# Parcours des usages de drogues en France : observation et analyse démographique

Cauchi-Duval Nicolas

▶ **To cite this version:**

Cauchi-Duval Nicolas. Parcours des usages de drogues en France : observation et analyse démographique. Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université Montesquieu - Bordeaux IV, 2009. Français. NNT : . tel-00439166

**HAL Id: tel-00439166**

**https://theses.hal.science/tel-00439166**

Submitted on 7 Dec 2009

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ MONTESQUIEU - BORDEAUX IV**

ÉCOLE DOCTORALE de SCIENCES ÉCONOMIQUES, GESTION ET DÉMOGRAPHIE (E.D.42)

Doctorat en Démographie

**Nicolas CAUCHI-DUVAL**

# Parcours des usages de drogues en France : observation et analyse démographique

Thèse dirigée par Mme **Chantal BLAYO,** Professeur des Universités,

Soutenue le **20 novembre 2009**

**Jury :**

**Mme Chantal BLAYO,**
Professeur, Université Montesquieu – Bordeaux IV**, Directrice de thèse,**

**M. Pierre CANTRELLE ,**
Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement,

**M. Alfred DITTGEN,**
Professeur, Université Panthéon-Sorbonne Paris I, **Rapporteur,**

**M. Arié MIZRAHI,**
Directeur de recherche, Arguments Socio-Économiques pour la Santé, **Rapporteur.**

**UNIVERSITÉ MONTESQUIEU - BORDEAUX IV**

ÉCOLE DOCTORALE de SCIENCES ÉCONOMIQUES, GESTION ET DÉMOGRAPHIE (E.D.42)

Doctorat en Démographie

**Nicolas CAUCHI-DUVAL**

# Parcours des usages de drogues en France : observation et analyse démographique

Thèse dirigée par Mme **Chantal BLAYO,** Professeur des Universités,

Soutenue le **20 novembre 2009**

**Jury :**

**Mme Chantal BLAYO,**
Professeur, Université Montesquieu – Bordeaux IV**, Directrice de thèse,**

**M. Pierre CANTRELLE ,**
Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement,

**M. Alfred DITTGEN,**
Professeur, Université Panthéon-Sorbonne Paris I, **Rapporteur,**

**M. Arié MIZRAHI,**
Directeur de recherche, Arguments Socio-Economiques pour la Santé, **Rapporteur.**

## RÉSUMÉ

L'épidémie de SIDA a impliqué, au milieu des années 1980, une accélération de la réorientation des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues. Elle a notamment conduit à la mise en place d'un système de soins chargé d'accueillir les toxicomanes. Indirectement, cela a permis de bénéficier de nouvelles sources de données qui ont autorisé une meilleure connaissance du phénomène d'usage de drogues. Néanmoins, les parcours d'usage ne peuvent que rarement être étudiés. Soit les sous-populations sont non représentatives de l'ensemble des usagers de drogues, soit le mode de collecte biaise les indicateurs qui peuvent être obtenus.

Nous avons donc d'une part présenté la sélection opérée sur les différentes sous-populations d'usagers de drogues et proposé les méthodes de collecte qui éviteraient de telles sélections. D'autre part, nous avons élaboré, à partir des principes de l'analyse démographique, une estimation des biais induits par l'utilisation d'enquêtes en population générale afin de nous assurer de leur possible utilisation.

Il semble que les biais sont assez faibles pour que puissent être réalisées des études qui n'en souffrent pas trop. Ce n'est toutefois que par le renouvellement de ce type d'enquêtes que les mesures pourront être affinées et nous en convaincre avec certitude. Il est toutefois dès à présent certain qu'une amélioration des données collectées est nécessaire pour comprendre la dynamique qui participe au renouvellement des sous-populations d'usagers de drogues. Il est à ce jour évident que plusieurs types d'usage de drogues existent, mais aucune source de données ne permet en France de mesurer la modification d'un type d'usage à un autre.

**DRUGS USES COURSES IN FRANCE: OBSERVATION AND DEMOGRAPHIC ANALYSIS**

## SUMMARY

The epidemic of AIDS has implied, in the middle of the 80's, an acceleration of the public politics reorientation towards drugs users. It had permitted the creation of a healthcare system to welcome the drug addicts. Indirectly, it permits to gather some new data sources that had allowed a better knowledge of the drugs uses phenomenon. Nevertheless, uses courses can rarely be studied. Either sub-populations are non-representative of all the drugs users, or the collection method biass the indicators which can be obtained.

On one hand we have presented the selection operated on the various sub-populations of drug users and propose the methods of collection with would avoid such selections. On the other hand, we have made, from demographic analysis principles, an estimation measure of the errors induced by survey in the general population to make sure of their eventual good use.

It seems that the mistakes are low enough to realize some studies which do not suffer from it to much. It's only with the renewal of this kind of survey that the measures will be improve and convince us. But we are sure that it is necessary to improve the collected datas to understand the dynamic that is involved in the renewal of drugs users sub-populations. It is obvious that several types of drug uses exist, but no data source ables in France to measure the changes from a use type to another.

**MOTS-CLÉS**: Usages de drogues ; Toxicomanie ; Mortalité différentielle ; Simulation

**KEY WORDS**: Drugs uses; Addiction; Differential mortality; Simulation

**INSTITUT D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES DE L'UNIVERSITÉ MONTESQUIEU-BORDEAUX IV**
**Université Montesquieu-Bordeaux IV**
**Avenue Léon Duguit**
**33608 Pessac Cedex**

*À mon frère, À ma sœur.*

***Remerciements***

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Chantal Blayo qui, par son enseignement, m'a offert la satisfaction d'enfin trouver ce que j'étais venu chercher à la faculté sans savoir jusqu'alors de quoi il s'agissait, à savoir une réflexion rigoureuse appuyée sur une analyse critique affranchie de toute idéologie. Merci également d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir accompagné au cours de cette initiation à la recherche, en sachant m'accorder la liberté dont j'avais besoin.

Je souhaite ensuite remercier les rapporteurs et autres membres du jury qui ont accepté de consacrer du temps et de l'attention à ce travail.

Je ne peux également que remercier l'ensemble des membres de l'IEDUB, enseignants –chercheurs et doctorants. Les riches discussions auxquelles ils m'ont permis de participer n'auront eu de cesse d'apporter des éléments à ma réflexion, qu'elle soit personnelle ou professionnelle. Un merci particulier à Christophe Bergouignan pour les conseils qu'il m'a prodigué et le temps qu'il m'a accordé malgré les nombreuses responsabilités chronophages dont il est en charge. Un merci tout particulier à ceux qui ont, pour une raison particulière qu'ils connaissent, participé à la réalisation de ce travail : Aurélien Dasré, Paskall Malherbe, Nicolas Rebière, et Christophe Zaepfel.

Enfin, il m'est impossible de poursuivre ces remerciements sans penser à ceux qui m'ont toujours entouré ou qui sont, au cours du chemin, venus à ma rencontre.

Merci à mes amis qui sont restés à mes côtés durant tout ce temps, malgré les nombreuses fois où je leur ai fait défaut. Merci tout particulièrement à Nina qui m'a apporté tout au long de ces années encouragements, réconfort, et m'a également fait bénéficié de son esprit, aussi critique qu'il est ouvert. Merci également à Nico qui a su supporter, depuis quelques années déjà, mon organisation chaotique, pour sa participation plus que paritaire aux obligations qu'impose la vie en collectivité et qui par son aide, m'a permis de profiter plus agréablement de mon temps libre. À Claire, Laurent et Marike, merci pour leur amitié si précieuse et les moments de décompression qu'ont apporté les instants passés avec eux. Merci également à tous ceux que j'oublie lors de la rédaction de ces mots, mais qui ont sans nul doute participé à ce travail.

Pour finir, merci à Hyppolite dont la présence parfois oubliée fût plus qu'indispensable. Merci enfin à Clarisse qui m'a, à de nombreuses reprises, permis de me détendre, bien que l'attention que je lui ai porté a parfois été, plus que de raison, distrayante.

**INTRODUCTION GÉNÉRALE ..... 15**

**PREMIÈRE PARTIE : DU DROGUÉ AUX USAGES DE DROGUES ; PRÉSENTATION ET MODALITÉS D'ANALYSE DU PHÉNOMÈNE..... 21**

*CHAPITRE 1 : UN PHÉNOMÈNE AUX PROBLÉMATIQUES EN CONSTANTE ÉVOLUTION : CONTEXTE, ÉVALUATIONS QUANTITATIVES ET ORIGINES ..... 25*

*CHAPITRE 2 : ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE D'UNE SOUS-POPULATION SPÉCIFIQUE D'USAGERS DE DROGUES : LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LES CSST ..... 83*

*CHAPITRE 3 : ÉLABORATION THÉORIQUE DE L'OBSERVATION DE L'USAGE DE DROGUES : RÉFLEXIONS SUR LA COLLECTE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DE L'ANALYSE QUANTITATIVE A MENER..... 147*

**SECONDE PARTIE : ESTIMATION QUANTITATIVE DES PARCOURS D'USAGE DE DROGUES ET MESURE DES BIAIS LIES A L'OBSERVATION ..... 215**

*CHAPITRE 1 : ILLUSTRATION DES BIAIS DE MESURE INDUITS PAR LA MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ..... 219*

*CHAPITRE 2 : CARACTÉRISTIQUES DES EXPÉRIMENTATEURS DE DROGUES ET DE LEURS ENTRÉES DANS L'USAGE ..... 257*

*CHAPITRE 3 : ANALYSE DES PARCOURS D'USAGE DE DROGUES ..... 331*

*CHAPITRE 4 : L'UTILISATION DES PROJECTIONS : UN OUTIL PROSPECTIF ET D'ESTIMATION DES BIAIS ..... 379*

**CONCLUSION GÉNÉRALE ..... 399**
**ANNEXES ..... 407**
**BIBLIOGRAPHIE ..... 471**
**LISTE DES SIGLES ..... 485**
**INDEX DES GRAPHIQUES, TABLEAUX ET FIGURES ..... 487**
**TABLE DES MATIERES ..... 495**

# Introduction générale

La drogue est l'un des sujets pour lesquels il est facile de se laisser guider par des sentiments personnels, ce qui nuit à l'objectivité des positions que l'on peut prendre. Les points de vue sont souvent orientés en faveur ou défaveur des drogues selon que la représentation qu'on s'en fait est diabolisée ou idéalisée. Ceux pour qui la complexité du thème abordé apparaît comme trop importante pour qu'ils se permettent de s'exprimer sans risquer de céder à la tentation d'une prise de position trop peu nuancée préfèreront alors ne pas participer à un débat sur le sujet. La difficulté du sujet tient en fait à son aspect protéiforme. Sans faire la liste exhaustive des spécialités qui peuvent aborder la thématique des drogues, signalons quelques-unes d'entre elles. Le statut juridique des stupéfiants fait que les drogues relèvent du droit pénal. Elles tiennent également de la médecine pour plusieurs raisons. Les substances psychotropes sont en effet utilisées comme outil de gestion de la douleur et font ainsi figure de remède. *A contrario*, les conséquences néfastes qu'entraînent les substances sur l'organisme confèrent aux drogues le statut de facteur explicatif de certaines pathologies. Ces pathologies peuvent d'ailleurs être d'ordre physiologique (dépressions respiratoires, cancers pulmonaires, …) ou psychiatrique ; c'est notamment le cas lorsque l'usage de drogues devient un usage toxicomaniaque. La psychiatrie est en outre l'une des disciplines qui tentent d'expliquer les raisons de l'initiation des usages, au même titre que la psychanalyse ou la génétique. Enfin, la sociologie ou encore l'économie tenteront autant d'expliquer les raisons des usages que de connaître leurs conséquences socioéconomiques.

Au regard des nombreux domaines d'implication des drogues, on comprend alors l'importance que représente la connaissance de l'effectif de la population concernée par l'usage de drogues. Toutefois, disposer isolément du nombre d'usagers de drogues n'a que peu d'intérêt en soi. Si on souhaite savoir si la population des usagers de drogues s'accroît ou au contraire se réduit, il est nécessaire de disposer d'une série d'effectifs. Pour autant, cela ne nous informe pas de la dynamique de la sous-population des usagers de drogues. Or, c'est par la connaissance de cette dynamique qu'on peut espérer agir efficacement sur les composantes du renouvellement de cette sous-population. En effet, un même accroissement de l'effectif des consommateurs de drogues peut résulter d'une combinaison variable du nombre d'entrées et de sorties de cette sous-population. De même, on considèrera différemment une baisse de l'effectif des usagers de drogues selon qu'elle résulte de sorties massives par décès des usagers de drogues ou de l'arrêt des consommations. Ainsi, il convient de ne pas s'intéresser qu'aux seuls stocks d'individus qui constituent la sous-population des usagers de drogues, mais d'entreprendre une analyse des flux qui engendrent ces stocks. Précisons dès à présent que les usagers de drogues ne forment pas une sous-population homogène et qu'il existe plusieurs types d'usage. Par conséquent, on doit s'intéresser aux flux de populations qui participent au renouvellement de la sous-population, mais également à ceux qui font transiter les usagers d'un type d'usage à un autre. Autrement dit, c'est le parcours des usages de drogues, au travers des populations qui présentent ces usages, qu'il est intéressant d'analyser.

L'analyse démographique se prête alors particulièrement bien à l'étude des parcours d'usage en raison de plusieurs éléments. Le premier est qu'elle permet d'étudier l'imbrication des usages de drogues dans les parcours de vie des individus en décomposant les différents phénomènes qui concourent à l'observation de ces parcours. En effet, certains phénomènes sont concurrents, c'est-à-dire que la manifestation des uns empêche la survenue des autres. Par exemple, la mortalité qui s'applique aux personnes n'ayant jamais consommé de drogue empêche que l'on observe une partie des nouvelles consommations. De même, lorsque cette mortalité se manifeste auprès de consommateurs de drogues, cela entraîne que certains arrêts de la consommation ne seront pas observés. Les méthodes de l'analyse démographique permettent alors de prendre une mesure des phénomènes en l'absence de phénomènes perturbateurs. Ici, la mortalité perturbe les phénomènes que l'on souhaite étudier ; à savoir respectivement la première consommation de drogue et l'arrêt de la consommation. On peut cependant tout autant étudier la mortalité des usagers de drogues. Dans cette situation, l'arrêt des consommations devient alors un des évènements perturbateurs. De nombreux évènements peuvent favoriser, ou au contraire, réduire l'usage de drogues. On peut penser par exemple à

l'arrivée d'une grossesse comme frein aux consommations. En réalisant alors une mesure de l'usage de drogues en l'absence de grossesses, il est possible, en le comparant aux données observées, de savoir combien de nouvelles consommatrices ne le sont en fait pas devenues en raison de leur grossesse. Le second élément qui justifie que l'on étudie les parcours d'usage de drogues par l'intermédiaire des méthodes de l'analyse démographique tient au fait que l'assuétude à laquelle peuvent être soumis les usagers de drogues et les concepts fondamentaux de l'analyse démographique reposent sur des principes analogues. En effet, les modifications du type d'usage relèvent principalement du renouvellement des consommations et de leur durée d'action. On entend ici par durée d'action, non seulement la période au cours de laquelle le principe actif des produits consommés fait son effet, mais également celle au cours de laquelle le cerveau garde en mémoire ses effets sur le « système de récompense » (Lowenstein [2005]). Par conséquent, la durée écoulée depuis la dernière consommation effectuée représente un élément essentiel de la potentielle survenue d'une nouvelle consommation[1]. Or, l'un des principaux éléments par lesquels se distingue l'analyse démographique des autres approches quantitatives est qu'elle tient compte de la date d'occurrence de la survenue des évènements comme élément constitutif de sous-groupes de population appartenant à une même cohorte. Ainsi, les individus s'avèrent être plus homogènes que dans une situation où les individus sont considérés dans un ensemble non différencié, selon qu'ils aient ou non connu les évènements nécessairement antérieurs au cours d'une même période (Blayo [1991]). Adapté au phénomène d'usage des drogues, il est implicitement sous-entendu que la durée écoulée depuis l'initiation d'un type de consommation influence la survenue d'un nouveau type de consommation ; principe même du processus d'addiction intrinsèque aux produits psychotropes.

La contrepartie de la possible application des méthodes de l'analyse démographique à l'étude d'un phénomène est qu'une collecte de données rigoureuse est nécessaire (Henry [1963]). La diversité des approches de l'usage de drogues ainsi que le caractère en partie illégal de celui-ci rendent son observation particulièrement sensible puisque l'usage de drogues est non seulement réprimé, mais parfois également stigmatisé. Ce particularisme explique que la collecte de données ne puisse pas s'effectuer au travers des modalités usuellement mises en place, et qu'elle nécessite d'être adaptée. Il convient donc

[1] Précisons que la composante neurologique des drogues n'est pas ici identifiée comme le facteur explicatif privilégié de leurs usages, mais comme une condition *sine qua non* dont on ne peut pour autant être assuré qu'elle soit suffisante.

préalablement de s'assurer que les données actuellement disponibles permettent d'effectuer convenablement les mesures que l'analyse démographique nous offre.

Dans une première partie, nous exposerons le contexte dans lequel s'est développé l'usage de drogues, que ce soit au niveau institutionnel, ou au travers de la perception des individus qui constituent la population. L'évolution de ce contexte ayant sans nul doute modifié les sources de données disponibles à partir desquelles il est possible de réaliser des études quantitatives relatives aux usagers de drogues, celles-ci seront exposées en prenant soin de spécifier les éventuels biais qui leur sont liés. Il sera porté un intérêt tout particulier à la sélection des usagers opérée. En effet, une importante part des données disponibles est collectée à l'occasion de la rencontre des usagers de drogues avec les institutions publiques du fait de leur usage. Il faudra alors voir dans quelle mesure ces collectes concernent l'ensemble de la population des usagers de drogues, ou dans le cas contraire, quels sont les usagers qui sont intégrés au système d'information. Nous présenterons en quoi, malgré certains biais, ces différentes sources de données nous permettent d'avoir néanmoins quelques connaissances sur les évolutions tendancielles des usages et de certaines de leurs conséquences. Les mesures des conséquences de l'usage de drogues qui peuvent être réalisées sont principalement d'ordre sanitaire. Cela résulte en fait des nouvelles orientations des politiques publiques à l'égard des usages de drogues. Cette réorientation gouvernementale a indirectement favorisé la disponibilité des données des usagers de drogues pris en charge par le système de soins. Nous nous attacherons donc ensuite à l'étude d'une sous-population particulière d'usagers, celle des patients pris en charge dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes. Nous tenterons alors d'appliquer les principes de l'analyse démographique pour distinguer les différents parcours d'usage qu'ont connus les individus. À cette occasion, nous en profiterons pour présenter les raisons pour lesquelles, au sein même d'une sous-population d'usagers dont on connaît les contours, de nombreux biais perturbent encore l'analyse. Toutefois, nous soulignerons également les informations qui malgré ces biais restent perceptibles. Une fois ces démarches effectuées, il sera alors possible de proposer théoriquement une observation qui souffrirait le moins possible des biais énoncés. Pour y parvenir, nous procéderons à une présentation des différents types d'usage qui peuvent être identifiés et aux modalités de leur identification. Par là même, on balisera ainsi les parcours d'usage de drogues que l'on souhaiterait étudier. Les propositions théoriques d'une collecte non biaisée seront non seulement relatives aux informations collectées, mais également aux méthodes utilisées pour en faire la collecte. En effet, plusieurs éléments relatifs à l'usage de drogues font que les méthodes d'observation actuelles ne peuvent satisfaire pleinement à l'obtention d'une mesure

non biaisée. Après justification d'une telle impossibilité, nous présenterons en quoi la mise en place d'un mode de collecte alternatif s'avère nécessaire. Pour cela, nous énoncerons non seulement les principes conceptuels de ce mode de collecte, mais nous effectuerons également une simulation qui illustrera en quoi il s'avère plus apte à l'obtention d'une mesure non biaisée. Les biais auxquels nous proposons d'échapper par ce nouveau mode de collecte sont également de nature sélective. Ils se différencient toutefois des biais de sélection que nous avions mentionnés lorsque ceux-ci viennent du fait que la collecte ne cible qu'une sous-population particulière d'usagers de drogues. En effet ici, la sélection que nous souhaitons éviter est celle qui s'explique en raison de sorties différentielles des usagers de drogues de la population observée et observable.

