (58 %) jugent être bien informés sur les drogues. 86 % des personnes jugent qu'il est utile d'informer les jeunes.

3 - Evolution, caractéristiques de la consommation de drogues illicites chez les toxicomanes et prise en charge

Le nombre d'usagers d'héroïne diminue depuis 1994/1995.

En revanche, le nombre de consommateurs de cocaïne et de crack a augmenté entre 1990 et 1999.

Depuis 1990, on observe l'émergence et la large diffusion de l'ecstasy.

Alors que les usagers d'héroïne et de cocaïne vieillissent, les consommateurs d'ecstasy sont jeunes et souvent polyconsommateurs.

En France, on note une augmentation du nombre de toxicomanes pris en charge. Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes dans les établissements spécialisés pour la prise en charge des toxicomanes.

En Ile-de-France, on observe une augmentation du nombre moyen de toxicomanes vus par un médecin.

Depuis 1996, les ventes de subutex et méthadone sont en hausse importante.

Enfin, on assiste à un renforcement des politiques de réduction des risques avec néanmoins des disparités départementales.

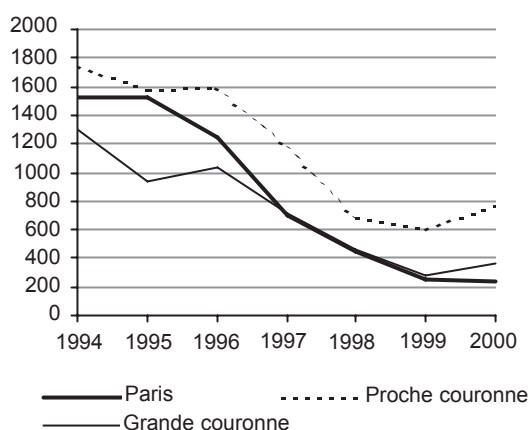
1. Evolution de la consommation de drogues illicites

Chez les toxicomanes, la consommation de drogues illicites peut être suivie grâce à des indicateurs indirects : nombre d'interpellations pour usage et usage-revente, nombre d'interpellations pour trafic, nombre de surdoses.

La toxicomanie désigne les comportements de consommation entraînant un phénomène de dépendance aux drogues illicites.

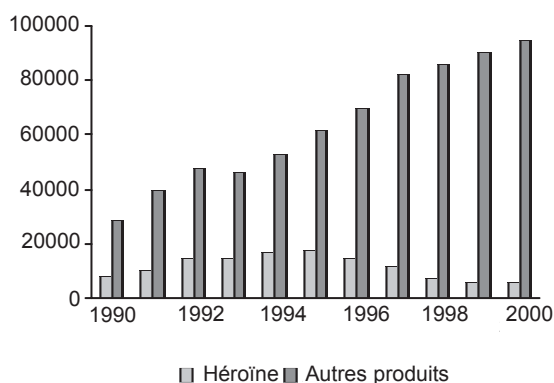
Toutefois, seuls les toxicomanes repérés par les institutions sont pris en compte car ce sont elles qui fournissent les données. Il est ainsi possible qu'une proportion de toxicomanes, probablement en augmentation du fait des modifications des modes de consommation, de la banalisation des produits et de la prise en charge ambulatoire de plus en plus fréquente, échappent à ce suivi (Halfen et al., 2000b).

Interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne. Evolution 1994-2000 en Ile-de-France



Source : OCRTIS, Exploitation ORS Ile-de-France

Interpellations pour usage d'héroïne et autres produits. Evolution 1990-2000 en France



Source : OCRTIS

Forte diminution du nombre d'interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne

D'après les données de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), le nombre d'interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne a diminué en Ile-de-France entre 1994 et 1999, passant de 4578 en 1994 à 1143 en 1999. Ceci est vrai pour Paris, la proche couronne et la grande couronne. Cependant, il a augmenté entre 1999 et 2000 en proche et grande couronne.

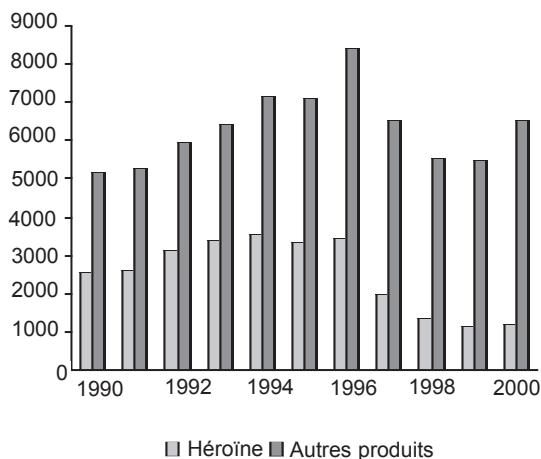
La diminution du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne est également globalement observée sur l'ensemble du territoire français.

L'évolution des interpellations d'usagers d'héroïne entre 1990 et 2000 en France fait apparaître deux périodes : une augmentation des interpellations jusqu'en 1995, puis une baisse.

Cependant, tout au long de cette période, l'héroïne est restée le second produit le plus fréquemment en cause dans les interpellations pour usage ou usage-revente, après le cannabis, même si l'écart avec la cocaïne et le crack se resserre.

Si cette baisse du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne semble bien refléter une diminution du nombre d'usagers d'héroïne, celle-ci pourrait être expliquée par l'extension des traitements de substitution (par le Subutex® ou la méthadone) et par l'influence des messages de prévention du sida entraînant la désaffection des plus jeunes pour ce produit, essentiellement consommé par voie intraveineuse.

**Interpellations pour trafic d'héroïne et autres produits.
Evolution 1990-2000 en France**



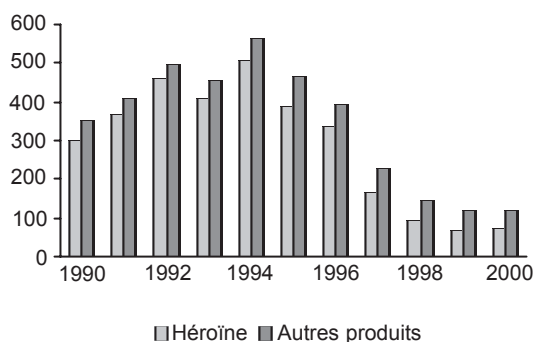
Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

**Forte diminution du nombre
d'interpellations pour trafic d'héroïne**

En France, d'après les données de l'OCRTIS, les nombres d'interpellations pour trafic de stupéfiants et pour trafic d'héroïne ont augmenté de 1990 à 1996, puis ont diminué. On note cependant une légère augmentation en 2000.

Cette évolution est quasi-similaire à celle du nombre d'interpellations pour usage d'héroïne. D'ailleurs, de la même façon que pour les interpellations pour usage, la part de l'héroïne dans l'ensemble des interpellations pour trafic ne fait que baisser depuis 1993.

**Surdoses liées à l'héroïne et autres produits.
Evolution 1990-2000 en France**



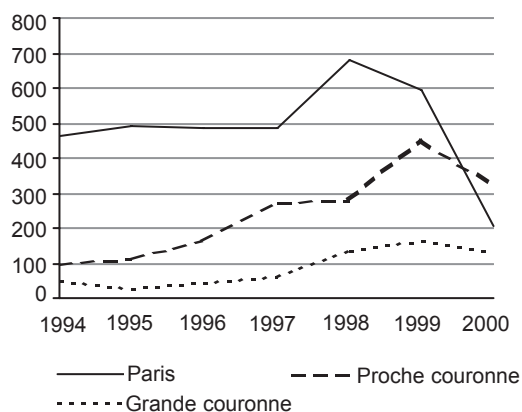
Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

**Baisse très sensible depuis 1994 du
nombre de surdoses attribuables à
l'héroïne**

D'après les données de l'OCRTIS, le nombre de décès par surdoses liées à l'héroïne et à tout autre produit n'a fait que diminuer depuis 1994.

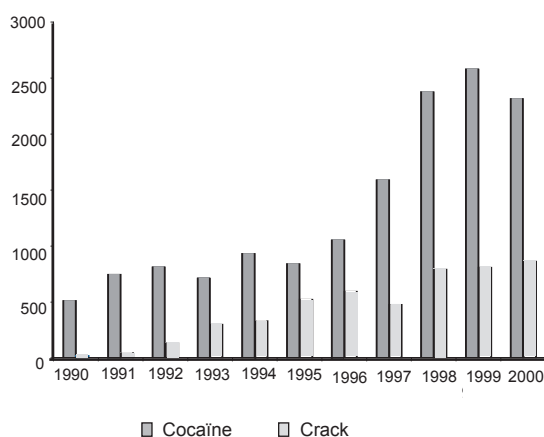
L'héroïne reste cependant le produit le plus fréquemment en cause dans ce type de décès : en 1999, sur 118 décès par surdoses constatés par les services de police, 69 sont attribuables à l'usage d'héroïne (OCRTIS). D'ailleurs, la diminution du nombre de surdoses attribuables à l'héroïne depuis 1994 explique en partie la baisse générale constatée pour ce type de décès.

Interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne. Evolution 1994-2000 en Ile-de-France



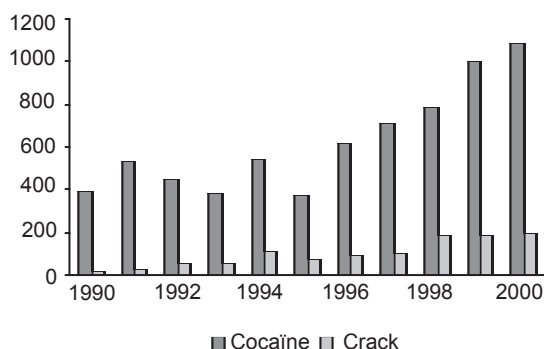
Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Interpellations pour usage de cocaïne et de crack. Evolution 1990-2000 en France



Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Interpellations pour trafic de cocaïne et de crack. Evolution 1990-2000 en France



Source : OCRTIS

Augmentation du nombre d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne et de crack en Ile-de-France entre 1994 et 1999

En Ile-de-France, d'après les données de l'OCRTIS, le nombre d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne a globalement augmenté entre 1994 et 1999, passant de 614 à 1210. Il a en revanche fortement diminué entre 1999 et 2000, en particulier à Paris.

A Paris, en 1994, le nombre d'interpellations était largement supérieur à celui de la proche couronne et de la grande couronne. Malgré la diminution du nombre d'interpellations pour usage et usage-revente de cocaïne à Paris entre 1998 et 1999, Paris regroupe 49 % des interpellations franciliennes en 1999.

Augmentation du nombre d'interpellations pour usage de cocaïne sur l'ensemble du territoire français

Les interpellations ont été multipliées par cinq entre 1990 et 1999. On note cependant une diminution du nombre d'interpellations pour usage de cocaïne en 2000 par rapport à 1999.

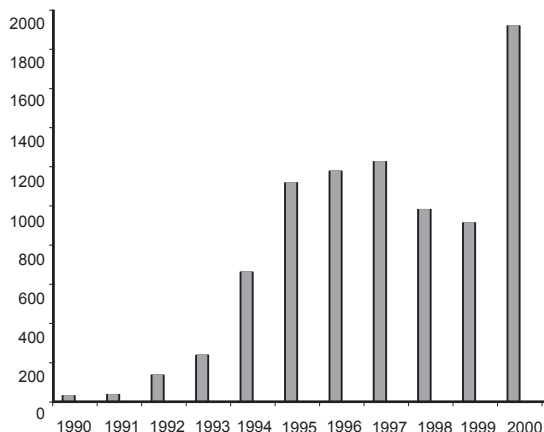
Pour ce qui est du crack, une croissance exceptionnelle du nombre d'interpellations pour usage est observée entre 1990 et 1999 (+56 % en moyenne chaque année). Cependant, cette augmentation pourrait être en partie liée à l'introduction de ce produit dans la nomenclature française et à un report des interpellations de cocaïne vers celles de crack en raison d'une meilleure connaissance du produit.

Augmentation depuis 1995 du nombre d'interpellations pour trafic de cocaïne et de crack

En France, les nombres annuels d'interpellations pour trafic de cocaïne et de crack ont augmenté entre 1990 et 2000.

Cela mesure sans doute l'extension de l'offre de ces produits et indirectement l'augmentation de leur consommation chez les usagers.