L'absence d'un mode de collecte tel que celui proposé empêche d'obtenir des mesures non biaisées. La seconde partie de ce travail consistera alors à prendre une mesure de ces biais. Pour y parvenir**,** nous procèderons à l'exploitation des données d'enquêtes en population générale, et particulièrement les données des enquêtes baromètre santé que réalise l'INPES[2]. Celles-ci ne sont pas totalement exemptes d'une sous-représentation d'une certaine frange des consommateurs de drogues puisqu'elles sont réalisées par téléphone et ne permettent ainsi pas de contacter les populations les plus marginalisées. Pourtant, elles présentent l'avantage de ne pas se restreindre aux seuls usagers de drogues en contact avec les institutions, et permettent d'avoir une connaissance d'usages moins importants. Grâce à ces enquêtes, et à l'élaboration de nouveaux indicateurs s'appuyant sur les principes de l'analyse démographique, nous vérifierons l'existence d'une sortie différentielle des usagers de drogues que l'on peut certainement assimiler à une mortalité différentielle, et en prendrons la mesure. Par la suite, nous transposerons les principes de l'analyse démographique aux individus enquêtés en faisant l'hypothèse qu'il n'existe pas de biais. Une telle analyse ne peut toutefois être réalisée avec un même niveau de détail pour l'ensemble des drogues. Seules les plus répandues pourront faire l'objet d'une étude qui puisse décomposer les différentes composantes de l'usage de drogues. C'est pourquoi dans un premier temps, ce n'est que l'expérimentation des substances qui sera analysée. De cette manière, nous pourrons disposer d'un minimum d'informations sur l'ensemble des substances considérées dans l'enquête. Ces informations, bien que relativement partielles**,** présentent néanmoins l'avantage de pouvoir être mises en relation avec celles obtenues chez les patients intégrés au système de soins. Dès lors, sans être en mesure de quantifier l'effet de sélection qui s'opère entre l'expérimentation

[2] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

et l’usage qui nécessite que les usagers soient pris en charge, nous pourrons présenter les facteurs qui participent à cette sélection. Dans un second temps, nous restreindrons notre analyse aux deux seuls produits pour lesquels il est, au regard des données disponibles, possible d’étudier la survenue d’usages plus intenses, c’est-à-dire le tabac et le cannabis. À cette occasion, nous prendrons soin de décomposer et d’analyser les différents phénomènes qui participent à la constitution des différentes sous-populations d’usagers. C’est pourquoi nous nous intéresserons particulièrement à la survenue de l’usage régulier ou encore à l’arrêt des consommations. Au-delà de la seule compréhension des modifications de comportements d'usage qui participent à l’observation d’une variation des stocks d’usagers, les mesures que nous aurons effectuées vont nous permettre dans un dernier temps de prendre la mesure des biais dus à une sortie différentielle des usagers entre 2000 et 2005. Les mesures seront réalisées en confrontant les données observées en 2005 à celles que l’on obtient en appliquant aux individus observés en 2000 les comportements déclarés entre 2000 et 2005. L’écart de ces données observées et simulées nous donnera alors une estimation des biais contenus dans les enquêtes en population générale.

# <u>Première partie</u> :

# Du drogué aux usages de drogues ; présentation et modalités d'analyse du phénomène

Si les facettes des phénomènes d'usage de drogues sont multiples, il est possible de les synthétiser très grossièrement par deux questions essentielles :

- comment s'explique le fait que certains feront ou non tel ou tel usage de drogues ?
- quelles sont les conséquences de ces usages ?

Au croisement de ces deux questions se pose alors celle de savoir combien d'individus sont concernés. À défaut d'une mesure exacte, on dispose à l'heure actuelle d'ordres de grandeur révélant qu'il s'agit d'un effectif non négligeable, ce qui justifie qu'on s'y intéresse. La difficulté du dénombrement porte en fait à présent plus sur le type d'usagers que l'on souhaite compter. On pourrait être tenté de ne s'intéresser qu'à certaines substances, ou à certains usagers. L'évolution relativement récente des connaissances scientifiques, mais également celle de l'environnement social dans lequel s'est développé l'usage de drogues en France, nous laisse penser qu'il est préférable d'appréhender le phénomène de manière plus globale. Si les raisons en seront explicitées, nous pouvons dès à présent le justifier du simple fait qu'il faille, pour comprendre un processus tel que l'usage de drogues, être en mesure de distinguer l'ensemble des étapes qui le caractérisent, et non se restreindre à l'une d'entre elles, ou bien à une sous-population n'ayant été soumise qu'à certaines de ces étapes.

Les sources de données disponibles vont largement influencer le champ des possibles en ce qui concerne l'espoir de distinguer l'ensemble des éléments qui participent au déroulement d'un tel processus. Dispose-t-on actuellement des données nécessaires ? Dans le cas où cela s'avèrerait ne pas être le cas, comment y parvenir ? Les développements qui vont suivre montrent que le dispositif d'information actuel, bien qu'amélioré, ne le permet pas encore, et nécessite quelques modifications, parfois minimes d'autres fois plus importantes. Dans de telles circonstances, il convient alors de présenter le cadre théorique d'analyse dans lequel nous nous plaçons afin de pouvoir énoncer et expliquer les améliorations à apporter. Pour parvenir à cette présentation, quelques préalables et illustrations s'avèrent alors nécessaires.

Le chapitre premier sera consacré aux modifications du contexte dans lequel a pu se développer l'étude de l'usage de drogues. En effet, avec les nouvelles perceptions de la drogue, les données disponibles s'en sont trouvées également modifiées. Nous verrons alors quelles sont celles sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour illustrer le développement des consommations des différentes drogues. La mesure de la morbi-mortalité consécutive de l'usage des différentes substances permettra par ailleurs de spécifier en quoi le concept de drogue s'est peu à peu développé pour englober certaines substances qui, auparavant, n'y

étaient pas assimilées. Il sera alors également utile de retracer un bref historique du phénomène pour comprendre plus aisément les raisons de ces évolutions.

Le second chapitre s'attachera plus particulièrement à l'analyse qui peut être menée auprès d'une sous-population spécifique d'usagers de drogues qu'est celle des patients pris en charge par un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Au travers de cette sous-population, nous pourrons présenter les questions qui peuvent se poser à l'égard des usagers de drogues. Quelles sont leurs caractéristiques sociodémographiques ? Quels sont les usages qu'ils font des drogues, ou encore quels sont les parcours d'usage qu'ils ont connus ? Nous pourrons également tenter de souligner l'influence de l'évolution présentée préalablement sur les usages de drogues. Ce sera notamment l'occasion de voir si les politiques publiques ont un réel impact sur les comportements d'usage ou si, au contraire, celles-ci restent inefficaces. Si nous aurons alors l'occasion de présenter les prémices de ce que pourraient êtres les mesures de l'analyse démographique transposées à notre objet d'études, ce sera malheureusement également l'occasion de présenter en quoi il conviendrait d'améliorer encore le système d'observation.

Dans le chapitre trois, nous prendrons alors le temps de redessiner les contours du phénomène auquel nous nous intéressons pour présenter par la suite les données sur lesquelles il pourrait être espéré que soient réalisées les méthodes de l'analyse démographique. Pour cela, nous en rappellerons brièvement les principes, et présenterons les difficultés auxquelles nous confrontent leurs transpositions à l'étude de l'usage de drogues. Enfin, parce que l'observation des phénomènes d'usage de drogues se voit par nature soumise aux différents biais intrinsèques aux différentes modalités de collectes, nous proposerons les modalités d'une méthodologie qui permettrait de corriger ces biais.

# <u>Chapitre 1</u> : Un phénomène aux problématiques en constante évolution : contexte, évaluations quantitatives et origines

L'attention publique s'est récemment portée sur le problème des consommations de drogues, et ce, particulièrement au milieu des années 1980 avec l'avènement de l'épidémie de SIDA. Les toxicomanes, qui jusqu'alors ne se trouvent sous les feux de la rampe que lorsqu'il est question de délinquance, s'avèrent être l'une des sous-populations victimes d'un mal qui peu à peu devient l'un des sujets d'inquiétude les plus communément partagés. C'est en fait dès le début des années 1970 qu'une volonté politique de reconsidérer les modalités d'action à l'égard des usagers de drogues a vu le jour. Jusqu'alors uniquement considéré sous l'angle de la répression, l'usage de drogues devient un problème sanitaire auquel il convient de répondre par une prise en charge des usagers. L'offre de soins ne répond malheureusement pas immédiatement aux besoins qu'impose la nouvelle législation. Ce n'est réellement que lorsque sont initiés les traitements de substitution aux opiacés que la demande est résorbée. Le regard étatique ne s'est pas non plus modifié indépendamment de la perception des drogues par la population. Les niveaux d'usage et l'opinion qu'ont les individus des drogues s'influencent réciproquement, et impactent dès lors les conséquences de ces usages. Nous tenterons de procéder rapidement à la mesure statistique des évolutions des usages de drogues et de leurs conséquences. Pour ce faire, il conviendra de présenter l'ensemble des sources disponibles en prenant soin d'expliquer leurs limites, et les raisons pour lesquelles celles-ci ne permettent d'obtenir qu'une vision partielle du phénomène qui nous intéresse. On pourra toutefois avoir une première appréhension des grandes tendances d'usage au cours des dernières décennies. S'agissant des conséquences sanitaires des usages, nous présenterons en quoi les mesures s'avèrent bien moins évidentes à mettre en place qu'il ne pourrait y paraître de prime abord. Afin de mieux comprendre les raisons des évolutions mises en évidence au plan statistique, ainsi que les modifications qu'a connues l'opinion publique à l'égard des produits psychotropes, nous retracerons brièvement l'historique des drogues et le comportement qu'ont eu les civilisations modernes qui luttent actuellement contre elles.

## ***Section 1*** *- Le contexte socioculturel et ses évolutions*

La transformation opérée en matière de drogues au cours des quarante dernières années relève d'une considération nouvelle du phénomène. La mise en place d'une juridiction inédite au début des années 1970 accepte le principe d'une approche sanitaire des consommations de drogues, sans pour autant répondre immédiatement aux besoins de soins qu'elle souligne. Il sera donc exposé les circonstances qui ont entraîné l'application concrète d'un tel retournement ; et par là même, la perception qu'en ont acquise les populations au point que la drogue puisse devenir un élément d'identification et de distinction d'une partie de celles-ci.

### §1 – Une profonde modification des politiques publiques

#### I – Sortir d'une vision archétypale des drogues

Jusqu'à la fin des années 1960, le phénomène des drogues en France n'est abordé qu'au travers de l'image de l'héroïnomane. Ceci tient alors plus d'un imaginaire collectif que de réelles connaissances scientifiques dans la mesure où peu de recherches sont effectuées du fait qu'en raison de l'absence de système d'observation, un faible nombre de données peut être exploité. Par ailleurs, bien que perçue comme particulièrement négative, la toxicomanie liée à la consommation d'héroïne reste considérée comme un comportement marginal. Sa faible prévalence limite donc grandement l'impact qu'elle pourrait avoir sur le bon fonctionnement de la société et explique en partie le peu d'intérêt qui lui est porté. Les propos du Dr. P. Benoussan, relatés dans un article du journal *Le Monde* datant du 2 juillet 1969, illustrent la situation d'une période où « la question des drogues » est encore largement méconnue : *« Périodiquement, à l'occasion d'un fait divers, d'un acte de violence commis sous l'empire d'un état d'intoxication aiguë ou de la publication de quelques statistiques d'ailleurs souvent mal exploitées, l'opinion publique paraît découvrir, avec l'effroi d'une conscience jusque-là tranquille, ce qui est convenu d'appeler le problème de la drogue. Elle s'en émeut, s'en indigne, réclame le sacrifice d'un bouc émissaire, propose des mesures*

*souvent plus spectaculaires qu'efficaces, puis, rapidement, tout retombe dans l'apaisant oubli du devoir supposé accompli »* (Olievenstein [1978]).

Jusqu'alors, la toxicomanie reste une question de citoyenneté, en cela qu'elle concerne la consommation de produits prohibés, et n'apparaît pas encore comme un problème sanitaire. Les toxicomanes, lorsqu'ils sont pris en charge par un système de soins, sont intégrés à des services psychiatriques non spécialisés (Coppel [1996]). Seuls l'hôpital Sainte-Anne et l'hôpital Marmottan se distinguent dans l'offre de soins proposée par leur unité semi-spécialisée. C'est au travers de la loi du 31 décembre 1970[3] que les pouvoirs publics révèlent la drogue comme un questionnement d'ordre sanitaire en attribuant à l'usager de drogues le double statut ambigu de délinquant et de malade. Si celle-ci réprime le trafic et sanctionne l'usage de stupéfiants, elle propose, au-delà de la seule répression, une alternative thérapeutique permettant à l'usager d'éviter les poursuites s'il décide spontanément de se faire traiter.

Afin d'établir les modalités pratiques de la prise en charge de ces nouveaux malades, les ministères de la Justice et de la Santé précisent conjointement, en 1971, les établissements agréés pour entreprendre des cures de désintoxication. Reste que l'arrivée d'un public perçu comme agitateur, constitué de « malades pas comme les autres », est difficilement acceptée par le monde hospitalier traditionnel (Bergeron [1999]). La nécessité de structures spécialisées se fait par conséquent rapidement ressentir, et une prise en charge professionnalisée, s'appuyant la plupart du temps sur l'élaboration de traitements de type psychothérapeutique, s'organise peu à peu au cours des années 1970. Les prises en charge alternatives telles que les communautés thérapeutiques[4] et les traitements de substitution se voient, tout du moins à cette époque, rejetés par l'officialisation des précédentes (Pelletier [1978]).

Malgré tout, la voie judiciaire reste toujours la plus empruntée en raison, comme l'évoquent les magistrats, d'un nombre de structures trop peu important pour que puissent être accueillis de plus nombreux consommateurs de drogues en prise avec la justice (Simmat-Durant *et al.,* [1998]). Ce n'est qu'au cours des années 1980 que se développent, dans beaucoup de départements français, les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Ces structures, administrées par des associations ou des établissements publics de

[3] Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

[4] L'écoute et la prise en charge s'effectuent par d'anciens toxicomanes sans que soit établie une franche distinction entre le personnel soignant et soigné. Ce genre d'expériences thérapeutiques s'est plus largement développé aux États-Unis sous la dénomination de « *free-clinics* »

santé, permettent alors d'offrir un nombre de cures de sevrage bien plus conséquent. Psychologues et psychiatres occupent dans ces centres une place de plus en plus importante, ce qui généralise les accompagnements psychothérapeutiques. La distribution de méthadone[5] n'ayant été autorisée qu'à titre expérimental pour deux services hospitaliers, l'apport médicamenteux, en vue d'atteindre l'objectif de sevrage, se limite alors à la prescription de tranquillisants et/ou de neuroleptiques.

Alors qu'un climat de suspicion persiste en France autour de l'utilisation de produits de substitution aux opiacés pour le traitement des toxicomanes (dont la méthode est utilisée en Angleterre dès 1924), cette approche s'est développée progressivement des années 1960 à 1980 dans d'autres pays d'Europe, notamment les Pays-Bas, le Danemark, la Suisse, l'Italie et l'Espagne, mais également aux États-Unis et au Canada (Rihs-Middel *et al., [*1995]). Ce n'est qu'au début des années 1990, et en raison du nouveau contexte dans lequel la question des drogues se pose, que l'utilisation de ces méthodes est alors effective.

## II – L'avènement d'un nouveau risque sanitaire : les années SIDA[6]

C'est en juin 1984 que sont diagnostiqués les premiers cas de SIDA chez des personnes dont l'origine supposée de la contamination est l'injection de drogues par voie intraveineuse. Apparaissent alors, dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 18 février 1985, les trois premiers cas de ce *« groupe à risque identifié »* encore référencé sous le terme de « toxicomanes » (DGS[7] [1985]). La question de mettre à la disposition des usagers de drogues un matériel d'injection stérile se pose depuis qu'a été mise en évidence, dès 1981, la relation existant entre usage de drogues injectables et infection par le VIH[8]. Il faut toutefois attendre six années pour que soit permis en France l'accès libre aux seringues en officine pharmaceutique par la mise en place d'un décret à titre provisoire d'un an[9]. En effet, depuis 1972 les seringues ne sont mises en vente au public que dans les pharmacies, et ne peuvent être délivrées aux utilisateurs que sur présentation d'une ordonnance, ou aux personnes majeures pouvant justifier de leur identité, afin de restreindre le mésusage qu'il pourrait en

[5] Dérivé morphinique visant à compenser les effets de manque liés à l'arrêt de la consommation des opiacés illicites.
[6] Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise.
[7] Direction Générale de la Santé.
[8] Virus d'Immunodéficience Humaine.
[9] Décret nº 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret 72-200.

être fait[10]. Lorsque les responsables étatiques ont conscience que l'épidémie de SIDA à laquelle est confrontée la population ne s'avère pas transitoire, cette mesure est reconduite puis entérinée en 1989 par l'application d'un nouveau décret[11].

C'est par ce revirement en faveur d'une mise à disposition plus aisée de seringues stériles à l'égard des usagers de drogues qu'est initiée, en France, la politique de réduction des risques, dont les prémices ont déjà émergé près d'une dizaine d'années auparavant aux Pays-Bas (Buning et Van Brussel [1995]). La nouvelle orientation que prennent à cette époque les pouvoirs publics n'est toutefois pas radicale. Les programmes d'échange de seringues, dont les projets pilotes sont mis en place en 1990, ainsi que les traitements de substitution, pour lesquels on s'interroge encore de leur efficacité en matière de réduction des risques, ne font l'objet que d'une annexe du rapport destiné au premier ministre en place (Trautmann [1996]). Ce n'est d'ailleurs qu'en dehors du cadre réglementaire que continuent à se développer les programmes d'échange de seringues jusqu'en 1995 ; année de la parution d'un décret permettant aux associations à but non lucratif, ainsi qu'à toute personne physique menant une action de prévention du SIDA ou de réduction des risques de délivrer gratuitement des seringues stériles[12]. Qu'il s'agisse d'informer les populations qui font l'usage de drogues par des campagnes de prévention, menées dès 1985 par l'association Aides[13] qui utilise le slogan *« une seringue, ça ne se partage pas »*, ou de mettre à leur disposition du matériel d'injection stérile, c'est principalement par l'action que mènent les associations que les mesures en faveur d'une réduction des risques parviennent à s'initier. Ce n'est que par la suite que ces mesures s'installent durablement, c'est notamment le cas des trousses de prévention « Stéribox[14] » crées par l'association Apothicom[15] et financées par la DGS à partir de 1994.