Interpellations pour usage ou usage-revente d'ecstasy. Evolution 1990-2000 en France



Source : OCRTIS

Emergence de l'ecstasy à travers l'augmentation du nombre d'interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy

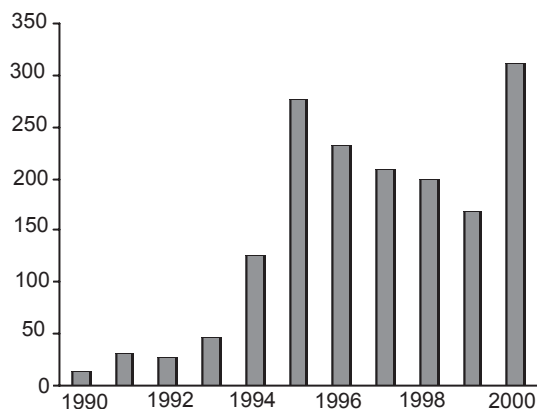
Ne disposant pas de données spécifiques à l'Ile-de-France, seules les données nationales sont présentées.

Les premières interpellations pour usage d'ecstasy ont été enregistrées en 1990.

De 1990 à 1997, le nombre d'interpellations liées à l'ecstasy a augmenté de façon importante : il a été multiplié par 40 entre 1990 et 1997, témoignant de l'émergence de ce produit.

En 1998 et en 1999, les services de police ont enregistré une baisse du nombre d'interpellations pour usage d'ecstasy, mais en 2000, on observe un nombre d'interpellations en forte hausse.

Interpellations pour trafic d'ecstasy. Evolution 1990-2000 en France



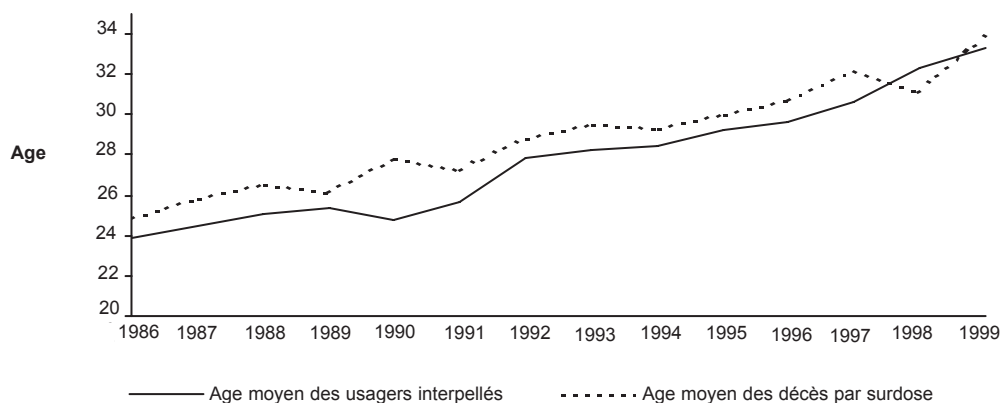
Source : OCRTIS

Augmentation jusqu'en 1995 du nombre d'interpellations pour trafic d'ecstasy

Le nombre d'interpellations pour trafic d'ecstasy a considérablement augmenté entre 1990 et 2000 : il est ainsi passé de 13 interpellations en 1990 à 312 en 2000, d'après les données de l'OCRTIS. Plus précisément, le nombre annuel d'interpellations pour trafic d'ecstasy a augmenté jusqu'en 1995 avant de commencer à décroître jusqu'en 1999 et de réaugmenter de façon importante en 2000.

2. Caractéristiques des consommations

Age moyen des usagers d'héroïne interpellés et des décès par surdose d'héroïne. Evolution 1986-1999 en Ile-de-France



Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Viellissement des usagers d'héroïne

En Ile-de-France comme en France, d'après les données de l'OCRTIS, l'âge moyen des usagers d'héroïne interpellés a globalement augmenté : il est ainsi passé de 23,9 ans en 1986 à 33,3 ans en 1999 en Ile-de-France. Cette augmentation de l'âge moyen est également retrouvée en Ile-de-France chez les personnes décédées par surdose d'héroïne.

D'autre part, d'après les données de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) qui mène chaque année au mois de novembre une enquête sur le recours aux soins des personnes toxicomanes, les hommes sont près de trois fois plus nombreux que les femmes à être pris en charge pour usage d'héroïne (Tellier, 2001).

Enfin, la majorité des usagers d'héroïne repérés par les institutions n'auraient pas d'activité rémunérée. D'après la DREES, en 1999, 60 % des usagers d'héroïne pris en charge dans les structures de soins étaient sans activité (seuls 20 % avaient un emploi stable). D'après les données de l'OCRTIS, la moitié des usagers d'héroïne interpellés en 1999 était sans profession.

La plupart des usagers de cocaïne interpellés sont des hommes

D'après l'OCRTIS, les usagers de cocaïne et de crack sont également relativement âgés, respectivement 29,4 et 31,4 ans en 1999.

Comme chez les usagers d'héroïne, on observe chez les usagers de cocaïne et de crack, une tendance au vieillissement.

Par ailleurs, 82 % des usagers de cocaïne interpellés sont des hommes.

Enfin, les usagers de cocaïne et de crack interpellés sont nombreux à se déclarer sans profession : 49 % pour la cocaïne et 73 % pour le crack en 1999.

Les usagers d'ecstasy sont jeunes et souvent polyconsommateurs

Comme les consommateurs de cannabis, les usagers d'ecstasy sont jeunes : 22,7 ans en moyenne pour les usagers d'ecstasy interpellés en 1999 et 24,3 ans pour ceux pris en charge en 1999. Ils sont également proches des usagers de cannabis au niveau de la catégorie socio-professionnelle : en 1999, un peu plus d'un tiers se déclarent sans profession.

En revanche, la population consommatrice d'ecstasy et prise en charge apparaît comme beaucoup plus polyconsommatrice que les usagers de cannabis.

3. Connaissances et perception des risques

Le rapport TREND (Bello et al., 2001) fournit, par l'intermédiaire de ses observateurs placés dans l'espace urbain et dans l'espace festif techno, les perceptions des usagers de drogues illicites sur les produits qu'ils consomment.

Perception de l'héroïne par les usagers

Les avis des observateurs sur la perception de l'héroïne par les usagers divergent.

Ainsi, d'après certains, la perception de l'héroïne continuerait de se dégrader en lien avec la perception d'une mauvaise qualité de l'héroïne disponible.

A l'inverse, d'autres observateurs citent une amélioration de la perception de l'héroïne en lien avec un ressenti de rareté de ce produit et d'amélioration de sa qualité.

De plus, la diffusion de l'usage d'héroïne comme produit de régulation des stimulants au sein de l'espace festif techno contribuerait à une amélioration de l'image de l'héroïne.

Perception de la cocaïne et du crack par les usagers

L'image du crack est relativement mauvaise tandis que celle de la cocaïne est globalement positive.

Cependant, la perception de la cocaïne diffère selon le type d'usagers.

Ainsi, les nouveaux consommateurs perçoivent plutôt la cocaïne comme un produit valorisant du fait de son association au luxe et aux performances physiques, intellectuelles et sexuelles. De plus, ces nouveaux adeptes de la cocaïne jugent ce produit comme présentant peu de risque, en particulier de dépendance.

Cependant, les usagers plus expérimentés perçoivent la cocaïne de façon moins favorable. Ils évoquent ainsi ses effets indésirables sur le psychisme, les difficultés de gestion que son usage implique, le risque de dépendance et son coût élevé.

Perception de l'ecstasy par les usagers

Comme pour l'héroïne, les avis des observateurs sont partagés.

Plusieurs arguments sont avancés pour justifier l'image positive de l'ecstasy. Tout d'abord, la diffusion de produits telles la kétamine et l'héroïne, considérés comme "hard" fait apparaître l'ecstasy comme un produit "soft". D'autre part, la facilité de gestion de l'ecstasy contribue à une perception positive de ce produit. Enfin, la qualité des échantillons est perçue comme s'améliorant.

Néanmoins, différents faits plaident plutôt en faveur d'une image négative de l'ecstasy : le caractère aléatoire des échantillons vendus, le développement de consommations abusives chez de nouveaux consommateurs entraînant des effets secondaires (état dépressif) et les inquiétudes des consommateurs réguliers face aux effets à long terme de cette consommation sur la santé.

4. La prise en charge des toxicomanes

Les structures et les outils de prise en charge et de prévention

Jusqu'au début des années 1990, la politique de lutte contre la toxicomanie était principalement basée sur la seule logique du sevrage pour les usagers qui souhaitaient s'engager dans une telle démarche et, pour les autres, sur la répression de l'usage et de la revente des produits illicites.

Depuis 1993, dans le principal but de réduire les risques infectieux des usagers de drogues (VIH, VHB, VHC), la politique publique de lutte contre la toxicomanie s'est diversifiée tant au niveau des outils, des structures et des lieux de prise en charge que du matériel de prévention à la disposition des usagers de drogues.

Initiée avec la mise en vente libre des seringues (1987) et des kits de matériel d'injection stérile (1993), la politique de réduction des risques s'est poursuivie avec la mise en vente des traitements de substitution aux opiacés (1995), d'abord par la méthadone puis par la buprénorphine (Subutex®).

Le dispositif de réduction des risques

Ce dispositif a pour but de faciliter l'accès des usagers de drogue par voie intraveineuse à l'ensemble du matériel stérile d'injection pour limiter les risques infectieux et pour favoriser la diffusion de conseils de prévention.

Ce dispositif repose sur :

- *La mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés,*
- *La mise en place de programmes d'échanges de seringues (PES).*
- *L'ouverture de lieux d'accueil de proximité (les boutiques le jour et les " sleep-in " la nuit).*
- *L'implantation d'automates de distribution et/ou d'échangeurs de seringues.*
- *La mise sur le marché de trousses de prévention pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.*

Le dispositif de soins en toxicomanie

Les structures de prise en charge des personnes toxicomanes sont diverses :

- *Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes en ambulatoire (CSST) :* ils ont pour mission la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative du toxicomane. Pour les toxicomanes dépendants aux opiacés, ces centres peuvent mettre en place des suivis par substitution en délivrant de la méthadone et du Subutex®. Le traitement de substitution par la méthadone ne peut être initié que par ces centres.

- *Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement collectif (CSSTH) :* il s'agit de lieux de vie accueillant des personnes sevrées ou sous traitement de substitution.

- *Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes en milieu pénitentiaire :* ils coordonnent les actions de prévention et de soins vis-à-vis des usagers de drogue incarcérés.

- *Les hébergements d'urgence ou de transition :* ils permettent l'accueil des toxicomanes non encore sevrés dans des cas particuliers (attente de place en sevrage, sortie de période de postcure...).

- *Les réseaux d'appartements thérapeutiques relais :* ils ont pour but de permettre aux toxicomanes sevrés ou sous traitement de substitution de retrouver une certaine autonomie.

- *Les réseaux de famille d'accueil :* ces réseaux s'adressent aux toxicomanes sevrés éprouvant le besoin d'une séparation avec leur environnement habituel.

- *Les unités d'hospitalisations spécifiques pour toxicomanes :* situées à l'intérieur de l'hôpital, ces unités assurent une prise en charge globale des usagers.

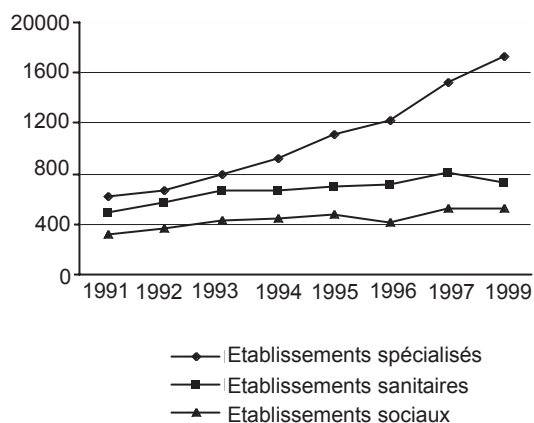
- *Les équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD) :* ces équipes aident les soignants dans la prise en charge des toxicomanes hospitalisés.