Le virage opéré en faveur d'une approche des drogues par une politique de réduction des risques s'effectue véritablement en 1993 par l'adoption du plan triennal 1993-1996. Celui-ci va, au-delà des actions présentées jusqu'à maintenant et des prévisions de l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes, mettre en place des programmes de substitution qui

[10] Décret nº 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
[11] Décret nº 89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret nº 72-200
[12] Décret nº 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret nº 72-200.
[13] Crée en 1984, Aides est l'une des plus importantes associations européennes de lutte contre le VIH/SIDA. Elle est reconnue d'utilité publique depuis 1990.
[14] Vendues au prix de 5 francs en pharmacie, elles contiennent un préservatif, deux seringues à insuline, des tampons d'alcool, un étui pour les seringues usagées et de l'eau pour les préparations injectables.
[15] Crée en 1992, Apothicom [Association pour la Prévention, la pharmacovigilance et la Communication] est une association à but non lucratif qui mène des programmes de recherche en santé publique et développe des outils de prévention, de formation et d'information dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

modifieront en profondeur la prise en charge des consommateurs d'opiacés (Lowenstein *et al.*, [1995]). Ces programmes de substitution sont initiés fin 1993 par une première circulaire qui permet aux institutions médico-sociales *« pouvant garantir une prise en charge globale des toxicomanes »* de distribuer de la méthadone à hauteur de cinquante patients[16]. Il sera précisé quelques mois plus tard que les centres sollicitant la mise en place de tels programmes devront être agréés, offrir d'autres modes de suivi et assurer une prise en charge médico-sociale[17]. Cette nouvelle alternative de soins reste toutefois très réglementée puisqu'elle ne peut s'adresser qu'aux sujets avérés dépendants d'opiacés depuis au moins cinq ans et ayant entrepris sans succès plusieurs cures de sevrage. Relativement tardifs dans la mise en place des traitements de substitution aux opiacés, comparativement aux autres pays d'Europe, les pouvoirs publics français ne les autorisent d'abord que dans une optique de dernier recours avant de revoir leur copie et permettre ultérieurement d'augmenter les capacités de traitements par la méthadone. Outre une simplification des procédures d'agrément des centres de soins, la limite du nombre de patients ainsi que la *« dépendance avérée depuis plus de cinq ans »* sont supprimées[18].

La prise de contact des usagers de drogues injectables auprès des CSST reste toutefois limitée, et n'a souvent lieu qu'après plusieurs années de consommation. Au contraire, les médecins généralistes, pour qui la prescription de méthadone est limitée au renouvellement de traitements initiés en centre spécialisé, sont plus souvent en contact avec cette population (CNS[19] [1993]). La généralisation des traitements substitutifs prend alors place à partir de 1995[20], par l'introduction d'une nouvelle molécule : la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) qui peut faire l'objet d'une primoprescription en médecine de ville. Cette nouvelle voie de substitution prend effet en février 1996, une fois l'autorisation de mise sur le marché du Subutex®[21] obtenue.

À présent bien ancrée, la politique de réduction des risques a toutefois été trop lente et laborieuse à mettre en place. La difficulté des pouvoirs publics français à proposer une approche alternative à la seule répression de l'usage peut s'expliquer par l'importance que celle-ci représentait dans la lutte contre la drogue (Serfaty [1994]). Il apparaît d'ailleurs encore difficile de se détacher de ce mode d'action puisqu'il est rappelé, après la mise en

[16] Circulaire DGS nº 72 du 9 novembre 1993.
[17] Circulaire DGS nº 14 du 7 mars 1994.
[18] Circulaire DGS nº 4 du 11 janvier 1995.
[19] Conseil national du SIDA.
[20] Circulaire DGS/SP3/95 nº 29 du 31 mars « relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés ».
[21] Forme galénique de la BHD comme traitement substitutif aux opiacés.

place des traitements de substitution à grande échelle que, plus que la simple réduction, c'est *« l'interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne »* qui est attendue[22]. Néanmoins, l'impératif que représentait l'infection par VIH a permis d'envisager de nouvelles modalités d'action pour lutter contre les drogues et les dommages qu'elles génèrent.

Au-delà du VIH, ce sont également les infections par VHB et VHC[23] qu'il convenait de limiter. Celles-ci ont en effet révélé la nécessité d'entreprendre des démarches visant à réduire les nuisances des usages de drogues ne se limitant pas aux seules injections, principalement réservées à l'héroïne. Du fait du mode de transmission de ces virus[24], la consommation d'autres produits, notamment la cocaïne, dont la voie d'administration est plus usuellement nasale (ou *« sniff »*), a également dû être intégrée dans les nouvelles perspectives de lutte contre la drogue.

## III – Vers une vision globale du phénomène

Alors que débute la mise en place d'un système de soins en faveur des usagers de drogues illicites, apparaissent parallèlement les inquiétudes concernant les produits qui, par la suite, seront identifiés en tant que « drogues licites ». En 1976 est votée la première loi de lutte contre le tabagisme[25]. Celle-ci prévoit déjà l'interdiction de fumer dans *« les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé »*, mais semble répondre à un objectif sanitaire totalement déconnecté de ceux posés à l'égard des consommateurs de stupéfiants. Sans être dans une segmentation radicale du phénomène d'usage de drogues, qui consisterait à distinguer derrière chacun des produits les questions qui leur sont associées, il existe une nette séparation entre les stupéfiants d'une part, et le tabac et l'alcool d'autre part. Hormis le cadre légal, les populations concernées par leur usage respectif distinguent *a priori* clairement ces deux groupes de produits, que ce soit en termes d'effectif ou de la représentation sociale qui en est faite. C'est donc principalement au travers de politiques fiscales, de la réglementation de la publicité, ainsi que par l'utilisation

[22] Circulaire DGS/DH nº 96-239 du 3 avril 1996 « relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes ».
[23] Respectivement Virus de l'Hépatite B et C.
[24] Le VHC se transmet uniquement par voie sanguine contrairement au VIH (également transmissible par le sperme et les sécrétions vaginales) et le VHB (également transmissible par la salive). Il se transmet donc relativement rarement au cours de rapports sexuels (sauf si menstruation, blessures des voies vaginales, rupture du frein, …). Mais l'absorption de drogues par voie nasale entraîne une hypersensibilisation des vaisseaux sanguins du conduit nasal, d'où la présence courante de petites blessures à l'intérieur du nez, qui entraîne un contact avec le matériel de *« sniff »*.
[25] Loi nº 76-616 du 9 juillet 1976, relative à la lutte contre le tabagisme (dite loi Veil).

d'une réglementation plus contraignante de l'usage en public, emblématiques de la loi Évin[26], que l'État agit pour tenter de réduire les usages de tabac et d'alcool.

Entre ces deux représentations extrêmes de la drogue se développe, au cours des années 1980 en Europe, un engouement nouveau pour les drogues de synthèse. C'est notamment le cas en raison de l'arrivée de l'ecstasy (ou MDMA[27]) particulièrement appréciée pour ses particularités psychostimulantes. Les consommations de ce produit sont toutefois rapidement prohibées puisqu'il est classé en France sur la liste des stupéfiants dès 1986. À cela, s'ajoute l'apparition d'une forme nouvelle de consommation de la cocaïne ; le crack, qui est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque se présentant sous la forme de petits cailloux que l'usager fait chauffer pour en inhaler la fumée. Par ce mode de consommation, les individus ressentent un effet plus intense, mais également plus bref qu'avec la cocaïne.

La diversité des formes que prennent les consommations de drogues, dans un environnement où l'arrivée du SIDA rappelle la nécessité de disposer de connaissances relatives à celle-ci, fait cruellement apparaître le manque de données disponibles sur le sujet. Afin de répondre à cette demande, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) est créé en 1993. C'est par Philippe-Jean Parquet, qui deviendra dix ans plus tard, le président du conseil d'administration de cet observatoire, que seront largement infléchies les actions gouvernementales. Il stipule en effet dans son rapport qu'il apparaît plus convenable de traiter la question des drogues par le biais des comportements d'usage plutôt que de centrer le propos sur les produits eux-mêmes (Parquet [1997]). Sans pour autant estimer que les risques liés aux usages de drogues sont indépendants des produits consommés, se développe l'idée selon laquelle il est prioritaire de réfréner les comportements les plus nocifs plutôt que de perpétuer une guerre contre les produits qui s'est jusque-là avérée peu concluante. En soulignant la complexité d'une réalité, où s'observent par exemple des usages maîtrisés d'héroïne (Zinberg [1984]), se dessinent les contours des politiques à venir lors de la nouvelle décennie.

Il convient alors d'adapter la lutte contre la toxicomanie au contexte de la société française, et notamment à la banalisation de l'usage de certaines substances, par un décloisonnement entre les produits et plus particulièrement entre les produits licites et illicites. Cette nécessité est explicitement révélée par le titre du programme que souhaite mener le gouvernement : « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances »

[26] Loi nº 91-32 du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
[27] MéthylèneDioxyMéthAmphétamine.

(MILDT[28] [1999]). S'il est répété l'objectif de limiter les risques des consommations ainsi que les usages eux-mêmes, ce programme se voit enrichi d'actions préventives et non plus uniquement répressives. Le développement de l'offre de soins, qui semble avoir atteint ses limites, n'apparaît plus comme l'une des lignes directrices de la lutte. Il sera néanmoins renouvelé par la suite, mais dirigé cette fois vers les produits à présent clairement identifiés comme des drogues que sont le tabac et l'alcool. Une fois encore, et cela révèle l'importance qui est attribuée à la communication, les intentions sont distinctement présentées dans l'intitulé du plan suivant, qui apparaîtra en 2004 : *« Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool »* (MILDT [2004). Bien qu'il confirme les orientations prises par son prédécesseur, la lutte contre la drogue est toutefois largement marquée par un réinvestissement dans l'encadrement des consommations de cannabis qui, après s'être banalisées, sont réapparues, au début des années 2000, comme l'une des préoccupations majeures.

## §2 – La perception des drogues par la population

### I – L'appropriation « avouée » des psychotropes par les contre-cultures

Si elles n'en sont pas les seuls éléments, l'adhésion à un courant musical et la consommation de psychotropes participent à affirmer son appartenance à une contre-culture (Becker [1963]). Elles entretiennent, par conséquent, une relation plus ou moins étroite et assumée selon les époques. Chacun des courants alternatifs se succède et révèle une proximité apparente de plus en plus ténue[29]. La révolution psychédélique s'identifie aisément aux consommations de substances qui appartiennent au groupe du même nom, sur un fond de rock sixties, dont l'édition 1969 du festival de Woodstock fut à la fois l'apothéose et le début du déclin. En réaction au mouvement hippie apparaît la mouvance *underground*, plus adepte de *noise music*, qui participe activement à l'imagerie du junkie, notamment au travers des titres phares de leurs égéries[30] (Monneyron et Xiberras [2008]). Ces cultures alternatives ne

[28] Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies.
[29] Il est préférable de ne considérer qu'« apparente » la plus grande proximité qui se dégage entre consommations de drogues et mouvances musicales, dans la mesure où il reste difficile d'estimer dans quelle mesure celle-ci tient d'une réalité ou d'un intérêt grandissant pour celle-ci, ce qui entraîne autant le développement de sa « médiatisation » que la prolifération de recherches issues du monde scientifique.
[30] Pour exemple, la chanson intitulée *Heroin*, interprétée par The Velvet Underground & Nico en 1967.

connaissent toutefois pas le même développement en Europe qu'outre-Atlantique. Bien qu'une fois encore, le berceau du mouvement culturel contestataire punk soit américain[31], c'est au Royaume-Uni qu'il y est le plus représenté. Assumant une certaine filiation avec l'*underground* par son approche nihiliste résumée par son fameux mot d'ordre *« no future »*, la consommation de drogues contribue alors à sa volonté de destruction de l'ordre établi, des valeurs traditionnelles et de la société de consommation de masse. Malgré l'essoufflement du mouvement au début des années 1980, des communautés nomades autogérées qui sillonnent les routes se sont mises en place et représentent une alternative pour ceux qui ne souhaitent pas intégrer les clubs *House* et les boîtes de nuit qui se sont, en parallèle, généralisés. Bien que la consommation de drogues ne soit pas non plus exempte de ces lieux de fêtes plus institutionnalisés, son évocation reste plus rare et est la plupart du temps dissimulée (Vanthournhout [2001]).

C'est en marge du mouvement punk déclinant qu'apparaissent les premiers soubresauts du « monde des teufeurs » auquel nous attacherons une attention toute particulière du fait de l'implantation qu'il a connue en France et que les psychotropes lui sont parfois attribués de manière presque consubstantielle. Dans le sillage des groupes punks itinérants, se développe le courant des *travellers*[32] qui initie le principe des free festivals pour que se constituent, au début des années 1990 en Grande-Bretagne, les premiers *sound-systems* technos (Tessier [2003]). Mais dès 1992, le climat britannique hostile à ces tribus technos pousse certaines d'entre elles à s'exiler en France. Le premier tecknival français a lieu l'été 1993. Au cours des années 1990, on assiste à une nette évolution des musiques technos, accompagnée d'une professionnalisation et d'une certaine reconnaissance, au point qu'est organisée en plein Paris une techno parade. Mais cette forme d'institutionnalisation d'une frange de la musique techno ne fait que creuser le fossé existant avec le milieu des *free-parties*, qui continuent à fonctionner hors des circuits traditionnels et au sein desquelles se retrouvent les teufeurs qui jugent la techno mise en vitrine comme « trop commerciale ».

Le rejet de la société capitaliste par les sympathisants des *free-parties* est parfois raillé, car certains de leurs représentants, voire initiateurs[33], ont depuis entrepris une certaine démarche marketing par la création de logos, d'uniformes, et par l'utilisation prononcée des nouvelles technologies (Stone [1996]). Les *free-parties* ne se démarquent pour autant pas

[31] Les Ramones, originaires de New York, sont souvent présentés comme l'une des premières formations punk.
[32] Littéralement « voyageurs ». Il s'agit de communautés nomades se déplaçant en camion soit avec un *sound-system* (système sonore itinérant) pour organiser des *free-parties* (soirées gratuites, se déroulant le plus souvent en plein air sans existence officielle) soit en se déplaçant de *tecknival* en *tecknival* (festival techno)
[33] C'est notamment le cas du collectif Spiral Tribe, figure emblématique au début courant.

moins des autres rassemblements du simple fait de leur clandestinité et de leur éloignement des centres urbains, ce qui accentue leur identité libertaire (Barbero *et al.,* [2003]). Dans cet univers où les revendeurs crient à la volée le nom des produits psychotropes dont ils disposent sur le chemin qui mène de la « zone parking » à celle du *« dance-floor »*[34], la drogue devient un sujet de conversation banal, effaçant même parfois l'aspect illégal de son usage (Fontaine *et al.,* [2001]). Que ces usages soient interprétés comme le moyen de se distinguer individuellement de la société de masse, la réappropriation de l'existence au moyen « d'expériences ordaliques », ou la recherche de l'ivresse et d'un état modifié de conscience, ils sont toujours identifiés comme partie prenante du déroulement de la fête. Il peut d'ailleurs être réalisé un découpage séquentiel du temps de la fête s'appuyant sur les substances psychoactives. Selon celui-ci, la soirée peut-être présentée en trois parties. La première constitue bien évidemment l'arrivée sur place, moment où la soirée n'est pas tout à fait commencée, et où s'initie une recherche active de drogues en vue de réellement entrer au cœur de la *free-party*. La seconde partie de soirée correspond à la montée des produits, période pendant laquelle s'alternent période de danse, découverte nocturne de l'environnement, et expériences individuelles de transe ou d'extase. La descente entame la troisième partie de soirée. Les danseurs, épuisés par leur activité nocturne, se rapprochent de leur véhicule, redécouvrent le cadre dans lequel s'est déroulé l'évènement[35] et instaurent (ou développent) des échanges avec les autres participants jusqu'à ce qu'ils reprennent la route pour retrouver leur foyer (Queudrus [2000]).

Cette brève présentation de l'enchaînement des courants musicaux, et la manière dont les cultures alternatives qui s'y rattachent ont effectué une appropriation de plus en plus importante de l'usage des psychotropes, n'a pas la prétention d'être exhaustive, mais bien d'illustrer en quoi la drogue est devenue l'une des composantes d'un mouvement identitaire dont les *free-parties* représentent peut-être actuellement l'application la plus concrète, et ce, particulièrement en ce qui concerne la France. La prise de drogues, explicitement admise et révélée sans « hypocrisie » dans ce cadre festif, n'est toutefois certainement pas indépendante d'une appréhension nouvelle des drogues par l'ensemble de la population.

[34] Ces manifestations ayant le plus souvent lieu en pleine nature, l'espace affecté à la danse ou au placement des véhicules n'est pas préétabli. Le premier espace peut être simplement délimité par les véhicules des premiers arrivants.

[35] L'espace dans lequel se déroule la *free-party*, également dénommé *spot*, fait l'objet de recherches importantes par les organisateurs afin que soit prolongée l'expérience esthétique qu'apporte l'ingestion de substances. L'environnement naturel de celui-ci aiderait à ressentir, ce que certains participants appellent, un sentiment d'*« appartenance cosmique »*.

## II– Une évolution générale des mentalités

Il est heureux que l'action gouvernementale affecte l'opinion publique, non seulement parce qu'il s'agit d'une condition *sine qua non* de la possible gouvernance d'une société, mais aussi en cela que cette dernière peut s'instituer comme garde-fou d'entreprises contestables. Appliqué au contexte des usages de drogues, cela a notamment permis, comme il l'a déjà été présenté, d'initier par exemple des programmes d'échange de seringues par l'investissement d'associations et donc d'une volonté privée, à une période où l'État semblait réticent à l'égard de telles mesures. Par ailleurs, il en résulte également que peuvent être réalisées des campagnes de prévention telles que celles ayant pour objectif de restreindre les consommations de tabac, dont le slogan *« fumer, c'est pas ma nature »* résonne encore aux oreilles des publics en âge d'avoir pu admirer l'icône des westerns hollywoodiens au milieu de paysages désertiques. Opinion et politiques publiques sont donc étroitement intriquées, sans qu'elles puissent être considérées comme totalement dépendantes l'une de l'autre. Cela justifie par conséquent que soit à présent examinée l'évolution des mentalités de l'ensemble de la population.