Répartition des toxicomanes suivis en novembre 1999 selon le premier produit à l'origine de la prise en charge

En %	Etablissements spécialisés	Etablissements sanitaires
Héroïne et autres opiacés :		
Héroïne	63,8	46,8
Dérivés de codéine	3,4	3,9
Morphine, opium	1,1	1,8
Méthadone en dehors d'une prescription	0,2	0,5
Buprénorphine en dehors d'une prescription	4,3	4,8
Cannabis	13,0	24,4
Psychotropes	2,9	8,7
Cocaïne	3,5	4,0
Crack	1,2	1,9
Drogues de synthèse		
Amphétamines	0,3	0,5
Ecstasy	0,7	0,7
LSD et autres dysléptiques	0,4	0,6
Colles et solvants	0,2	0,4
Autres substances	0,8	1,0
Alcool	4,2	0
Total	100 (n=16809)	100 (n=4589)

Source : DREES

Nombre de toxicomanes accueillis en novembre dans les établissements spécialisés, sanitaires ou sociaux. Evolution 1991-1999 en France



Source : DREES

La prise en charge en France

De façon générale, en France, quel que soit le type d'établissement, le nombre de toxicomanes pris en charge durant les mois de novembre a augmenté entre 1991 et 1999, passant de 14341 à 29924.

Cependant, cette augmentation est beaucoup plus nette dans les établissements spécialisés que dans les établissements sanitaires ou sociaux.

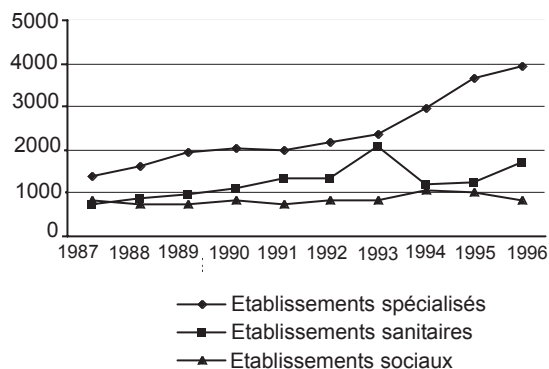
D'après les données de la DREES de 1999, les établissements spécialisés (centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, antennes toxicomanies des services médico-psychologiques régionaux, centres d'accueil pour toxicomanes) accueillent presque quatre fois plus de toxicomanes que les établissements sanitaires (16809 versus 4589).

Par ailleurs, on constate que l'héroïne est de loin le premier produit à l'origine de la prise en charge.

Pour une proportion non négligeable de toxicomanes, le premier produit à l'origine de cette prise en charge est un produit de substitution en dehors d'une prescription médicale : la Buprénorphine dans 4,3 % des cas, la méthadone dans 0,2 % des cas pour les établissements spécialisés.

Les toxicomanes pris en charge dans les établissements spécialisés sont majoritairement des hommes (76,8 %), ont en moyenne 30,7 ans et sont 6 sur 10 à ne pas avoir d'activité professionnelle (31 % sont au chômage et 29 % bénéficient du RMI).

Nombre de toxicomanes accueillis en novembre dans les établissements spécialisés, sanitaires ou sociaux. Evolution 1987-1996 en Ile-de-France



Source : DREES

La prise en charge en Ile-de-France

Les enquêtes de la DREES indiquent que d'une façon globale, le nombre d'usagers de drogues pris en charge en Ile-de-France a augmenté entre 1987 et 1996, passant de 2975 à 6460. La majorité des toxicomanes (61 % en 1996) sont pris en charge dans des établissements spécialisés.

Recours aux médecins généralistes

Une étude nationale menée en 1998 sur la place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes (Eval, 1998) montre que près de deux tiers des médecins (61 %) ont vu au moins un toxicomane au cours des douze derniers mois et que le nombre moyen de toxicomanes rencontrés par médecin a augmenté.

Cette enquête révèle également que la quasi-totalité des médecins prescrivent des médicaments aux toxicomanes les consultant et 80 % indiquent prescrire des traitements de substitution. Le Subutex® est le médicament le plus souvent prescrit (76 % des cas).

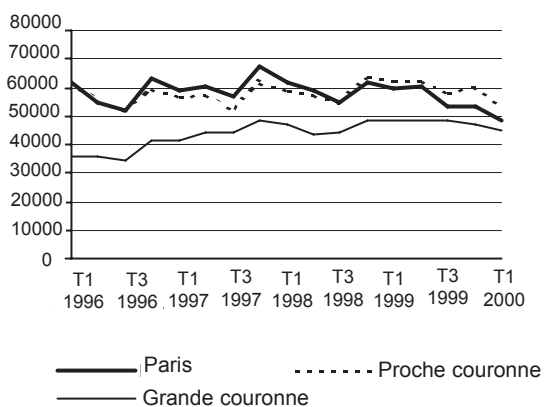
Cette enquête indique enfin que les médecins généralistes connaissent de mieux en mieux la toxicomanie.

Ventes de Stéribox®

D'après le dispositif SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution) mis en place par l'Institut de veille sanitaire en 1996, les ventes de Stéribox® en pharmacie de ville apparaissent relativement stables en Ile-de-France depuis 1996 même si une légère diminution est observée depuis fin 1998.

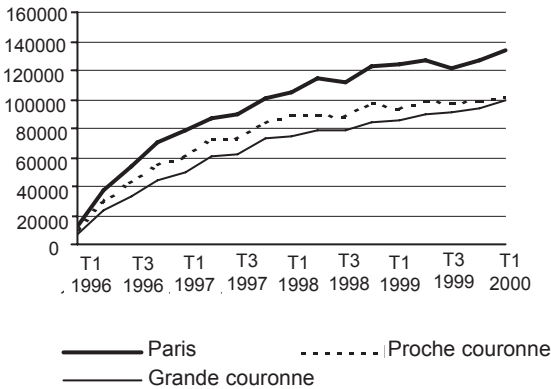
Sur tout le territoire de l'Ile-de-France, on note globalement la même évolution des ventes de Stéribox® en pharmacie de ville depuis 1996, mais il semble que cette baisse soit variable selon les zones géographiques et qu'elle soit d'autant plus importante que le dispositif de réduction des risques est diversifié (Halfen et al., 2000b). D'autres facteurs, telles l'offre réelle de Stéribox® et sa disponibilité pour les usagers, peuvent certainement également expliquer les différences départementales.