La représentation des drogues que se font les individus résulte à la fois de leur environnement et de l'expérience individuelle qu'ils ont eue de celles-ci. Par ailleurs, il apparaît que la proximité qu'ont les individus avec les produits psychotropes[36] induit un jugement plus favorable à leur égard, et moins stigmatisant en ce qui concerne leurs usagers (Beck *et al,*. [2002]). De cela, peut être présumé que les anciennes générations, si elles contiennent une part d'usagers plus importante que celles qui les précèdent, instaurent un climat moins délétère aux nouvelles arrivées. Il ne faut toutefois pas y voir là la reproduction inévitable d'usages toujours plus nombreux. Il est vrai que cela peut en partie expliquer l'ampleur qu'a prise la consommation de cannabis en France chez les jeunes générations dont les aînés ont souhaité profiter du mouvement libertaire *« post soixante-huitard »*. Mais rien ne laisse supposer qu'il ne puisse y avoir par la suite une opposition par réaction des générations à venir. L'existence de « vague » d'usage de drogues semble d'ailleurs confirmer cette éventualité (Musto [1973]). En effet, le regard conciliant que portent sur les drogues ceux qui ont une certaine proximité avec le cannabis découle d'expérimentations que l'on peut supposer agréables. Or, des usages plus nocifs de cannabis, et les désagréments qui peuvent y être attachés peuvent amener un retournement de la relation observée entre proximité du

[36] Cette proximité provient de l'usage du produit ou que celui-ci soit, ou ait été, consommé par un proche.

produit et « sympathie » à son égard. Il se pourrait d'ailleurs que le succès rencontré par les campagnes de prévention antitabac tienne dans une certaine mesure d'un tel retournement.

En effet, le cannabis est moins stigmatisé qu'il n'avait pu l'être du fait qu'en devenant plus connu de la population il paraît plus sûr. Le tabac, alors bien plus répandu, prend au contraire la figure du cheval de Troie qui, une fois intégré à la société, révèle une dangerosité qui ne lui était jusqu'alors pas reconnue. L'expérience qu'ont eue les populations du tabac et la proximité qu'elle a entraînée s'observent, pour les générations suivantes, au travers des conséquences sanitaires de sa consommation (cancer du poumon, troubles cardio-vasculaires,...). L'accroissement de la mortalité tabagique des hommes jusqu'au début des années 1990, et la hausse des pathologies liées au tabac chez les femmes (Nizard [2000]) ont par conséquent offert un terrain favorable à la réussite des campagnes de prévention. Une fois les méfaits du tabac connus, une détérioration de son image ne peut dès lors plus s'expliquer par ce même processus. Les revendications des non-fumeurs, dont l'écho ne cesse de s'amplifier, tiennent alors certainement plus d'un subtil jeu d'impositions sociales dans lequel la part, devenue minoritaire, des fumeurs y prend une place prépondérante.

## ***Section 2*** *- Prendre la mesure des tendances d'usage de drogues et de leurs conséquences*

La disponibilité des sources relatives à l'usage de drogues s'est accrue au gré des changements des politiques publiques. Cela a ainsi permis ainsi de transiter de l'utilisation de sources indirectes à celles dont l'objet même de la collecte est l'usage de drogues. Pour autant, la bonne représentativité de certains usages n'est pas assurée. Bien qu'il reste imparfait, il est incontestable que le système d'information ayant trait à l'observation des consommations s'est largement développé au cours des dernières décennies. L'identification et la mesure des conséquences qu'entraîne l'usage de produits psychotropes n'ont toutefois que peu bénéficié de cette tendance générale. C'est notamment ce que montrera l'analyse de la mortalité imputable aux consommations de substances.

### §1 – La disponibilité accrue des sources de données

## I – Sources « institutionnelles »

### *A – Données judiciaires*

Du fait de l'illégalité des stupéfiants, les premières données quantitatives disponibles à partir desquelles il était possible d'établir des statistiques relatives à l'usage de drogues ont été celles issues du système judiciaire. L'intégration des consommateurs de psychotropes aux différentes sources appartenant à ce domaine dépend alors du parcours que les usagers connaissent lors des différentes étapes de leur « entretien » avec la justice. L'observation des usagers s'initie alors nécessairement par la constatation d'une infraction effectuée par les services de police lors des interpellations pour usage de stupéfiants[37] que recense l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS). La consommation d'alcool n'étant pas interdite, les interpellations ne peuvent concerner que les comportements qui, sous son influence, sont réglementés. Deux types d'information sont alors disponibles : les interpellations pour ivresse publique et manifeste[38] − provenant de la gendarmerie nationale, les services de sécurité publique, les préfectures de police, et centralisées par l'OFDT − et les dépistages du taux d'alcoolémie des conducteurs de véhicules[39] que met à disposition l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière (ONISR). Cet observatoire met également à disposition le nombre d'accidents mortels avec alcoolémie connue ou avec un conducteur présentant une alcoolémie positive. Du dépistage positif du taux d'alcoolémie doit découler une condamnation pour conduite en état d'ivresse. Les annuaires statistiques de la justice, qui s'appuient sur les données du casier judiciaire, permettent *a priori* de disposer des peines prononcées de manière exhaustive. Toutefois, un individu pouvant être condamné pour différentes infractions, ne sont retenues que les infractions principales. Le tabac, quant à lui, dispose d'une réglementation liée à son usage se limitant aux espaces dans lesquels il peut être consommé. Il n'existe pas à notre connaissance de sources répertoriant ce genre d'infraction. D'autres sources judiciaires permettent également de disposer d'informations relatives à l'usage de stupéfiants ou d'alcool. Parmi elles, on notera le casier judiciaire national ou le fichier national des détenus. Mais, puisque

[37] Les infractions douanières réglées par transaction douanière, sans procès-verbal, ne sont pas prises en compte.
[38] Loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique.
[39] Loi n° 70-597 du 9 juillet 1970 instaurant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, JO du 10 juillet 1970.

l'enregistrement des usagers dans ces sources a nécessité leur condamnation préalable, celles-ci s'avèrent redondantes.

L'utilisation des données judiciaires ne permet cependant d'obtenir qu'une vague mesure de l'effectif des usagers, sans avoir plus d'information sur les usages eux-mêmes, puisque seul le type de condamnation prononcée permet une distinction possiblement factice[40]. Par ailleurs, est opéré, par l'utilisation de telles sources, un effet de sélection qui tend à mettre en évidence les consommateurs de drogues dont les comportements sont les plus visibles, aussi appelé *« syndrome du réverbère »* (Aubusson de Cavarlay [1999]). Une autre critique pouvant être apportée à ces sources, est que l'évolution des mesures qui en sont obtenues ne tient pas compte des seules variations du phénomène que l'on souhaite quantifier, mais également de celles liées à l'activité des forces de l'ordre (Olin et Plaisait [2003]). L'utilisation restrictive de ce type de sources, tel que cela a pu être le cas lors d'un rapport au Sénat s'appuyant principalement sur des données issues de la Direction Centrale de la Police Judiciaire (Cabal [2002]), oriente alors largement la vision qu'on peut avoir des consommations de drogues et par conséquent le discours qui en découle.

### *B – Données sanitaires*

Par le développement d'une *« sanitarisation des politiques publiques »* (Fassin [1998]), s'est développé ce type de données, qui peuvent être distinguées selon qu'elles concernent d'une part les prises en charge effectuées par le système de soins ou, d'autre part, les conséquences de l'usage de drogues.

La spécialisation des unités de soins, qui s'est traduite par l'agrément nécessaire à l'accueil et la prise en charge des toxicomanes − et par extension des usagers de drogues − permet aujourd'hui de disposer de données homogènes centralisées par l'OFDT. Celles-ci font l'objet d'un rapport d'activité annuel des CSST et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Elles ont également permis la mise en place du Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (RECAP) qui, s'il a pour objectif d'être à terme exhaustif, reste pour l'heure contraint par l'envoi effectif des données issues des différents centres. À titre d'exemple, en 2007, les CSST en ambulatoires répondantes représentaient 63 % de

[40] Sont distinguées les condamnations pour simple usage des condamnations pour usage et revente. S'il est possible de faire des hypothèses sur une consommation différentielle entre simples usagers et revendeurs, celles-ci ne pourraient être vérifiées que par l'utilisation de sources annexes, présentant elles-mêmes des distinctions d'usage plus fines.

l'ensemble de ces structures (EMCDDA[41] [2008]). Parce qu'il s'agit d'un recueil continu de données relatives aux consultations des patients venus au contact des structures d'accueil des usagers de drogues, il est probable que celui-ci représente à l'avenir un apport considérable en ce qui concerne le parcours des usagers de drogues. Il conviendrait toutefois d'y apporter dès à présent quelques améliorations, visant notamment à permettre d'éliminer les éventuels doublons, en vue de maximiser l'information alors disponible[42]. Sans que cela ne remette en cause l'intérêt d'une telle source d'information, il est important de spécifier qu'elle n'en reste pas moins soumise à un effet de sélection ne permettant d'avoir des connaissances qu'au sujet de certains usagers de drogues, et plus particulièrement des *« toxicomanies traitées »* et non des *« toxicomanies effectives »* (Padieu [1994]). Puisque ce recueil ne recense que les usagers ayant pris contact avec le système de soins, il n'est donc possible d'obtenir qu'une mesure minimum des stocks d'usagers. Les comportements d'usage observés dans cette population ne peuvent par ailleurs pas être extrapolés à l'ensemble des usagers sans que l'on constate préalablement une éventuelle similarité d'usage parmi l'ensemble des populations consommatrices de psychotropes, ce qui n'est *a priori* pas le cas.

S'agissant des conséquences sanitaires qu'entraîne l'usage de drogues, les données disponibles concernent principalement les causes de décès répertoriées comme conséquentes de l'usage. Le registre national des causes de décès, dont s'occupe le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)[43], met à disposition l'effectif des décès, par âge, sexe et cause principale depuis 1979 et couvre *a priori* autant la mortalité liée aux consommations de tabac, d'alcool qu'aux stupéfiants. Il sera présenté par la suite qu'estimer la mortalité liée à ces produits s'avère moins évident qu'il ne pourrait y paraître, et nécessite l'entremise de données complémentaires. Parmi elles, les décès par surdoses − constatés par la police − et les Décès en Relation avec l'Abus de MÉdicaments et de substances (DRAMES), compilés par l'Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), participent à une connaissance plus fine de la mortalité imputable à la consommation de produits psychotropes. Enfin, les données relatives à l'infection par VIH, collectées au sein du système de surveillance du SIDA/VIH en France[44] dont est chargé l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), constituent la dernière composante des données sanitaires relatives à l'usage de drogues. Il n'a pas été mis en place de tels systèmes de surveillance en

[41] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
[42] Celles-ci seront présentées plus en détail ultérieurement lors de l'application des méthodes de l'analyse démographique aux usagers en CSST. Cf. Partie 1 chapitre 2.
[43] Laboratoire de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).
[44] Ou déclaration obligatoire des cas de SIDA/des sérologies VIH positives.

ce qui concerne les sérologies VHC et VHB. Toutefois, la surveillance s'effectue grâce aux données que transmettent les pôles de référence volontaires à l'InVS.

### *C – Données économiques*

Si les données économiques relatives aux produits psychotropes peuvent être de tous ordres (indices des prix des produits, chiffres d'affaires, niveau de production, …), c'est au travers des ventes de ces derniers que peuvent s'apprécier les niveaux de consommations. Les données disponibles concernent bien évidemment les produits dont la vente est légale, c'est-à-dire celles du tabac, distribué par Altadis Distribution France, et de l'alcool, dont l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques est actuellement chargé. Il s'agit également des données relatives aux ventes de seringues, de Stéribox®, de Subutex® et méthadone, intégrées au Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection Stérile et à la substitution (SIAMOIS), que met en œuvre l'InVS. Les données de ventes afférentes à la substitution nicotinique, dont est responsable le Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS), peuvent également être obtenues.

Les ventes de produits prohibés ne devraient pouvoir faire l'objet d'estimations qu'au travers d'enquêtes, puisqu'elles ne peuvent pas faire l'objet d'un échange marchand occasionnant la réalisation d'un contrat de vente (et/ou d'achat). Sous cette apparente évidence, se cachent cependant plusieurs produits qui peuvent faire l'objet de quelques statistiques. D'une part, il y a les produits dont la vente est interdite en France, mais dont l'achat peut être effectué sur le territoire français par l'intermédiaire de commandes par Internet sur des sites spécialisés. Ces derniers prennent la peine de rappeler aux usagers : *« si rien n'est écrit sur ce produit dans la fiche produit, nous ne sommes pas au courant d'éventuelles restrictions là-dessus. Donc quand vous commandez ce produit nous vous l'enverrons. Toutefois, nous vous conseillons de vous renseigner vous-même avant de passer votre commande »*. La visite de plusieurs de ces sites laisse semble-t-il supposer qu'ils n'ont pas connaissance des restrictions concernant les graines de cannabis, les champignons hallucinogènes, ou encore les kits de croissance de ces champignons, puisque l'envoi est autorisé. Enfin, le matériel nécessaire à la culture de cannabis, qui, s'il est constitué de nombreux éléments n'étant pas spécifiques au cannabis, présente pour des cultures

*« indoor »*[45] la nécessité de lampes à sodium[46], peu usitées pour la floraison d'autres plantes. La collecte de telles données peut paraître toutefois quelque peu fastidieuse au regard de l'information qui en découlerait. L'intérêt principal de ces données serait en effet de pouvoir les confronter aux déclarations d'usage et de production, comme ce qui a été effectué au sujet des consommations d'alcool ; les quantités d'alcool vendues apparaissent en effet la plupart du temps supérieures à celles qu'il est possible d'estimer à partir des déclarations effectuées lors d'enquêtes (Got et Weill [1997]).

## II – Les données d'enquêtes

Les enquêtes sont de prime abord distinguées selon qu'elles relèvent d'une approche qualitative ou quantitative du fait qu'elles ont longtemps été considérées comme opposées, ce qui explique par conséquent leur affrontement (Cicourel [1964]). Bien qu'elles soient, peu à peu, apparues plus comme complémentaires que concurrentes (Héran [1984]), il est encore rappelé que *« la méthodologie qualitative ne vise pas la représentativité, mais la diversité des pratiques et des opinions »* (Reynaud-Maurupt [2008]). En cela, les enquêtes qualitatives ont permis, plus aisément que les enquêtes quantitatives, d'identifier la variabilité des comportements d'usage de drogues. L'explication d'une non-représentativité assumée, en raison d'objectifs distincts de ceux des enquêtes quantitatives, évince toutefois l'apport qu'apporterait par ailleurs une approche qualitative auprès d'un échantillon représentatif. En effet, si ces enquêtes qualitatives soulignent la diversité des usages, elles ne permettent pas de s'assurer qu'il existe, ou non, de distinction des usages au sein des différentes sous-populations qui constituent la population observée. L'absence d'enquête qualitative représentative de la population étudiée s'explique par la difficulté à la mettre en place ; la réalisation d'entretiens s'avère bien plus longue et coûteuse que ne l'est l'utilisation de questions fermées, ou aux modalités de réponses peu nombreuses, habituellement utilisées dans les enquêtes quantitatives.

Les enquêtes quantitatives se distinguent principalement selon qu'elles visent à mesurer les niveaux des différents types d'usage d'une part, ou qu'elles souhaitent prendre connaissance de l'opinion et de la perception de la population à l'égard des produits

[45] Également appelée culture en placard, car elle est souvent effectuée dans de petits espaces confinés, afin d'être la plus discrète possible.

[46] La liste du matériel nécessaire à la culture en placard est issue de ROSENTHAL, E. *Culture en placard*. Éditions du Lézard, 2000, 125p.

psychotropes. L'antériorité des enquêtes d'opinions, réalisées par des instituts privés, s'explique non seulement en raison de la difficulté avouée de donner une mesure d'usages cachés, car illégaux (Mauger [1984]), mais également d'un contexte encore difficilement enclin à admettre l'usage de drogues sans y présenter par la même occasion de caractère réprobateur. La première question relative à l'usage de drogues n'apparaît en France qu'en 1986 lors de l'enquête « Drogue : la vérité des chiffres », réalisée par l'Institut Louis Harris pour le journal Le Parisien (Beck [1998]). À cette époque où la drogue n'est encore considérée qu'au travers des stupéfiants, les enquêtes en population générale ne présentent que peu d'intérêt dans la mesure où elles ne permettent pas de tenir compte dans leurs échantillons des populations les plus marginalisées pour lesquelles sont soupçonnés des niveaux de prévalence plus conséquents qu'au sein de l'ensemble de la population. Elles ne permettent donc *a priori* pas de combler les lacunes du dispositif d'observation des drogues que représentent les données institutionnelles. Pour cette raison, l'élaboration d'enquêtes auprès de sous-populations spécifiques apparaît comme particulièrement utile.

L'aspect quantitatif des enquêtes menées auprès de populations pour lesquelles les usages de drogues apparaissent comme plus prégnants n'assure cependant pas qu'elles soient représentatives du sous-ensemble observé. Elles sont représentatives lorsque la sous-population ciblée l'est par des caractéristiques sociodémographiques clairement identifiées. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de l'âge des individus (comme lors de l'enquête ESCAPAD[47]) ou la situation scolaire (ainsi que dans l'enquête ESPAD[48]), puisqu'on a connaissance de la constitution de ces sous-populations. Notons qu'elles restent néanmoins sujettes à certaines approximations auxquelles tout échantillonnage est contraint. L'enquête ESCAPAD ne souffre pas de certains biais présents dans l'enquête ESPAD (absentéisme, effet de grappe dû à l'interrogation de tous les élèves d'une même classe, …) mais ne permet pas d'approcher les jeunes de nationalité étrangère qui résident sur le sol français. La représentativité des populations observées n'est au contraire clairement pas assurée lorsque les critères d'inclusion des individus sont plus flous, et ne permettent pas la réalisation de tirage aléatoire au sein d'une base de sondage préétablie. C'est bien évidemment le cas lors de l'inclusion tautologique des individus à une population qui se caractérise par le fait qu'elle soit observée. Il est entendu par là qu'observer les individus, par exemple dans un cadre festif lors de certaines rencontres, ne peut avoir d'autres prétentions qu'être illustratif des

[47] Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense, mise en œuvre par l'OFDT et réalisée auprès des 17-19 ans.

[48] European school survey on alcohol and other drugs, réalisée conjointement par l'OFDT et l'INSERM, auprès des collégiens et lycéens.

consommations de la population observée. Sans remettre en question l'apport que peuvent représenter de telles enquêtes, notamment l'une des premières de ce type réalisée par Médecins du Monde dans l'espace techno (Sueur [1999]), ou d'autres plus récemment dans l'univers rock (Aquatias *et al.* [2001]), il doit toutefois être rappelé qu'aucune extrapolation raisonnée ne peut être entreprise.

Cette même réserve peut également être émise à l'égard des enquêtes réalisées à partir d'une méthode d'échantillonnage dite de « boule de neige ». Cet échantillonnage est ainsi dénommé, car il consiste à trouver un individu appartenant à la population étudiée qui mettra l'enquêteur en relation avec d'autres participants qui eux-mêmes entretiendront cette accumulation croissante du nombre d'enquêtés. Ici, le réseau de relations détermine l'échantillon qui pourra être observé. Dès lors, les individus considérés comme appartenant à la population étudiée sont caractérisés par leur appartenance à ce réseau. De par la nature de l'échantillonnage réalisé, sont surreprésentées les corrélations existantes entre l'objet d'étude et les caractéristiques des individus, celles-ci mêmes qui concourent à l'existence des relations qui les unissent. Cela s'avère vrai lorsque l'« individu zéro »[49] est sélectionné indépendamment du fait qu'il soit ou non inclus dans la population que l'on souhaite observer[50]. Il est à craindre que cela soit encore plus important lorsque cet individu est sélectionné à partir de caractéristiques spécifiques au phénomène considéré et qu'il détermine les participants également suivant leur proximité à ce phénomène, en l'occurrence l'usage de drogues. L'utilisation d'un tel échantillonnage, lorsqu'il s'agit d'atteindre des usagers de cocaïne (Ingold [1992]) ou de cannabis (Ingold et Toussirt [1998]), s'appuyant sur un réseau dont l'existence même peut tenir du fait des usages de drogues, permet d'identifier des mécanismes difficilement saisissables lors d'enquêtes réalisées à partir d'un échantillonnage probabiliste. Ces mécanismes ne peuvent cependant pas être expliqués par les caractéristiques des individus, ni même être attribués à des individus qui n'appartiendraient pas à ce réseau.