Ventes de Stéribox® en pharmacie de ville (en unité et par trimestre). Evolution depuis 1996 selon les différentes zones d'Ile-de-France (en unité et par trimestre)



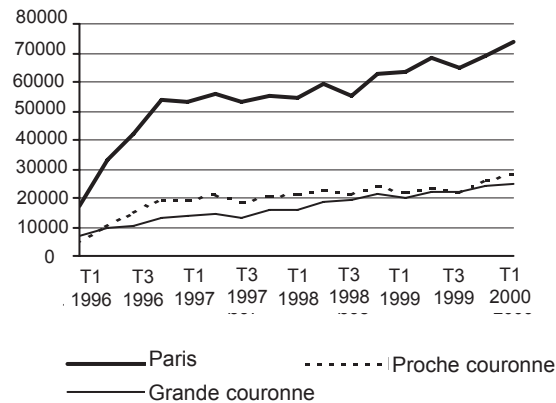
Source : InVS / SIAMOIS. Exploitation ORS Ile-de-France

Ventes de Subutex® en pharmacie de ville (en unité et par trimestre). Evolution depuis 1996 selon les différentes zones d'Ile-de-France (en unité et par trimestre)



Source : InVS / SIAMOIS. Exploitation ORS Ile-de-France

Ventes de méthadone en pharmacie de ville (en unité et par trimestre). Evolution depuis 1996 selon les différentes zones d'Ile-de-France (en unité et par trimestre)



Source : InVS / SIAMOIS. Exploitation ORS Ile-de-France

Les ventes de traitement de substitution

Toujours d'après le dispositif SIAMOIS mis en place par l'Institut de veille sanitaire, les ventes de Subutex® en pharmacie de ville ont connu une hausse très importante depuis 1996. En mars 2000, le nombre moyen d'usagers de Subutex® pris en charge en médecine de ville en Ile-de-France a ainsi été estimé à 14836. 40 % des ventes réalisées pendant le premier trimestre 2000 ont été effectuées à Paris.

Pour ce qui est de la méthadone, les ventes en pharmacie de ville en Ile-de-France ont également augmenté entre 1996 et 2000. Cependant, les données de vente en pharmacie de ville ne fournissent qu'une image très partielle de l'usage de ce produit de substitution. Il faut souligner que la majorité des ventes de méthadone en pharmacie de ville en Ile-de-France sont réalisées à Paris (58 % au premier trimestre 2000).

Des départements diversement équipés

Dans la région Ile-de-France, on assiste globalement à un renforcement des politiques de réduction des risques avec une augmentation du nombre de CSST délivrant de la méthadone, des installations supplémentaires de distributeurs et/ou récupérateurs de seringues et une augmentation de la prise en charge par les médecins de ville des traitements de substitution par le Subutex®.

Cependant, l'équipement des départements franciliens en outils de réduction des risques s'explique localement par les politiques et les priorités définies par les collectivités. Aussi, les départements franciliens sont-ils diversement équipés.

Par exemple, deux départements de la grande couronne (Seine-et-Marne et Yvelines) ne disposent d'aucun automate (ni d'aucune "boutique") alors que les données SIAMOIS transmises par l'InVS montrent qu'il existe dans ces deux départements une demande de la part des usagers de drogue.

Il existe également d'importantes disparités entre arrondissements à Paris.

Conclusion

Cet état des lieux, réalisé dans le cadre de la mise en place du Programme Régional de Santé sur les addictions, révèle des modifications importantes des consommations de produits psychoactifs en France et en Ile-de-France au cours de ces deux dernières décennies. Des modifications qui peuvent être observées tant chez les jeunes que chez les adultes, en population générale comme parmi les usagers de drogues.

Chez les jeunes, la plupart des indicateurs semblent montrer une augmentation des consommations de produits psychoactifs (licites et illicites) au cours de ces dix dernières années.

- Les données indiquent que la proportion de **fumeurs** chez les jeunes a cessé de diminuer depuis une dizaine d'années. Les données de certaines enquêtes indiquent même une augmentation tant de l'expérimentation que de la consommation quotidienne de tabac chez les jeunes. La proportion de fumeurs chez les jeunes est actuellement à un niveau particulièrement élevé : cela concernerait environ un jeune sur deux âgé de 19 ans.
- De même, alors que la quantité moyenne d'**alcool** consommée semblait en diminution, elle est devenue stable depuis le milieu des années 1980, cela associé à une augmentation probable de la proportion de jeunes ayant déjà expérimenté l'alcool. Là également, les niveaux de consommation et les ivresses restent relativement élevés, notamment durant les fins de semaine, pouvant favoriser des conduites à risques, en particulier des accidents de la route.
- Mais les modifications de comportements les plus notables chez les jeunes concernent l'accroissement très important durant la dernière décennie de la consommation de **cannabis**. La consommation régulière de ce produit est également en augmentation. Cette consommation semble s'être banalisée malgré son caractère illicite.

- Les **autres produits illicites** restent consommés de façon très minoritaire même s'il convient de souligner que les seules données d'évolution disponibles qui portent sur les consommations des lycéens parisiens montrent un net accroissement, dans les années 1990, de l'expérimentation de tous les produits illicites autres que le cannabis (solvants, ecstasy, LSD, cocaïne ou crack), à l'exception de l'expérimentation de l'héroïne qui, elle, est en diminution.

- Conséquence de ces augmentations de niveau de consommation, l'association des différents produits, notamment du tabac, de l'alcool et du cannabis (**polyconsommation** ou polyusage) est devenue relativement fréquente chez les jeunes. Or, la polyconsommation régulière est fréquemment associée à des actes de transgression, d'incivilité et de violence de la part des consommateurs. Cette violence, exercée par les polyconsommateurs, est dirigée vers les autres (les adultes ou les élèves) mais également envers eux-mêmes (fréquence plus élevée de tentatives de suicide, de comportements alimentaires perturbés, de problèmes de santé). Les polyconsommateurs ont également davantage de comportements de prise de risques qui se manifestent notamment dans la sexualité (moindre utilisation de préservatifs lors du premier rapport sexuel, fréquence plus élevée de rapports sexuels sans utilisation de contraceptifs) ainsi que par la fréquence des accidents de deux roues.

Chez les adultes, les évolutions dans le temps de la consommation de produits psychoactifs diffèrent de celles observées chez les jeunes.

- La proportion de **fumeurs** a diminué chez les hommes au cours des dernières décennies alors qu'inversement, elle a augmenté dans la population féminine. Le tabac est en France la première cause de mortalité évitable : chaque année, environ 60000 personnes décèdent d'une pathologie liée à la consommation de tabac.