Eu égard aux données d'enquêtes qui viennent compléter les données institutionnelles, ce n'est donc pas tant l'absence de données relatives à l'usage de drogues qu'il faudra

[49] L'utilisation du terme « individu zéro », faisant référence au « patient zéro » n'est pas fortuite. En effet, de la même manière que le « patient zéro », c'est-à-dire le premier individu à avoir été contaminé par une infection, génère un réseau infectieux en fonction de ses déplacements et des contacts qu'il établit avec autrui, l'« individu zéro » génère un réseau d'enquêtés qui dépend des relations qu'il entretient avec des tiers. Il se différencie toutefois en cela que le « patient zéro » est défini *a posteriori* alors que l'« individu zéro » est identifié en amont.

[50] L'existence de corrélation entre le phénomène étudié et les caractéristiques des individus qui constituent l'échantillon ne relève pas uniquement du fait que le phénomène se soit manifesté auprès de l'individu zéro. Néanmoins, le fait que ce phénomène se soit manifesté auprès d'un tiers qu'il indique à l'enquêteur dépend des caractéristiques de l'« individu zéro », et par complémentarité de celles du tiers indiqué.

regretter que l'impossibilité de les mettre en relation. L'entremise de plusieurs d'entre elles offre la possibilité d'établir quelques tendances. Il convient toutefois de toujours nuancer celles-ci en présentant les hypothèses sous-jacentes à l'utilisation simultanée de sources n'ayant pas à proprement parler la même population de référence.

## §2 – Évolution des prévalences d'usage

### I – Le désaveu des produits licites

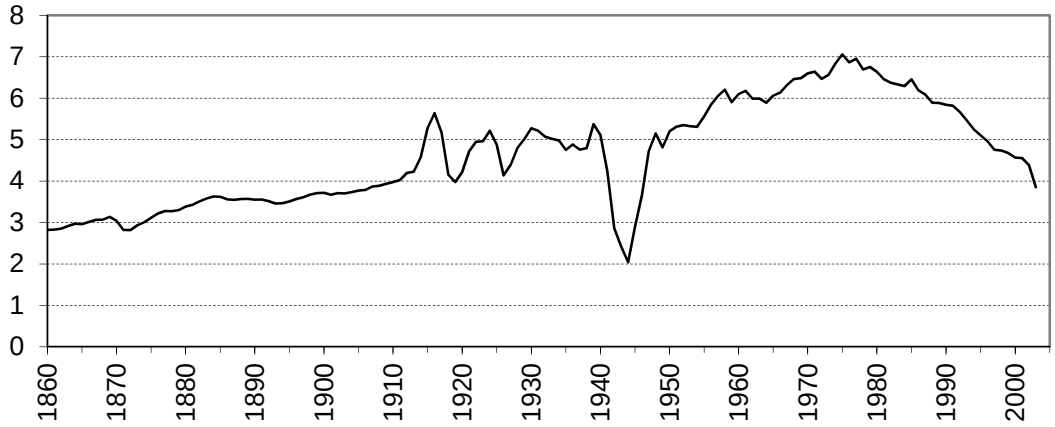
L'utilisation d'enquêtes permet d'obtenir de nombreuses informations sur les consommateurs de tabac dont on ne peut pas disposer à partir des seules données de ventes. Ces dernières ne nous informent notamment pas sur les caractéristiques sociodémographiques les plus triviales, telles que l'âge ou le sexe des individus. Si les enquêtes sont donc pour ces raisons indispensables à une bonne connaissance du phénomène, elles semblent difficilement à même d'estimer correctement les consommations. En effet, la reconstitution à partir des données d'enquêtes des consommations, et par conséquent des ventes de tabac qui devraient avoir lieu, présente des niveaux sous-estimés à hauteur de 24 % en 1981 et 27 % en 1991 relativement aux ventes effectuées (Hill et Laplanche [2004]). Ces différences observées tiennent à la fois d'une difficile caractérisation de l'ensemble des types de consommateurs[51], et d'une tendance, de la part des fumeurs, à donner des multiples de cinq comme estimation de leur consommation[52]. Par ailleurs, l'éventuelle stigmatisation des fumeurs (Peretti-Wattell et Moatti [2008]) laisse à craindre que les individus sous-estiment leur consommation. Les données de vente de tabac s'avèrent alors plus représentatives des évolutions des consommations de tabac. De plus, elles permettent également de disposer d'informations relatives à une période d'observation bien plus importante, dans la mesure où les enquêtes ne datent que du début des années 1950. Du fait des différentes formes que peut prendre le tabac

[51] Comme le précisent C.Hill et A. Laplanche, *« Il faut harmoniser les définitions des fumeurs et des fumeurs réguliers, et éviter d'appeler fumeur les fumeurs quotidiens »*. Celles-ci proposent alors les définitions suivantes : *« Un fumeur régulier est un fumeur qui fume au moins une cigarette par jour, mais il faut préciser une durée minimum de ce tabagisme quotidien pour définir un fumeur régulier […] Le fumeur occasionnel peut alors être défini comme un fumeur qui ne fume pas régulièrement »*.

[52] Alors que les plus « gros fumeurs » peuvent aisément omettre quelques cigarettes qui se confondent aux nombreuses autres, les plus « petits fumeurs » sont susceptibles d'oublier quelques-unes de celles consommées si la fréquence d'occurrence des consommations est particulièrement faible.

consommé (cigarettes, tabac à rouler, cigares, …) et de l'évolution des quantités de tabac contenu par unité de chacune de ces formes, c'est au travers du poids de tabac que doivent être observées les ventes, et non des seules quantités. Les ventes variant également selon le stock d'individus susceptibles d'acheter du tabac, c'est le poids de tabac vendu par jour et par adulte (graphique nº 1) qui permet de se dégager d'un éventuel effet d'effectif.

**Graphique nº 1 : Évolution des ventes de tabac par adulte (15 ans et plus), en gramme par jour de 1860 à 2003**

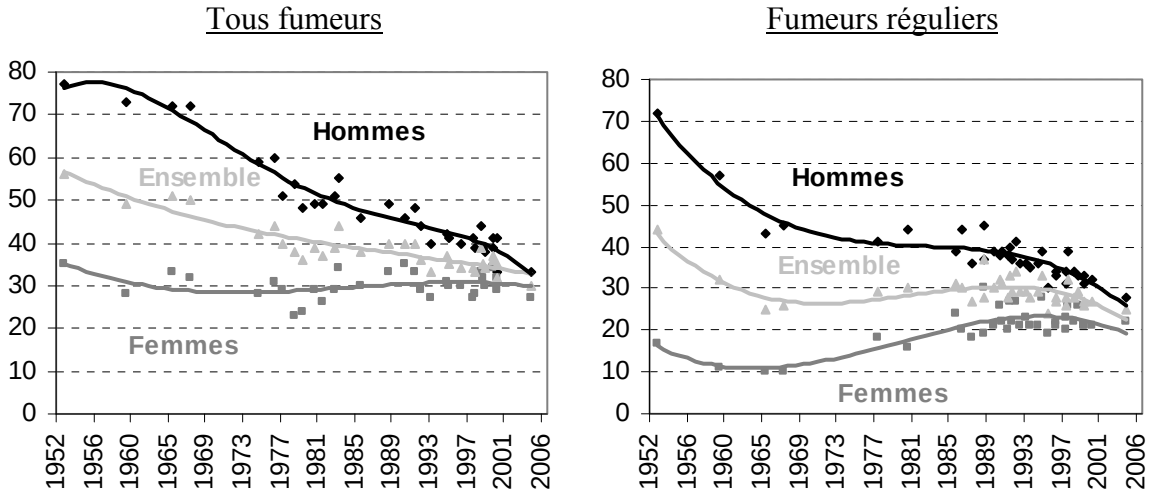



Source : (Hill et Laplanche [2004]).

Le développement qu'a connu le tabac est particulièrement important puisqu'il connaît une hausse de ses ventes de 150 % entre 1860 et 1975. Hormis lors de la Seconde Guerre mondiale où est observé le niveau le plus bas de la période, les ventes de tabac profitent d'une augmentation quasi constante sur un peu plus d'un siècle ; les variations les plus erratiques s'observant lors de l'entre-deux-guerres. C'est à partir de 1976, année où est promulguée la loi Veil, que la baisse des ventes de tabac débute initialement. Avec un taux de croissance annuel moyen de -1,28 % entre 1976 et 1990, cette décroissance s'accentue légèrement lors de la mise en place de la loi Évin et atteint -3,37 % sur la période 1991-2003. Si les consommations de tabac ont été très sensibles aux modifications légales, l'évolution de la proportion de fumeurs déclarée à l'occasion des différentes enquêtes réalisées entre 1953 et 2005 (graphique nº 2) semble indiquer qu'une prise de conscience sur la dangerosité du tabac[53] s'était déjà amorcée auparavant.

[53] L'existence d'une relation entre consommations de tabac et cancer du poumon est mise en évidence dès 1953.

**Graphique nº 2 : Évolution des proportions de fumeurs déclarés (en %) selon le type de consommation et le sexe, dans diverses enquêtes réalisées de 1953 à 2005**




Sources : CFES[54] /INPES, INSEE, CREDES[55]

Les enquêtes utilisées portent sur des échantillons de tailles différentes, et les méthodes peuvent varier d'une enquête à l'autre. De plus, les bornes inférieures et supérieures de l'âge des populations enquêtées fluctuent également[56]. Les mesures obtenues au sein de chacune d'entre elles ne peuvent être rigoureusement confrontées l'une à l'autre. Néanmoins, et malgré les sous-déclarations dont il a déjà été fait état, l'utilisation des données d'enquêtes permet toutefois d'avoir une représentation des tendances ayant eu cours depuis près d'un demi-siècle. Afin de visualiser ces évolutions sans trop de difficultés, des courbes de tendance ont été ajoutées[57]. Celles-ci présentent clairement les différences de comportements opérés entre hommes et femmes. Alors que la part des fumeurs tend à se réduire sur l'ensemble de la période, celle des fumeuses reste relativement stable. Distinguer l'ensemble des fumeurs, en vue de n'observer que les « fumeurs réguliers », confirme cette tendance à la baisse chez les hommes, qui paraît d'ailleurs plus précoce. Au contraire, chez les femmes, ne tenir compte que des « fumeuses régulières » révèle une hausse, qui signifie par conséquent une part grandissante de la consommation régulière parmi l'ensemble des fumeuses.

[54] Comité Français d'Éducation pour la Santé ; remplacé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

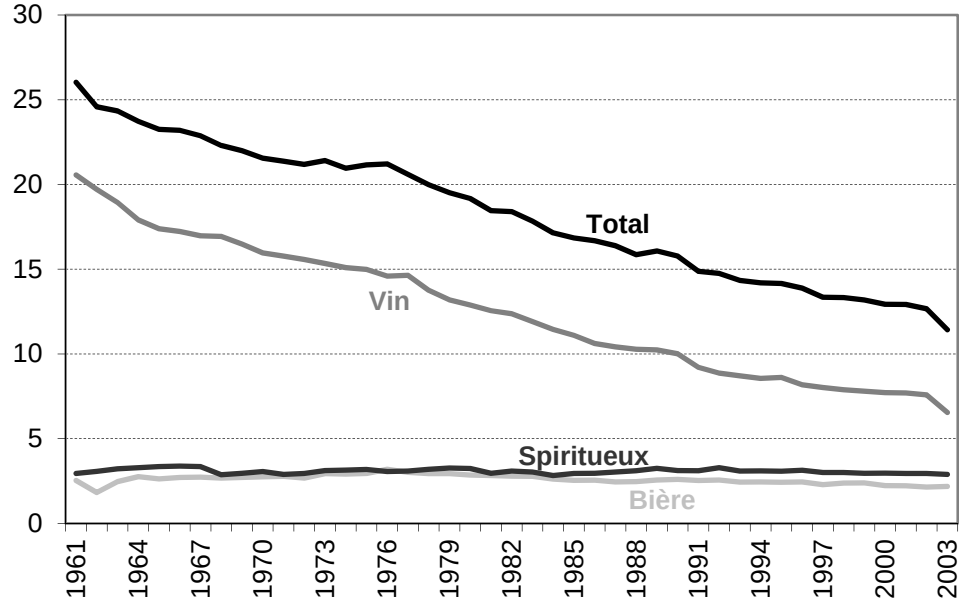
[55] Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé, devenu l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES).

[56] La taille de l'échantillon, l'organisme pour lequel est réalisé l'enquête, la date à laquelle elle a été effectuée, la méthode d'échantillonnage ainsi que les mesures obtenues sont présentées dans l'annexe 1 p. 408

[57] Le type de régression utilisé résulte d'un arbitrage consécutif de l'observation des différentes courbes que produisaient régressions linéaires, logarithmiques, exponentielles, et polynomiales.

Comme pour le tabac, les consommations d'alcool ont également connu une nette tendance à la baisse, et ce, depuis le début des années 1960 (graphique nº 3). Alors qu'un adulte buvait en 1960 en moyenne 26 litres d'alcool pur, il n'en boit qu'un peu plus de 11 litres en 2003. La réduction des consommations d'alcool s'est toutefois accélérée à partir de 1976 au rythme d'une baisse annuelle moyenne de l'ordre de 2,2 %, alors que celui-ci était de 1,4 % depuis 1960.

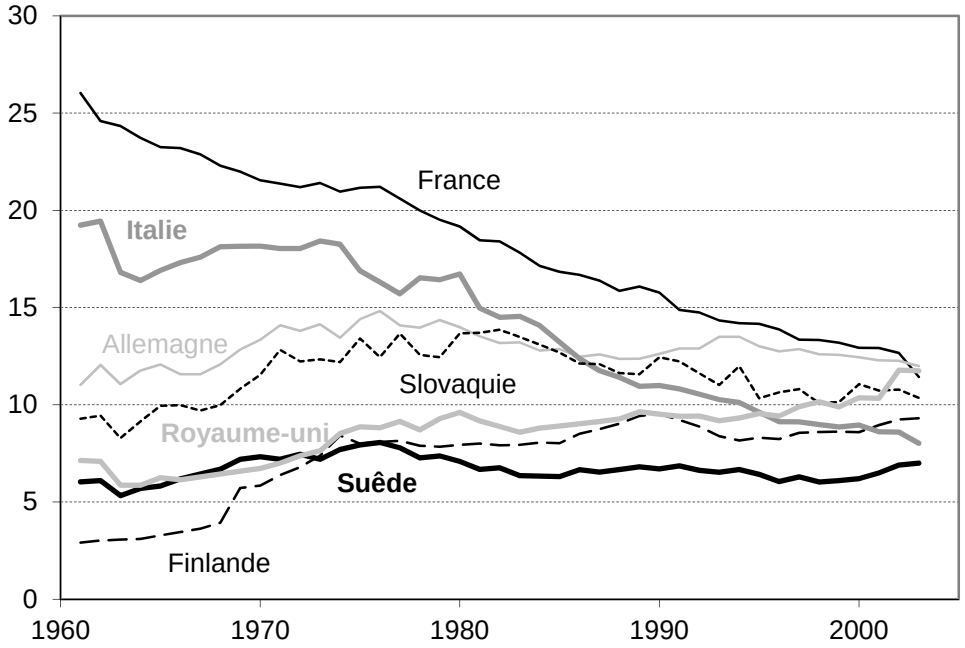
**Graphique nº 3 : Évolution des consommations d'alcool par adulte (15 ans et plus) en litre d'alcool pur par an, selon le type de boisson, entre 1961 et 2003**




Source : Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

La baisse des consommations d'alcool s'explique presque exclusivement par celle des consommations de vin. La bière et les spiritueux n'ont quant à eux pratiquement pas connu d'évolution au cours des quatre dernières décennies. Le rapport singulier qu'entretiennent les français avec le vin a longtemps fait de la France le plus gros consommateur d'alcool d'Europe (graphique nº 4). Le moindre succès que rencontre le vin aujourd'hui, fait que le niveau d'alcool consommé en France se rapproche de celui de ses voisins, et ne présente d'ailleurs plus la consommation moyenne d'alcool la plus importante. Le Royaume-Uni notamment, qui *a contrario* a connu sur la même période une croissance continue, est légèrement plus consommateur que ne l'est la France. La France présente toutefois encore l'un des niveaux les plus élevés.

**Graphique nº 4 : Évolution des consommations d'alcool par adulte (15 ans et plus) en litre d'alcool pur par an, de quelques pays de l'Union Européenne, entre 1961 et 2003**




Source : OMS

## II– Un nouvel attrait pour les drogues illicites

L'utilisation des données de vente, en vue d'avoir connaissance des évolutions d'usage de drogues illicites, ne souffre pas non plus de sous-déclaration. Elle ne présente cependant bien évidemment pas le même intérêt que celui apporté pour l'évolution des consommations des drogues licites, puisque les ventes enregistrées ne concernent pas directement les produits consommés. En effet, les ventes de seringues, de Stéribox®, de méthadone ou de Subutex®, ne peuvent être représentatives que de l'évolution mêlée de plusieurs phénomènes, sans que puisse être distinguée l'ampleur de chacun d'entre eux. S'agissant des ventes de seringues et de Stéribox®, elles résultent à la fois des évolutions de l'usage de drogues, de la pratique de l'injection comme mode d'administration, et du développement de la politique de réduction des risques. Les ventes des produits de substitution aux opiacés confondent quant à elles l'usage de drogues et l'accès à ces traitements. Par ailleurs, puisqu'il s'agit de patients qui, en partie, sont abstinents en raison de leur traitement, il existe un décalage notable entre les usages effectifs et la vente des produits de substitution.

Comme cela a déjà été exposé précédemment, les données institutionnelles souffrent du fait qu'elles dépendent de l'activité des institutions qui recensent les usagers et qu'elles ciblent une sous-population incluse dans celle des usagers de drogues, mais qui n'est pas représentative de l'ensemble des usagers. Afin de se dégager autant que possible de ces limites, ont été mises en place plusieurs méthodes qui visent à estimer, si ce n'est la population des usagers de drogues, les populations considérées comme étant celles qui ont les usages les plus importants en s'appuyant sur ces données institutionnelles. La première ayant été utilisée en France visait à estimer *« le nombre de personnes ayant eu un comportement toxicomaniaque en 1990 qui, à ce titre, ont, ont eu, ou auront au moins une fois recours au système sanitaire et social »*, et présentait un minimum d'au moins 150 000 « toxicomanes » (Coste [1990]). Par la suite, la modélisation par rétrocalcul a permis d'évaluer le nombre de *« consommateurs de stupéfiants à risque »* entre 50 000 et 160 000 individus en 1990 (Desesquelles [1997]). Enfin, la méthode de capture-recapture permet, pour l'année 2006, à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), d'estimer entre 195 000 et 348 000, le nombre d'individus ayant un « usage problématique »[58] de drogues à partir des données des centres de traitement (EMCDDA [2008]). Au-delà du fait que chacune de ces méthodes s'appuie sur des hypothèses fortes pour lesquelles il est parfois loin d'être certain qu'elles sont vérifiées[59], les populations concernées sont très spécifiques et varient d'une méthode à l'autre. La convergence des résultats, pour une même année, obtenus au travers des différentes méthodes précitées accorde toutefois une certaine crédibilité aux ordres de grandeur obtenus. Elles semblent par conséquent plus à même que les enquêtes en population générale de quantifier l'ampleur des usages de drogues les moins répandus.

En effet, l'enquête baromètre santé 2005, réalisée par l'INPES, qui représente à l'heure actuelle l'enquête en population générale collectant des informations sur les stupéfiants qui dispose du plus grand échantillon (n=30 514), permet d'estimer le nombre de consommateurs d'héroïne âgés de 15 à 44 ans en 2004 à près de 54 000 individus[60]. En supposant que la réalité du nombre d'usagers problématiques soit plus proche de la borne inférieure des estimations effectuées, et qu'il n'en soit conservé que 31,3 % en raison de la

[58] L'OEDT définit l'usage problématique comme étant *« l'usage de drogue par injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines »*

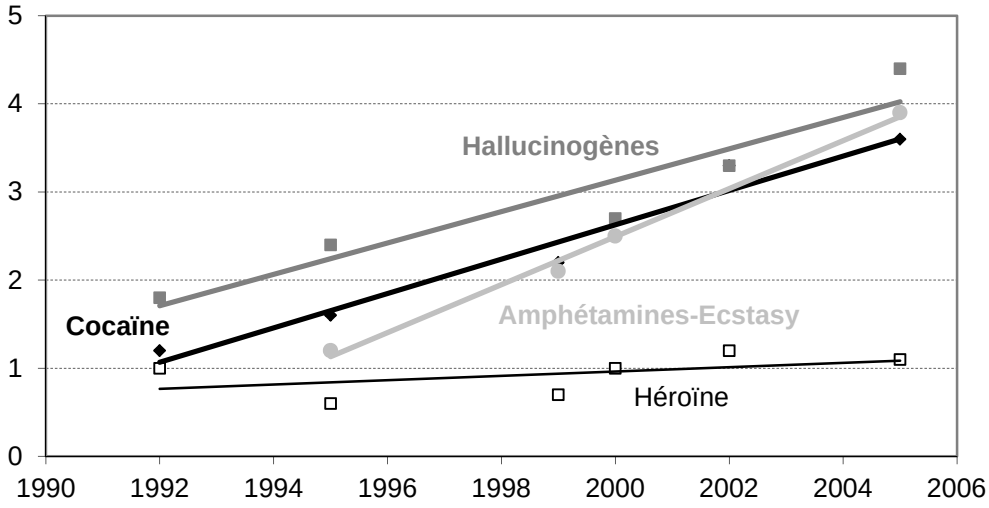
[59] Le détail des différentes méthodes citées dans ce paragraphe ainsi que les hypothèses sur lesquelles elles s'appuient sont présentées en annexe nº 2 p. 409.

[60] Soit 0,22 % des enquêtés âgés de 15 à 44 ans déclarant avoir consommé de l'héroïne au cours de l'année passée, multiplié par les 24,55 millions de personnes du même âge résidants en France au 1er janvier 2005 (estimé par l'INSEE). Le choix de restreindre le niveau de prévalence aux 15-44 ans alors qu'il serait possible de l'estimer pour les 15-75 ans s'explique en raison du fait que les patients traités pour d'autres substances que le cannabis étaient âgés en moyenne de 32 ans en 2005 (Palle et Vaissade [2007]).

part des consommateurs d'héroïne présents en 2005 dans les centres de traitement (EMCDDA [2006]), cela représente environ 61 000 individus. Alors que cette dernière estimation devrait pourtant être incluse dans celle d'une population définie de manière plus large, « avoir consommé de l'héroïne au cours de l'année passée », l'effectif estimé à partir des données des centres reste supérieur à l'estimation obtenue à partir des données du baromètre santé. Cela révèle ainsi l'une des limites des enquêtes en population générale, à savoir qu'elles permettent difficilement de prendre la mesure des comportements les plus marginaux (au sens statistique du terme).

Une fois prit connaissance de ce biais, elles constituent donc une source d'information possible, non pas en ce qui concerne les valeurs obtenues en elles-mêmes, mais à l'égard des tendances qui se dégagent quant à la variation de celles-ci. Le renouvellement du baromètre santé depuis 1992, ainsi que l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP) permettent de constater une hausse tendancielle des niveaux d'usages de quelques drogues illicites (graphique nº 5) dont la prévalence reste toutefois relativement faible (inférieure à 5 %).

**Graphique nº 5 : Évolution de la proportion d'expérimentateurs[61] de stupéfiants chez les 18-44 ans (en %), selon la substance, entre 1992 et 2005**




Source : CFES, EROPP-OFDT, Baromètre santé 2005-INPES

L'expérimentation d'héroïne se distingue de celle des autres produits par sa relative stabilité au cours de la dernière décennie, gravitant autour de 1 %, alors que celles de cocaïne,

[61] Il est entendu par « expérimentation » que les enquêtés déclarent avoir consommé le produit concerné au moins une fois au cours de leur vie.

d'hallucinogènes (LSD[62] et champignons hallucinogènes), et des amphétamines convergent vers une prévalence de 4 % parmi les 18-44 ans. L'étonnante similarité de l'évolution de l'expérimentation de cocaïne et des hallucinogènes nécessite cependant de spécifier les raisons pour lesquelles elle ne peut être constatée qu'avec beaucoup de réserve. D'une part, le choix d'une régression linéaire est totalement arbitraire dans la mesure où rien n'indique *a priori* qu'il soit plus justifié qu'un autre. Il n'a ici que l'objectif de simplifier la lecture des données. D'autre part, nous avons jugé intéressant de présenter l'évolution des hallucinogènes, dans la mesure où ils sont le groupe de produits le plus souvent expérimenté, parmi ceux présentés, au cours de la première moitié de la période. Toutefois, il doit être précisé que la formulation des questions relatives à leur expérimentation est variable d'une enquête à l'autre. Par conséquent, il ne peut pas être considéré que les mesures qui en découlent soient la représentation de comportements parfaitement identiques. L'enquête la plus récente permettait de distinguer les expérimentateurs de champignons hallucinogènes des expérimentateurs de LSD, puisqu'il était demandé pour chacun d'entre eux si les enquêtés avaient *« consommé du LSD/des champignons hallucinogènes au cours de (leur) vie »*. Cette formulation permet plus aisément de se dégager du « biais de mémoire » que ne le permet la question *« Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschisch ? Lesquelles ? »*. C'est de cette manière que la question fut énoncée lors de l'enquête EROPP en 2002 ou sous une forme similaire dans le baromètre santé 1992. À la croisée de ces deux formulations extrêmes, l'enquête baromètre santé 1995 spécifiait les produits, mais les incluait dans une même question[63]. C'est en raison de ce même regroupement des amphétamines et de l'ecstasy au sein d'une même question, lors de certaines des enquêtes utilisées, que l'évolution de ces substances est présentée sous cette forme. Or leur croissance, qui s'avère d'ailleurs être la plus rapide, découle certainement en grande partie de la récente apparition de la MDMA[64] en France. Malgré tout, et en raison de son appartenance à la famille des amphétamines, il apparaissait plus pertinent, à cette époque, de l'assimiler à ce groupe de stupéfiants plutôt que de laisser les déclarations aux aléas d'une question ouverte, telles que les questions utilisées pour les actuelles nouvelles drogues (à titre d'exemple la kétamine ou le GHB[65]). Discerner l'évolution des consommations de ces

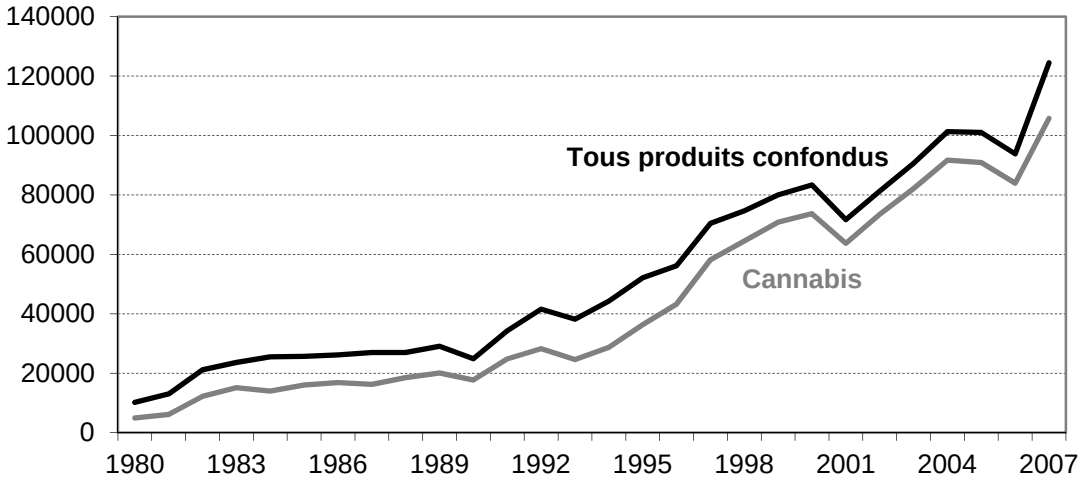
[62] Diéthylamide de l'acide lysergique, de l'allemand LysergeSäureDiethylamid.
[63] L'enquête baromètre santé 2000, également utilisée, posait la question *« Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une des substances suivantes ? »* et proposait parmi les modalités de réponse : « *du LSD, un acide, un buvard, un trip ?* », mais aucune ne faisait référence aux champignons hallucinogènes. L'expérimentation de ces derniers pouvait être connue grâce à une question ouverte identique à celle de l'enquête EROPP.
[64] Principe actif de l'ecstasy.
[65] Gamma Hydroxy Butirate

nouvelles drogues grâce aux enquêtes en population générale s'avère alors illusoire, cela se prêtant plus efficacement aux investigations de terrain (Cadet-Taïrou *et al.* [2008]). C'est également le cas pour l'ensemble des drogues à faible prévalence d'usage pour lesquelles l'approche ethnographique est plus à même de constater des pratiques peu répandues (Reynaud-Maurupt et Verchère [2003]). Le caractère illicite des produits participe très certainement au faible d'usage qui en est fait, et amoindrit par la même occasion l'exploitation qu'il peut être fait d'enquêtes qui s'appuient sur un échantillonnage trop restreint. Le cadre juridique des substances n'est pas pour autant l'arbitre de celles qui peuvent, ou non, être efficacement étudiées lors des enquêtes en population générale, comme le montre le cas du cannabis.

## III– Le (nouveau) succès du cannabis

Avant la mise en place des enquêtes portant sur les usages de drogues en France, c'est au travers des intervenants qui s'adressent aux populations concernées que pouvaient être identifiées les substances faisant l'objet de consommations plus ou moins importantes. Les interpellations pour usage et/ou revente, si elles ne permettent pas d'être un bon indicateur des tendances de consommation, illustrent néanmoins l'importance relative des différents produits consommés (graphique nº 6). La part que représentent les interpellations liées au cannabis peut également néanmoins être influencée par les directives reçues par les forces de police.

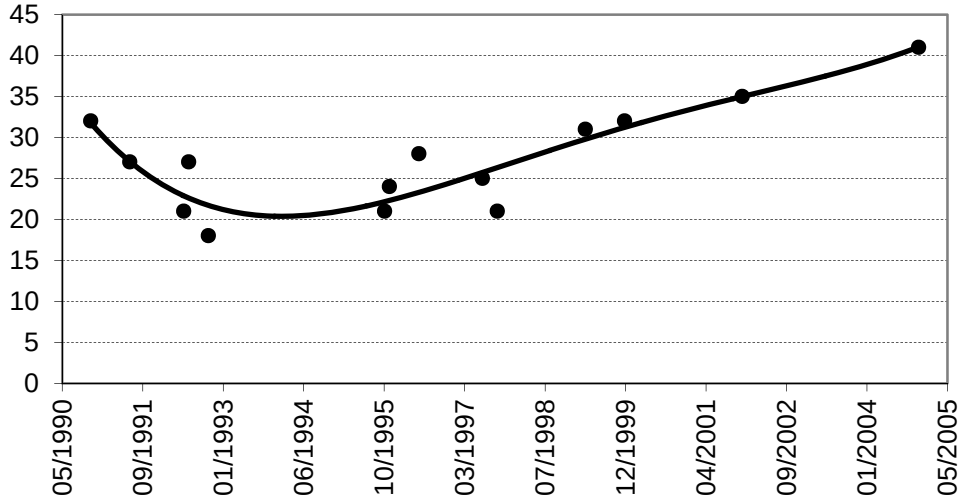
**Graphique nº 6 : Évolution du nombre d'interpellations pour usage et/ou revente de stupéfiants entre 1980 et 2007**




Source : OCTRIS

Sans donc savoir exactement dans quelle mesure l'importante part du cannabis dans les interpellations relève des usages effectifs, ces données, associées aux observations de terrain, sont parmi les seules disponibles. Cela explique qu'il soit le premier produit illicite pour lequel des questions concernant spécifiquement son usage aient été intégrées lors d'enquêtes. Les premières enquêtes qui permettent d'estimer le niveau de consommation du cannabis remontent à présent à près de 20 ans, soit depuis le sondage réalisé par la SOFRES[66] en novembre 1990 pour le compte du CFES. Le renouvellement d'enquêtes qui collectent par la suite cette même information permet d'observer l'évolution de la prévalence de l'usage de cannabis (graphique nº 7), sur les quinze années suivantes.

**Graphique nº 7 : Évolution de la part des expérimentateurs de cannabis chez les 18-44ans (en %) entre 1990 et 2005**



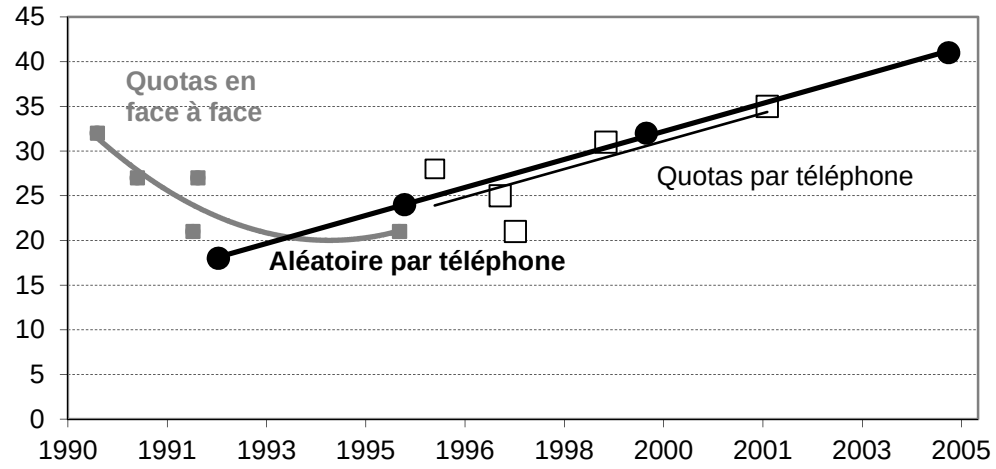

Source : CFES, IFOP[67], INPES, OFDT, SOFRES[68]

L'utilisation de quatorze enquêtes, réalisées sur une période de quinze ans, montre que les consommations de cannabis ont connu une hausse sensible au cours des dix dernières années. La courbe de tendance, ajoutée ici afin de rendre plus simple la lecture du graphique, laisse penser que cette hausse apparaît à la suite d'une baisse antérieure. Il convient toutefois de préciser que les différentes enquêtes n'utilisent pas le même protocole de collecte. Alors que cinq d'entre elles, dont les quatre plus anciennes, sont réalisées en face à face sur la base d'un échantillon constitué par quotas, les neuf autres le sont par téléphone. Seules quatre de ces enquêtes s'appuient sur un échantillonnage aléatoire.

[66] Société Française d'Études par Sondage.
[67] Institut Français d'Opinion Publique.
[68] Le détail des enquêtes utilisées (date, échantillon, organisme, …) est présenté en annexe nº 3 p. 411.

Il est toujours difficile de distinguer en quoi le mode de collecte peut influencer les mesures réalisées. S'agissant d'un échantillonnage par quotas, le biais de sélection qu'induit la liberté laissée aux enquêteurs pour composer l'échantillon, va alors également être sensible au contexte dans lequel ont lieu les enquêtes. C'est particulièrement le cas lorsque les enquêtes sont réalisées en face à face, ce qui peut entraîner des différences significatives, comparativement à ce qui s'observe par la réalisation d'un sondage aléatoire (Donovan *et al.* [1997]). Sans pour autant se dégager de l'influence du contexte sur le choix des enquêtés par les enquêteurs, observer les tendances des niveaux de consommation du cannabis selon la méthodologie utilisée peut apparaître comme moins trompeur (graphique nº 8). Le revers d'une telle distinction est que la période d'observation en est, pour chacune d'elles, plus restreinte, et les tendances qui en découlent plus sensibles aux variations erratiques.

**Graphique nº 8 : Évolution de la part des expérimentateurs de cannabis chez les 18-44 ans (en %), entre 1990 et 2005, selon le protocole d'enquête**




Source : CFES, IFOP, INPES, OFDT, SOFRES

Mettre en relation les courbes de tendance des enquêtes par quotas, obtenues pour chacun des modes de collecte (en face à face ou par téléphone), présente une allure similaire à celle obtenue en tenant compte de l'ensemble des enquêtes sans distinguer les modalités selon lesquelles celles-ci ont été réalisées. Cela tient au fait que les enquêtes pour lesquelles l'échantillon est constitué aléatoirement sont malheureusement trop peu nombreuses. Ces dernières présentent une évidente relation affine à pente ascendante, autour de laquelle gravitent les mesures effectuées à partir des enquêtes par quotas. Les variations relativement importantes des prévalences constatées entre les enquêtes réalisées à quelques mois d'intervalle (environ 5 points en 1992 et 1995/1996) illustrent les biais que peut induire

l'utilisation de quotas comme tentative de représentativité. Lorsque les niveaux d'usage peuvent être confrontés à la tendance des enquêtes aléatoires, c'est-à-dire à partir de 1991, ils ne s'en éloignent que peu, il peut donc être jugé qu'une certaine représentativité est respectée. En cela, il pourrait être accordé une même valeur à celles antérieures à 1992. Rien ne permet toutefois d'en être assuré, puisque la décroissance de la consommation déclarée de cannabis peut également s'expliquer par un moindre effet de sélection occasionné par les enquêteurs. Ceux-ci, plus sensibilisés au fil des années, à l'impact qu'entraîne l'interrogation d'individus sous la seule contrainte d'une structure semblable à celle de la population générale (selon les caractéristiques sélectionnées en amont), peuvent avoir tenté de contacter les enquêtés de manière plus « hasardeuse ». Cela se traduirait *a posteriori* par une meilleure représentativité, comme cela a pu être constaté lors d'enquêtes utilisant les deux méthodes de collectes sur une même population (Cumming [1990]). Nous ne pouvons pas être assurés que la part de la population qui avait consommé du cannabis en 2000 ne faisait que retrouver une ampleur semblable à celle existant dix ans auparavant. Il convient donc de faire preuve de rigueur et de se suffire d'une quasi-certitude quant à la hausse constante des quinze dernières années de la période observée ; ce qui laisse craindre que les conséquences néfastes de ces usages puissent également avoir progressé.