- Les données relatives à la consommation d'**alcool** montrent peu de modifications en terme de prévalence d'expérimentation, d'ivresses ou de consommation excessive. En revanche, les modes de consommation semblent avoir quelque peu changé. La consommation régulière d'alcool paraît avoir diminué depuis vingt ans au profit de consommations plus occasionnelles et festives. Il est possible d'estimer en France la mortalité liée à l'alcool à 45 000 décès par an, soit près d'un décès sur onze.
- Comme chez les jeunes, mais à un bien moindre niveau, on constate une augmentation, au cours des dix dernières années, de l'expérimentation de **cannabis** chez les adultes, en particulier chez les plus jeunes d'entre eux. En revanche, la consommation plus régulière de cannabis, est restée stable.
- Pour ce qui est de l'expérimentation et/ou de la consommation de **produits illicites autres que le cannabis**, le phénomène reste extrêmement marginal chez les adultes.

Différentes sources de données permettent de noter que les années 1990 ont été marquées par des changements importants des profils de consommation des usagers de drogue, liés à l'émergence des produits de synthèse mais surtout à la mise en place de la **politique de réduction des risques**. Ainsi, on observe une nette diminution de l'usage d'héroïne depuis le milieu des années 90 environ, confirmée par différentes sources statistiques (données des infractions pour usage de stupéfiants, données sur les surdoses, données d'enquêtes réalisées auprès de populations ciblées fréquentant les centres de soins ou les Programmes d'échanges de seringues). Cette diminution est très probablement une conséquence de la mise sur le marché des traitements de substitution par la méthadone et par le Subutex®.

Parallèlement à cette diminution de la consommation d'héroïne, on observe une augmentation de la consommation de cocaïne et de crack ainsi que l'apparition au cours de ces dernières années de drogues de synthèse, telles que l'ecstasy. La consommation simultanée de plusieurs produits (polyconsommation ou polyusage) est un phénomène qui tend à se développer, associant par exemple traitements de substitution et cocaïne ou crack, drogues de synthèse et cannabis, et dont les effets cumulés ne sont pas toujours parfaitement connus ni des usagers, ni des professionnels intervenant dans le champ de la toxicomanie. L'ensemble de ces contextes nouveaux de consommation restent encore mal connus, du fait de leur caractère récent, et les interventions sanitaires demeurent assez limitées.

Depuis 1999, les politiques de prévention sur les substances psychoactives licites et illicites (tabac, alcool, drogues, usage détourné de médicaments et dopage) ont été coordonnées dans le cadre du programme de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Néanmoins, peu de sources d'informations permettent véritablement de mesurer ce changement d'orientation au niveau du travail du terrain, qu'il s'agisse de la prévention, de la prise en charge ou des soins.

De plus, la lutte contre les risques infectieux a été l'un des moteurs de la politique actuelle de lutte contre la toxicomanie ; or, peu de données d'évolution permettent d'évaluer l'incidence des infections à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues et l'impact probable des politiques préventives. Celles disponibles concernent des populations extrêmement spécifiques et les données ne peuvent être généralisables à l'ensemble des usagers de drogues. De même, les données relatives à la morbidité et à la mortalité des usagers de drogues restent souvent très ponctuelles et fragmentaires et ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble de la situation sanitaire de cette population.

Enfin, ces dernières années ont été marquées par une importante augmentation des structures de prise en charge et des outils de réduction des risques dont la concentration est particulièrement importante dans la région Ile-de-France. Cette augmentation s'est accompagnée d'une diversification des dispositifs permettant d'atteindre des usagers ayant des profils, des demandes et des besoins différents.

Néanmoins, il existe une forte inégalité d'accès aux outils de réduction des risques (distributeurs et récupérateurs de seringues, programmes d'échanges de seringues, etc.) et aux structures de prise en charge (centres de soins, "boutiques", lieux d'hébergements, etc.) entre les usagers des différents départements franciliens, inégalité liée à des stratégies locales qui ne relèvent pas toujours véritablement de choix de santé publique. Cette inégalité peut se manifester quantitativement par une faiblesse de certains types d'outils ou structures de prise en charge mais également qualitativement par un manque de complémentarité du dispositif.

Les évaluations à venir de la politique de réduction des risques devraient pouvoir prendre en compte les dispositifs mis en place dans leur globalité, en définissant plus précisément les stratégies et les cibles de chacun des outils.

De plus, la diversification des modes de consommation et des produits consommés par les usagers de drogue nécessiterait probablement que la politique de réduction des risques prenne davantage en compte les autres produits que l'héroïne ainsi que les phénomènes de polyconsommation qui se développent.

Bibliographie

- Aarons G.A. et al., Adolescent alcohol and drug abuse and health, *J. Adolesc Health*, 24, 1999, pp. 412-421.
- Aliaga C., Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation, *Insee première*, n° 808, octobre 2001.
- Amossé T. et al., Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire, enquête Ined, Paris et petite couronne, 1998, *CreDES*, Biblio n° 1355, septembre 2001.
- Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA), Synthèse documentaire : chiffres et statistiques, Service documentaire, juillet 2000.
- Ballion R., Les conduites déviantes des lycéens, *OFDT, CADIS*, avril 1999.
- Beck F., Peretti-Watel P., Erapp 99, Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, *OFDT, Etude n° 20*, avril 2000a.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000, *OFDT*, 2000b.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans, *Escapad 2001, OFDT*, 2002.
- Bello P. Y., Touffik A., Gandilhon M. Tendances Récentes, *Rapport Trend, OFDT*, juin 2001.
- Centre de documentation et d'information sur le tabac, Le tabac en France en 2000, *Tabac news*, n° 22, juillet 2001.
- ex-CFES (F. Baudier et al. (dir)), *Baromètre santé adultes 1992, ex-CFES*, 1994.
- ex-CFES (F. Baudier et al. (dir)), *Baromètre santé adultes 1993/1994, ex-CFES*, 1995.
- ex-CFES (J. Arènes et al. (dir)), *Baromètre Santé Médecins généralistes 1994/95, ex-CFES*, 1996.
- ex-CFES (F. Baudier et al. (dir)), *Baromètre santé jeunes 1994, ex-CFES*, 1997.
- ex-CFES (J. Arènes et al. (dir)), *Baromètre santé adultes 1995-96, ex-CFES*, 1997.
- ex-CFES (J. Arènes et al. (dir)), *Baromètre santé jeunes 1997/98, ex-CFES*, 1998.
- ex-CFES (J. Arènes et al. (dir)), *Baromètre Santé Médecins généralistes 1998/99, ex-CFES*, 1999a.
- ex-CFES, *La santé en chiffres, Alcool*, 1999b.
- ex-CFES, *Baromètre santé, premiers résultats 2000, Enquête auprès des 12-75 ans, ex-CFES*, 2000.
- Chauvin P. et al., Précar, Trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, rapport multicopié, nd (2000-2001 ?).
- Choquet M., Ledoux S. Adolescents : enquête nationale, *INSERM*, Paris, 1994.
- Choquet M., Grémy I., Lagadic C., "Existe-t-il une surconsommation de drogue parmi les jeunes de la région parisienne ?", *Revue Epidémiologie et Santé Publique*, 1998a, 46, pp. 183-192.
- Choquet M. et al., Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé, rapport multicopié, 1998b.
- Choquet M. et al., Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999, *Tendances, OFDT*, n° 6, février 2000.