## §3 – Morbidité associée à l'usage de drogues

### I – Des morbidités avérées et d'autres, encore discutées

La convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac, adoptée le 21 mai 2003 rappelle que les recherches scientifiques ont clairement établi que « l'exposition au tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort » (OMS, [2003]) ; 13 différents cancers[69] sont à ce titre reconnus comme pouvant être occasionnés par la consommation de tabac de manière avérée (OMS [2008]). D'autres localisations, cancer de la vulve, cancer colorectal ou encore cancer du cerveau présentent possiblement des relations avec la consommation de tabac. Maladies cardiovasculaires, accidents ischémiques, et autres pathologies ont également fait l'objet d'études mettant en relation les consommations de tabac

[69] Poumon, cavité buccale, cavité nasale et sinusale, pharynx, larynx, oesophage, estomac, pancréas, foie, vessie, rein, col de l'utérus et leucémie myéloïde.

et une fréquence plus importante de leur survenue (OMS [2006]). S'il s'agit bien évidemment de morbidité relative aux usagers, le tabac est également responsable de pathologies qui affectent les non-fumeurs, puisque les conséquences morbides du tabagisme passif ont été mises en évidence dès 1981 (Hirayama [1981]). Parmi les cancers qu'occasionne le tabac, plusieurs semblent également favorisés par l'alcool.

Si les états morbides diffèrent, le caractère licite ou illicite ne s'explique donc clairement pas en raison de la nocivité ou non des produits. Seule la « pureté » des produits pourrait les distinguer à cet égard. C'est toutefois bien le cadre légal posé *a priori* qui explique une moindre qualité des produits illicites, et non l'inverse. Le tabac et l'alcool, parce que leur production est légale, s'avèrent aussi réglementés. Les consommateurs de ces produits ont par conséquent connaissance des composants qu'ils contiennent, ce qui n'est pas le cas des stupéfiants. Les consommateurs de drogues illicites peuvent alors être amenés à ingérer d'autres substances que celles qu'ils souhaitent dans la mesure où différents produits sont utilisés pour « couper » les psychotropes vendus illégalement, et ce, afin d'ajouter de la masse aux stupéfiants (vendus majoritairement au poids)[70]. Le Système d'Identification National des Toxiques et des Substances (SINTES), mis en place en 1999, permet de disposer d'informations relatives à la qualité des produits qui circulent sur le sol français. Sans pour autant être exhaustif, il permet d'avoir connaissance de certains composés présents dans les échantillons récoltés sur le terrain par les services répressifs ou sanitaires et sociaux. Parmi les dernières notes d'information publiées par l'OFDT sont ainsi citées la phénacétine[71] comme produit de coupe de la cocaïne ou la mcPP[72] vendue en tant qu'ecstasy. L'existence d'un tel système n'est malheureusement que très peu connue par les consommateurs qui évoluent alors souvent dans un climat dans lequel se mêlent phantasmes et réalité. Il est alors fréquent d'entendre parler de cannabis coupé avec du henné, de la cire, ou de la paraffine lorsqu'il s'agit de résine de cannabis. Aucun échantillon n'a jusqu'à présent prouvé l'existence d'une telle pratique. Deux produits d'adultération, des microbilles de verres et un composé proche du sable, ont toutefois été détectés de façon certaine dans des herbes de cannabis recueillies

[70] L'ecstasy et le LSD se vendent la plupart du temps sous la forme de cachet pour le premier, et de buvard imbibé pour le second. Le gain de masse ne peut donc être un effet recherché. Néanmoins, afin de léser les consommateurs, il arrive que soient ajoutées en ce qui concerne l'ecstasy des amphétamines moins coûteuses (et difficile à distinguer pour les nouveaux consommateurs). Quant au LSD, des fixateurs sur les buvards sont utilisés, notamment la strychnine.

[71] Précurseur du paracétamol, cette molécule a été commercialisée en France jusqu'en 1994 pour ses propriétés antalgiques (antidouleur) et antipyrétiques (baisse de la fièvre), puis retirée de la vente en raison de cas avérés de toxicité rénale et du potentiel carcinogène de la molécule.

[72] M-Chlorophénylpipérazine. Il a, entre autres, été recueilli que ce produit suscite nausées, vomissements, insomnie et des anxiétés d'intensité variable.

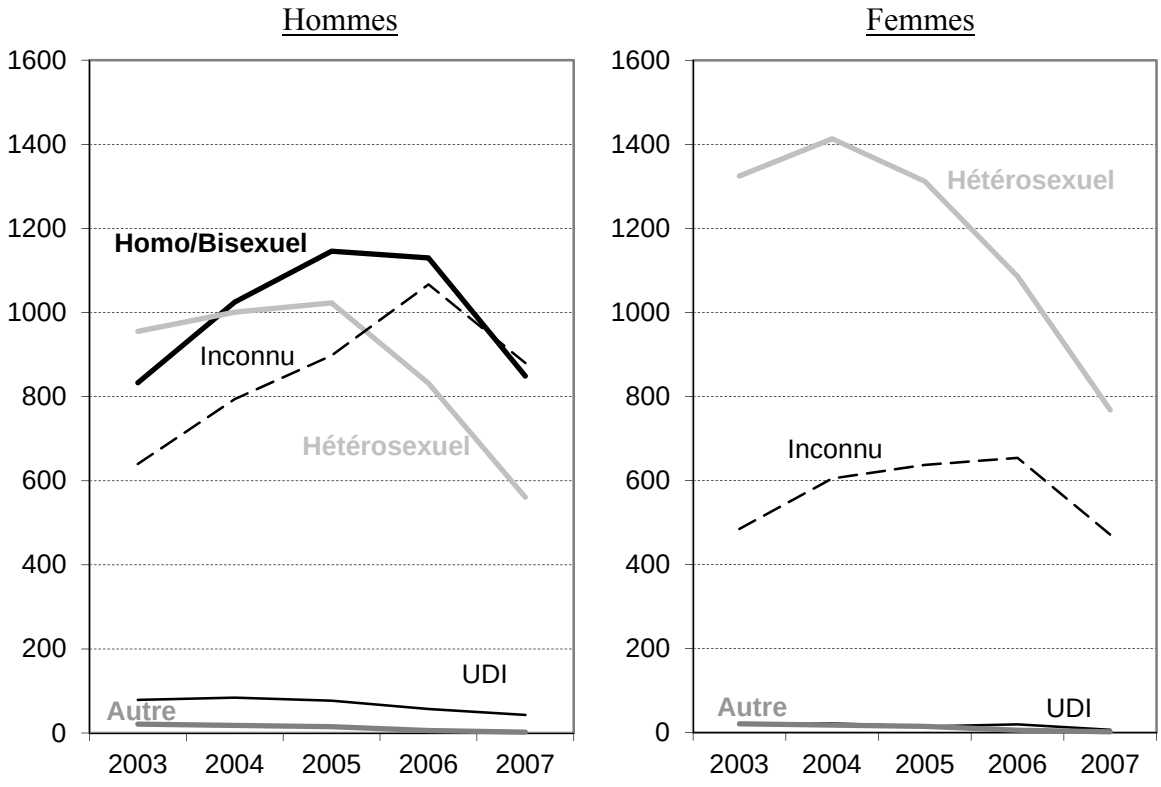
auprès d'usagers (Costes [2007]). Se diffuse également à certaines occasions l'idée selon laquelle les dealers mélangeraient cannabis et héroïne afin de s'assurer une clientèle plus fidèle. De telles rumeurs pourraient alors, de manière anecdotique, souligner l'éventuelle paranoïa qu'occasionneraient les consommations de psychotropes.

L'existence de morbidités psychiatriques induites par l'usage de drogues soulève depuis quelques années de nombreuses questions, principalement centrées sur le cannabis en raison de l'importance que celui-ci représente dans l'ensemble des consommations. Les résultats présentés jusqu'à maintenant sont toutefois largement controversés. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de la « psychose cannabique » pour laquelle il n'est pas clairement identifié si les troubles psychotiques sont effectivement occasionnés par le produit lui-même ou s'ils résultent d'une psychose naissante accélérée ou révélée par le cannabis (Caste et Murray [2004]). Se pose aussi actuellement la question d'un éventuel lien entre schizophrénie et usage de cannabis. Les prémices de telles inquiétudes sont apparues en 1987 lors d'une étude spécifiant que les individus ayant consommé du cannabis avant leur service militaire avaient six fois plus de chances de développer une schizophrénie (Andréasson *et al.* [1987]). Cette étude n'indiquait pas de relation de cause à effet, mais c'est en 2002 que celle-ci semble apparaître dans la mesure où il est également constaté un effet dose/réponse ; la probabilité de développer une schizophrénie augmenterait avec le nombre des consommations avant 15 ans (Arseneault *et al.* [2002]). Ces conclusions ont par la suite été appuyées par plusieurs études, qui par ailleurs précisent que le cannabis augmente d'autant plus le risque que les individus présentent déjà une vulnérabilité psychotique (Van Os *et al.* [2002], Henquet et al. [2005]). Ces affirmations ont toutefois largement été modérées par une récente étude qui relève l'importance que représente la disposition génétique dans l'influence que peut avoir le cannabis sur le développement des psychoses, dont la schizophrénie (Caspi *et al.* [2005]). Un même climat d'incertitude règne sur l'ensemble des relations existantes entre ce produit et d'autres psychoses. Toutefois, il semble se dégager un consensus autour duquel la consommation de cannabis, et plus généralement de produits psychotropes, empire les états psychotiques de personnes souffrant au préalable de troubles psychiatriques. Il ne peut donc pour l'heure être présenté d'évolutions quant à ces morbidités psychiatriques. Au contraire, les connaissances acquises en termes d'infections virales étant déjà plus anciennes, ce type de morbidité peut faire l'objet d'observations plus poussées.

## II – Les maladies infectieuses

La morbidité, relative aux maladies infectieuses, qu'entraîne l'usage de drogues s'est particulièrement révélée au travers de l'infection au VIH au milieu des années 1980. La récente mise en place, depuis 2003, des déclarations obligatoires du VIH, ne permet encore que de disposer d'évolutions de courtes périodes, sans que puissent être réalisées d'exploitations approfondies des données qui en sont issues[73]. Les nouveaux cas de séropositivité, dont le mode de contamination supposé est l'usage de drogues par intraveineuse (UDI), baissent tendanciellement sur la période (graphique nº 9). Ils sont par ailleurs très largement moins nombreux que ceux enregistrés comme engendrés par d'autres modes de contamination. L'importance du nombre des nouvelles infections pour lesquelles le mode de contamination est inconnu souligne toutefois la prudence avec laquelle se doivent d'être interprétés ces résultats.

**Graphique nº 9 : Évolution du nombre de séropositivités VIH découvertes, selon le sexe et le mode de contamination entre 2003 et 2007[74]**




Source : InVS

[73] Le regroupement des données est supervisé par l'InVS.

[74] Les données 2006 et 2007 sont provisoires, du fait du délai entre la découverte de la séropositivité et l'enregistrement effectif de celle-ci.

Les enquêtes réalisées antérieurement à 2003 au sein de la population usagère de drogues laissent toutefois également supposer une baisse de l'infection (tableau nº 1). Alors que le niveau de prévalence du VIH s'élevait en 1988 à 40 % des enquêtés, il n'est plus que de 7 % en 2005.

**Tableau nº 1 : Évolution de la prévalence du VIH lors d'enquêtes réalisées auprès des populations usagères de drogues entre 1988 et 2006**

| | 1988 | 1991 | 1993 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IREP | 40 % | 34 % | - | 20 % | - | - | - | - | - | - | - | - |
| CESES | - | - | 29 % | 14 % | 18 % | - | - | - | - | - | - | - |
| DREES | - | - | - | 33 % | 19 % | - | 15,4 % | - | - | - | - | - |
| InVS/INSERM | - | - | - | - | - | 19 % | - | - | - | - | - | - |
| OFDT | - | - | - | - | - | - | - | 14 % | 10 % | - | 7 % | 8,5 % |
| InVS/ANRS | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 11 % | - | - |

Sources : IREP [75], CESES [76], DREES [77], InVS/INSERM [78], OFDT [79], InVS/ANRS [80]

La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues injectables mesure la part des individus séropositifs, ce qui se distingue de l'incidence du VIH qui représente les nouveaux cas de séropositivité au cours de l'année. Par conséquent, la baisse de la prévalence n'implique pas nécessairement une baisse des nouvelles séroconversions. Ceci n'est réellement le cas, qu'à la condition que les entrées, c'est-à-dire les nouvelles contaminations d'usagers de drogues[81] (et non celles pour lesquelles le mode de contamination est l'UDI), soient moins nombreuses que les sorties, en l'occurrence le décès des personnes infectées ou la sortie de la toxicomanie[82]. La sortie de la toxicomanie au cours des années 1980 est, même sous des hypothèses particulièrement optimistes, extrêmement faible – de l'ordre de 12 % –

[75] Institut pour la Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance. Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face à la contamination par le VIH et les virus de l'hépatite (Ingold *et al.* [1996]).

[76] Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du SIDA. Enquête semestrielle sur les infections à VIH et VHC chez les résidents des CSST avec hébergement. (Six *et al.* [1999]).

[77] Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations, et des Statistiques. Enquête toxicomanie (Gadel et Nunes [1998]).

[78] Enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues (Emmanuelli et al. [1999]).

[79] Rapports TREND pour les données 2000 (Delile et Rahis [2001]) et 2002 (Bello et al. [2003]) et 2006 (Cadet-Taïrou [2008]), dispositif RECAP pour 2005 (Palle et Vaissade [2007]).

[80] Agence nationale de recherche sur les hépatites virales et le SIDA. Enquête coquelicot (Jauffret-Roustide *et al.* [2006]).

[81] Ou l'immigration d'usagers de drogues séropositifs.

[82] L'émigration de toxicomane fait également sortir les individus de la population observée. S'agissant ici d'enquête dont la représentativité n'est pas assurée, ce biais apparaît ici comme secondaire.

(Charpak et Benjanin [1992]). La mortalité par SIDA étant très importante parmi les séropositifs avant la mise en place des multithérapies, il est donc peu surprenant que la prévalence du VIH diminue, puisqu'il faudrait, pour que cela ne soit pas le cas, que les nouvelles contaminations soient du même ordre de grandeur que les décès d'usagers séropositifs. La probabilité de décéder par SIDA baisse cependant très rapidement à partir de 1997 (Bergouignan [2005]). La mortalité pour d'autres causes que le SIDA des personnes infectées par le VIH, et la séropositivité sans entrer dans le SIDA, étaient relativement faibles avant 1996. Par conséquent, c'est par la baisse de la prévalence du VIH postérieure à 1997 qu'il peut réellement être estimé que les nouvelles contaminations se font plus rares. L'utilisation des données issues de l'enregistrement permanent des entrées dans le SIDA, initié dès 1983, aurait permis par conséquent d'observer plus vraisemblablement l'évolution des nouvelles contaminations découvertes avant cette date. Il est donc regrettable que n'ait pas été également collectée, lors de la première entrée dans le SIDA, l'année de réalisation du test ayant informé de la séropositivité des individus.

Parallèlement à la baisse de la prévalence du VIH, les hépatites virales se sont développées parmi les usagers de drogues. C'est notamment le cas en ce qui concerne le VHC dont la prévalence tend à se réduire, mais reste importante (tableau nº 2). Les niveaux de prévalence présentés ici sont ceux obtenus à partir des mêmes enquêtes que celles citées pour le VIH.

**Tableau nº 2 : Évolution de la prévalence du VHC lors d'enquêtes réalisées auprès des populations usagères de drogues entre 1988 et 2006**

| | 1993 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2002 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IREP | - | 47 % | - | - | - | - | - | - | - |
| CESES | 43 - 51 % | 60 % | 56 % | - | - | - | - | - | - |
| DREES | - | 66 % | 62,8 % | 63 % | 64 % | - | - | - | - |
| InVS/INSERM | - | - | - | 58 % | - | - | - | - | - |
| OFDT | - | - | - | - | - | 49 % | - | 35 % | 32 % |
| InVS/ANRS | - | - | - | - | - | - | 59,8 % | - | - |

Sources : IREP, CESES, DREES, InVS/INSERM, OFDT, InVS/ANRS[83]

Les données relatives à la contamination au VHB s'avèrent plus parcellaires, mais semblent montrer un niveau d'infection plus proche de celui du VIH. L'enquête premières

[83] Les chiffres sont issus des mêmes sources que celles du tableau nº 1.

lignes usagers de drogues, également utilisée lors de la présentation de la part des séropositifs aux autres infections, permettait d'estimer, pour l'année 2006, à 7,9 % la part des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne[84] infectés par le VHB. Parmi les 456 cas déclarés auprès de l'InVS entre 2004 et 2006, 10 ont l'usage de drogues comme mode de contamination supposé.

## §4 – Les mortalités de la drogue

### I – Les multiples causes de mortalité liées à l'usage de drogues

La mortalité des usagers de drogues, la mesure qui en découle, et sa confrontation à celle de la mortalité de l'ensemble de la population à laquelle ceux-ci appartiennent permettent d'identifier une plus grande vulnérabilité des consommateurs de drogues. Difficile à mettre en oeuvre, la mesure de cette mortalité nécessite de compiler des informations issues de sources diverses qui concernent des sous-populations différentes, selon les critères d'inclusion utilisés, et demande de faire amende honorable quant aux assimilations effectuées entre chacune des sous-populations identifiées (Warner-Smith *et al.* [2001]). L'utilisation détournée des données d'interpellation de l'OCTRIS, du registre national des causes de décès du CépiDC-INSERM et du Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP) administré par l'INSEE, a permis d'estimer une mortalité des *« personnes interpellées pour usages d'héroïne de cocaïne ou de crack »* 5 fois plus élevée pour les hommes, et 9 fois chez les femmes, que dans l'ensemble de la population française (Lopez et al. [2004]). Cette mesure répond à l'absence d'observation d'une cohorte d'usagers et de son devenir en France. Cette expérience présente toutefois des niveaux de mortalité bien inférieurs à ceux observés lors de suivis réalisés à l'étranger. C'est notamment le cas lorsqu'on compare ces résultats à ceux obtenus auprès d'usagers de drogues entrés en traitement à Rome, pour lesquels la mortalité des usagers masculins apparaissait 15 fois, et celles des usagères 38 fois, plus importante (Bargagli *et al.* [2002]). La comparaison de ces résultats reste toutefois à prendre avec mesure puisque plusieurs éléments peuvent participer à de telles différences,

[84] Il s'agit de structures de réduction des risques (boutiques, échanges de seringues…), structures dites « à bas seuil d'exigence », y compris structures de distribution de méthadone « bas seuil ».

sans qu'on puisse distinguer l'importance de chacun[85]. Pour autant, la surmortalité des usagers de drogues se différencie de la mortalité liée à ces usages. Si la mortalité liée aux usages constitue une partie de la mortalité différentielle dont souffrent les usagers de drogues – c'est directement le cas de la mortalité par surdose et indirectement de celle par SIDA –, elle n'en représente pas pour autant la totalité. En rapportant la mortalité des usagers de drogues à celle des individus de même âge et même sexe est évincée l'influence de la structure par sexe et âge des populations considérées. Reste que l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques, et la manière dont elles se répartissent au sein de ces sous-populations sont susceptibles d'influencer la mesure[86]. Mais la surmortalité des usagers de drogues n'est pas la mortalité des usages de drogues encore, et surtout, car il est très probable que les usagers n'ont par ailleurs pas, au-delà du seul usage de drogues, les mêmes comportements que l'ensemble de la population. Or, certains de ces comportements peuvent également être des vecteurs de mortalité. Estimer la mortalité liée à l'usage de drogues revient donc à « sommer » les mesures de mortalité de chacune des causes associées, plus ou moins directement, aux usages[87].