- Choquet M., Weill J.(coord.), "L'alcool et les jeunes, réflexions sur les données disponibles", IREB, Focus, n° 1, premier semestre 2001.
- Comruelle L., Dumesnil S., L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés, 1997.
- Coustou B., Grémy I., Suivi de la toxicomanie et des usagers de drogues en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, 1998.
- Dautzenberg B. et al., Evolution des habitudes tabagiques des collégiens et lycéens parisiens depuis le vote de la nouvelle loi sur le tabac en France (1991-1996), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 24, 1997.
- Embersin C., Grémy I., Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France, Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98, ORS Ile-de-France, mars 2000.
- Emmanuel J., Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS, description, analyse et mise en perspectives des données de vente officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999, Institut de veille sanitaire, novembre 2000.
- EVAL, Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes, Eval, 1998.
- Got C., Thomas C., Etude de l'alcoolémie dans 328 accidents mortels de la circulation, revue de l'alcoolisme, 23, n°1, p.1-12, 1977.
- Got C., Weill J.(sous la direction de), L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France, Editions Seli Arslan, 1997.
- Grémy I., Rubino C., Tendances de la mortalité chez les toxicomanes, Etude bibliographique sur les enquêtes de cohortes, ORS Ile-de-France, mars 1997.
- Grémy I., Halfen S., Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac, ORS Ile-de-France, septembre 2002.
- Guignon N., Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992, Solidarité santé, n° 1, 1994, pp. 171-185.
- Halfen S., Grémy I., Vallauri C., Usages de produits psychoactifs et conduites associées chez les jeunes d'Ile-de-France, Bulletin de santé, ORS Ile-de-France, Crips Ile-de-France, n° 2, mai 2000a.
- Halfen S., Grémy I., Toxicomanies et réduction des risques en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, décembre 2000b.
- Halfen S., Grémy I., Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, février 2002.
- Haut Comité de Santé Publique (HCSP), La santé en France en 1996, La documentation française, 1996.
- Hill C., Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. Arrêt de la consommation de tabac, Conférence de consensus, Paris, Editions EDK, 1998, pp. 67-73.
- Hill C., Tabac et risque de cancer, THS La revue, juin 1999, n° 2, pp. 28-31.
- Hill C., Alcool et risque de cancer, Actualité et dossier en santé publique, n°30, 30 mars 2000.
- IREB, Facteurs prédictifs du niveau d'alcoolisation des Français, enquête décennale d'une cohorte de jeunes. Enquête rétrospective d'un échantillon d'adultes, éd. Ireb, 1996.

- IREB, Les jeunes français face à l'alcool, Enquête jeunes 1996, Dossier de presse, 24 juin 1997.
- IREB, Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution, Ireb, Princeps Edition, Paris, 1998.
- IREB, Les adolescents français face à l'alcool. 2ème enquête transversale - 2001, à paraître.
- Joubert M. et al., Précarisation, risque et santé, Editions Inserm, 2001.
- Kandel D., Chen K., Warner LA., Kessler RC., Grant B., Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population, Drug Alcohol Depend 1997, 44 : 11-29.
- Maresca B., Le Quéau P., Badeyan G., Rotbart G., "Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin", Etudes et Résultats, n° 78, août 2000.
- Ménard C., Les jeunes Français et l'alcool, CFES, Santé de l'homme, n° 320, 1995, pp. 17-22.
- Navarro F. et al., Les comportements de santé des jeunes, Consommation de substances psychoactives, résultats préliminaires (enquête HBSC/OMS), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 48, 1999.
- Perkonig A., Lieb R., Hofler M., Schuster .P, Sonntag H., Wittchen HU., Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents, Addiction 1999, 94 : 1663-1678.
- Perkonig A., Lieb R., Wittchen HU., Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample, Eur Addict Res 1998, 4 : 58-66.
- De Peretti N., Leselbaum N., Tabac, alcool, drogues illicites : opinions et consommations des lycéens, INRP, 1995.
- De Peretti N., Leselbaum N., Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions, INRP-OFDT, avril 1999.
- Poulton R., Cannabis use in young New Zealanders, letter; comment. N Z Med J 1997, 110 : 279.
- Reynaud M., Parquet PJ., Les personnes en difficulté avec l'alcool (rapport de mission 1998), CFES, Collection Dossiers techniques, 1999.
- Reynaud M, Le Breton P, Gilot B, Vervialle F et Falissard B. L'alcoolémie est positive dans 2 accidents mortels sur trois la nuit. La revue de Praticien Médecine générale 25 novembre 2002, 16 :593, p1701-1706.
- Robertson JR., Miller P. et Anderson R., Cannabis use in the community, Br J Gen Pract, 46, 1996, pp. 671-674.
- Six C., Hamers F., Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement, rapport global sur les 10 semestres d'enquête juillet 1993 à juin 1998, Ceses, 1998.
- Slama K., Karsenty S., Hirsch A., Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised controlled trial in France, Tobacco Control, 1995 ; 4:162-169.
- Slama K., Le conseil minimal d'aide à l'arrêt des fumeurs, in ANAES, AP-HP. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998. Paris : EDK, 1998 : pp 178-183.
- Tellier S., "La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales", Dress, Document de travail, coll. statistiques, n° 19, février 2001.