Ainsi, une fois définis les produits à considérer comme étant une drogue[88], deux questions restent à être éclaircies :

- Quelles doivent être les causes de mortalité pour lesquelles il est considéré que l'usage de drogues explique qu'elles se manifestent ?
- Comment distinguer la part des décès observés, pour chacune de ces causes, effectivement imputables à l'usage de drogues ?

La première d'entre elles est en apparence évidente puisqu'elle suppose qu'il convient de répertorier l'ensemble des causes de mortalité pour lesquelles sont spécifiés, soit les produits pris en compte, soit ce qui s'apparente aux conséquences directes ou indirectes des

[85] L'étude française ayant pour période d'observation 1992-2001, elle intègre l'arrivée des multithérapies et influence à la baisse les entrées dans le SIDA ainsi que la mortalité qui lui est liée. Contrairement à l'étude italienne, elle couvre l'ensemble du territoire national et non la seule capitale, où il est constaté des taux de mortalité plus importants. Enfin, les auteurs français précisent par ailleurs que les usagers de drogues en traitements *« présentent des niveaux de risques plus élevés »*. S'il est difficile d'être en accord avec cette assertion, dans la mesure où ils sont les usagers de stupéfiants (autre que le cannabis) pour lesquels l'information disponible est la plus importante et qu'il peut difficilement être établies de comparaisons avec d'autres populations d'usagers dont on ne dispose que de peu de connaisses, il peut toutefois être précisé que les patients sortant de traitement sont fortement sujets à des risques de surdose (Perruci et al. [1991]), possiblement en raison d'une période d'« abstinence » qui entraîne une moindre tolérance qu'auparavant.

[86] Cette remarque n'est toutefois ici présentée qu'à titre de rappel, puisque son extrapolation poussée « à l'absurde » invaliderait toute mesure s'appuyant sur des données agrégées.

[87] Il ne s'agit pas à proprement parler de la sommation des mortalités par causes. Les décès observés en raison de l'usage de drogues peuvent être cumulés pour estimer les « décès liés à la consommation de drogues ». Mais la manifestation des différentes causes étant concurrentes, il ne peut en être fait de même pour les probabilités de décéder par ces causes.

[88] Cela fera l'objet de réflexions ultérieures. Cf. Partie 1 chapitre 3.

substances. Les mentions « cannabisme », « syndrome de sevrage de drogue », « delirium tremens[89] » ou encore « pharmacodépendance sans précision » s'avèrent en l'occurrence les moins imprécises[90]. Il n'en est bien évidemment pas de même pour la majorité des cas, puisqu'une partie de la mortalité liée à l'usage de drogues se traduit, lors des certifications des médecins, sous la forme des pathologies qui ont induit le décès, indépendamment des raisons les ont occasionnées. À ces décès issus de pathologies, s'ajoutent ceux pour lesquels la cause est énoncée par les circonstances qui les ont entraînés (accidents de la route, accidents domestiques, …), et dont une partie s'explique également par les effets qu'induisent les drogues. Pour ces causes de décès, exception faite du SIDA, on ne peut pas non plus savoir quels sont ceux qui résultent de l'usage de drogues. Pour ces raisons, il est nécessaire de répondre à la seconde question. Les réponses apportées ne peuvent qu'être imparfaites, mais néanmoins informatives des ordres de grandeur des décès liés aux usages de drogues ne se limitant pas aux seules causes directes.

## II – L'overdose : une cause de mortalité directement liée aux drogues

L'overdose s'identifie aisément comme cause de mortalité liée à l'usage de drogues puisqu'elle se définit comme l'intoxication aiguë de la prise d'une quantité excessive de drogue pouvant entraîner la mort. Cette cause de mortalité n'est toutefois pas référencée dans la codification qu'effectue l'INSERM, en charge depuis 1968 de réceptionner et d'agréger les certificats médicaux de décès. Les surdoses sont alors comptabilisées dans un ensemble plus large, dénommé par la Classification Internationale des Maladies (CIM), « Pharmacodépendance et toxicomanie »[91]. Les décès par surdoses constatés par la police, dont est en charge l'OCTRIS, constituent alors théoriquement la mesure la plus proche de la mortalité que l'on souhaite identifier. Toutefois, expliquant qu'en raison d'un très probable sous-enregistrement des décès de cette nature[92], et de l'impossibilité de croiser ces

[89] Délire alcoolique aigu déclenché par un sevrage brutal chez un alcoolique chronique. Le désordre intellectuel, souvent hallucinatoire, s'accompagne de tremblements, d'agitation, de fièvre, de sueurs et de déshydratation.

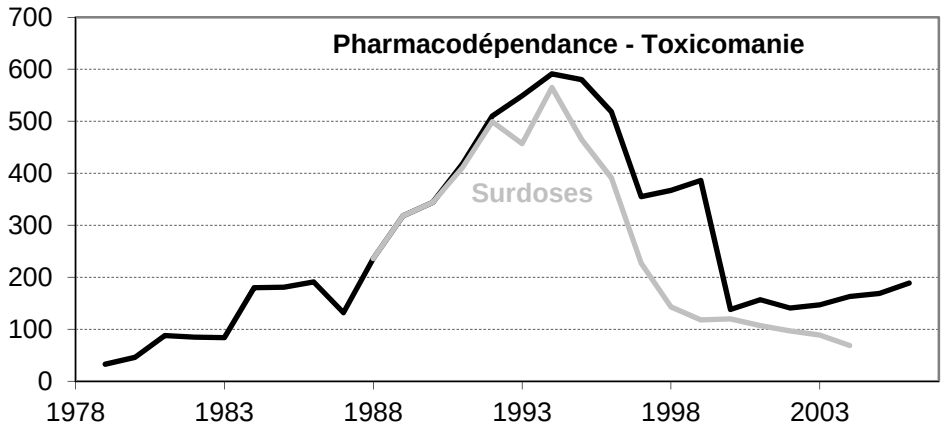
[90] L'ensemble des causes pour lesquelles est précisé le produit, ou dont seuls les produits peuvent avoir occasionné le décès est présenté en annexe nº 4 p. 411.

[91] Code CIM- 10ème révision F11-F16, F18-F19.

[92] La saisie des décès s'appuie sur l'envoi des procès-verbaux réalisés par la gendarmerie ou la police judiciaire, et dépend donc de la motivation des services des forces de l'ordre à effectuer ces envois de manière exhaustive. De plus, les procès-verbaux ne tiennent pas compte des rapports toxicologiques réalisés *a posteriori*, pourtant susceptibles d'infirmer (ou de confirmer) les conclusions du procès-verbal qui s'appuient sur la présence d'éléments révélateurs d'un usage de drogues récent (principalement matériel d'injection et/ou stupéfiants).

informations d'autres sources que constituent le registre national des décès et le dispositif DRAMES, l'OCTRIS a décidé depuis 2004 de ne plus mettre à disposition ces données. L'INSERM, dont les données ne sont également qu'imparfaites[93], semble toutefois considérer qu'il reste préférable de s'appuyer sur des connaissances dont on sait qu'elles ne sont qu'une représentation déformée de la réalité, plutôt que de mettre un voile sur des informations qui malgré tout permettent de distinguer des tendances, d'ailleurs comparables à celles que présentait auparavant l'OCTRIS (graphique nº 10).

**Graphique nº 10 : Évolution du nombre de décès enregistrés entre 1980 et 2006, selon le type d'enregistrement effectué**



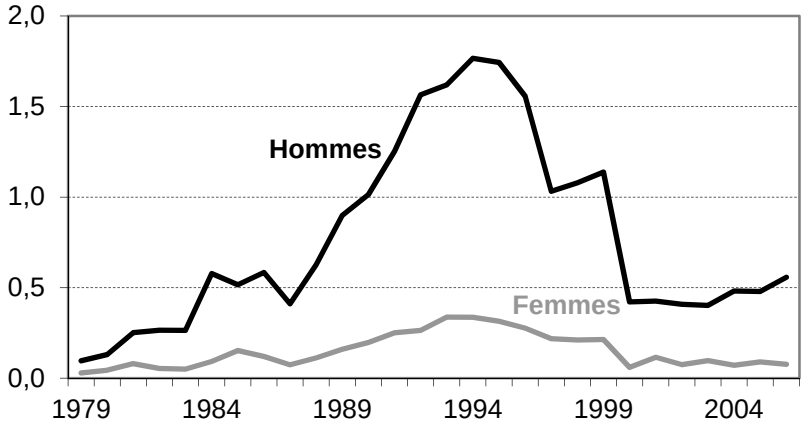

Sources : OCTRIS, CépiDC/INSERM

Les décès répertoriés par le dispositif DRAMES, trop récent pour être exploité[94], et dont l'identification est largement influencée par le nombre de laboratoires toxicologiques participant chaque année, ne sont pas représentés. La confrontation des deux sources alternatives présente quant à elle une similitude qui permet de justifier qu'on utilise l'une ou l'autre. La disponibilité de données plus détaillées ne concernant que la cause « pharmacodépendance/toxicomanie », c'est au travers de celles-ci que peut être présentée la plus grande importance qu'elle représente chez les hommes que chez les femmes (graphique nº 11).

[93] La procédure d'enregistrement des décès fait parfois l'objet de quelques détournements à la règle selon laquelle la cause de décès ne peut être indiquée qu'à condition qu'elle soit clairement établie. Les cas de pharmacodépendance ou toxicomanie peuvent parfois être suspects (en particulier lorsqu'il s'agit de distinguer le suicide de la surdose) et faire l'objet de procédures légales préalables. Toutefois, il arrive que malgré ces procédures engagées, la cause de décès soit spécifiée.

[94] Les données disponibles ne couvrent que la période 2002-2006.

**Graphique nº 11 : Évolution des taux de mortalité (pour 10000 individus) par pharmacodépendance/toxicomanie selon le sexe, entre 1979 et 2006**




Sources : CépiDC/INSERM, INSEE

La moindre importance que représente cette cause de mortalité pour les femmes s'explique simplement par le fait qu'elles sont bien moins consommatrices de stupéfiants que ne le sont les hommes. Les résultats des différentes enquêtes réalisées dans les centres de soins, les données du dispositif RECAP, ainsi que les enquêtes en population générale, présentent une certaine stabilité de la part des femmes parmi les usagers de drogues (hors cannabis), près de 25 %. Toutefois, les variations constatées sur près de trente ans concernent identiquement les deux sexes ; après une hausse importante jusqu'au milieu des années 1990 les taux de mortalité ont depuis largement baissé.

## III– Des mortalités indirectes de l'usage de drogues

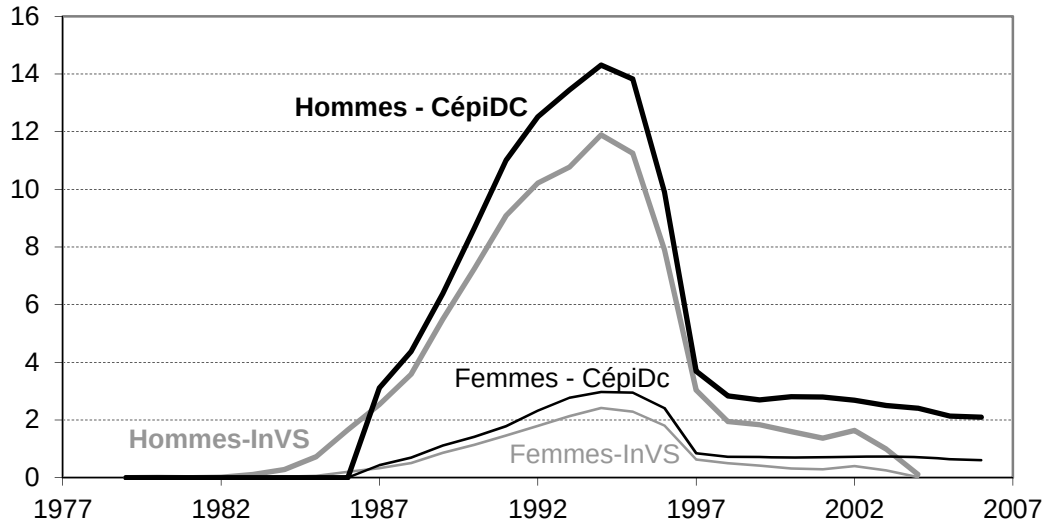
### *A – La drogue comme vecteur de mortalité : la mortalité par SIDA*

L'enregistrement permanent des premières entrées dans le SIDA récolte également les décès des personnes consignées préalablement. Parce qu'il est nécessaire que le médecin en charge du SIDA de la personne décédée soit informé, les décès enregistrés se limitent à une fraction des décès par SIDA[95]. La représentation simultanée des taux de mortalité par SIDA des données issues de l'InVS et du registre national des causes de décès (graphique nº 12)

[95] La présentation détaillée du système d'enregistrement et des raisons d'une sous-déclaration des entrées dans le SIDA ainsi que de la mortalité des personnes infectées par le VIH est disponible dans le rapport d'habilitation à diriger des recherches en démographie *« L'usage des confrontations en analyse démographique »* (Bergouignan [2004]).

montre l'existence d'une sous-déclaration au sein des deux sources. En effet, les taux calculés à partir d'une source s'avèrent à plusieurs reprises en deçà des taux calculés à partir de la seconde.

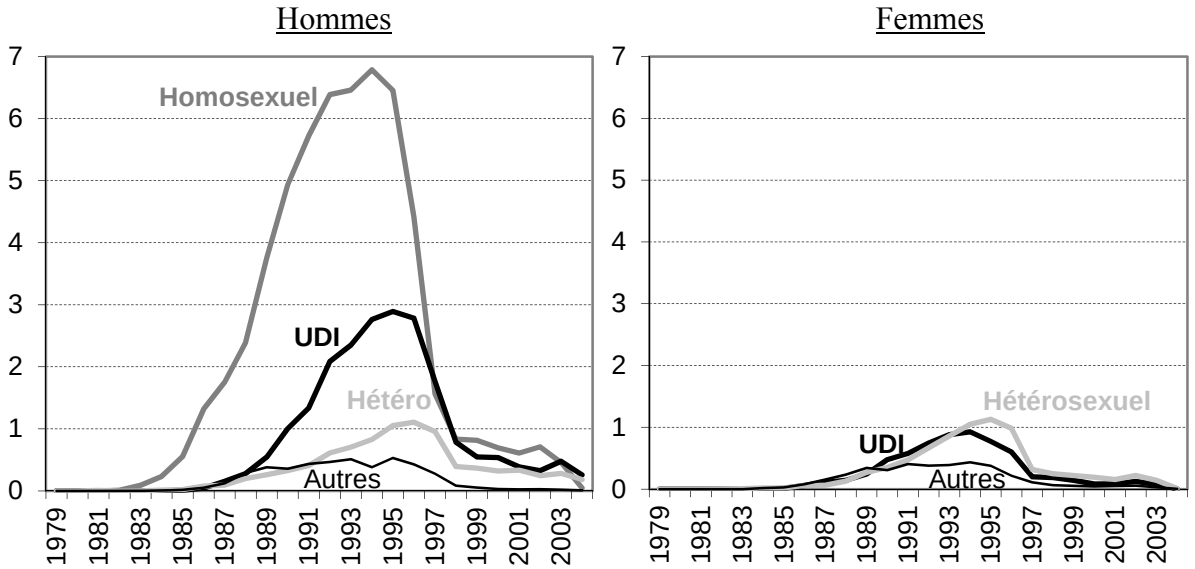
**Graphique nº 12 : Évolution des taux de mortalité par SIDA (pour 10000 individus) selon le sexe et la source utilisée, entre 1979 et 2006**




Sources : InVS, CépiDC/INSERM, INSEE

Si une même tendance générale se retrouve pour l'ensemble des modes de contamination recensés, l'ampleur des taux de mortalité varie sensiblement d'un mode à l'autre (graphique nº 13). Chez les hommes, ces taux s'avèrent les plus importants en ce qui concerne le mode de contamination homosexuel, qui présente jusqu'à une différence de 4 pour 100.000 avec les taux de mortalité par SIDA ayant pour mode de contamination l'usage de drogues par intraveineuse (UDI). En 2004, c'est ce mode de transmission qui présente les taux les plus élevés. Bien qu'il ne puisse être surpassé par la voie homosexuelle chez les femmes, l'UDI ne présente les taux les plus élevés qu'avant 1991, mais reste proche de ceux observés pour le mode de contamination hétérosexuel, toujours plus important par la suite. Le mode de contamination hétérosexuel présente, entre hommes et femmes, des niveaux comparables. Afin de simplifier la lecture des informations disponibles, les modes de contamination « hémophilie », « mère/enfants », « transfusion » et « inconnu » ont été regroupés sous la dénomination « autres ». Chacun de ces modes de contamination est bien moins important que ceux précédemment cités, puisque le cumul leur est presque toujours inférieur.

**Graphique nº 13 : Évolution des taux de mortalité par SIDA (pour 10000 individus) selon le sexe, et le mode de contamination entre 1979 et 2006**




Source : InVS/INSEE

### *B – La mortalité à retardement du tabac*

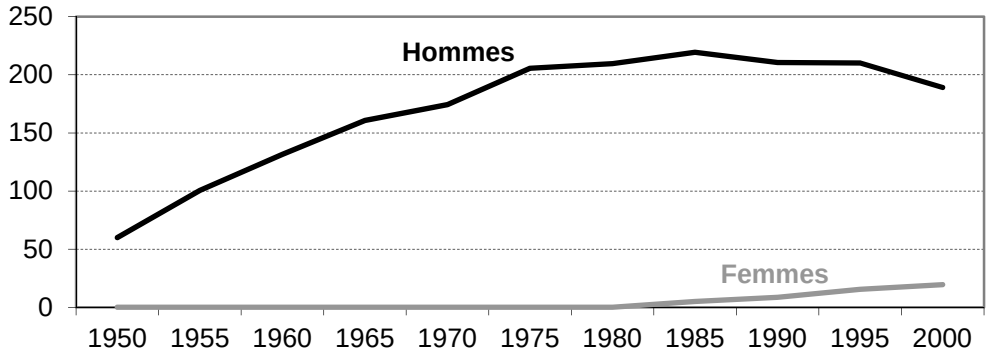
Estimer la mortalité liée aux consommations de tabac ne peut pas s'effectuer par la seule collecte des décès ayant pour cause de mortalité celle spécifiée de tabagique[96] puisque cela n'inclut pas les décès par pathologies que le tabac induit. Il convient alors, pour apprécier de manière plus vraisemblable l'impact de ces usages, d'estimer la part des décès imputables au tabac pour chacune des causes pour lesquelles il est suspecté un lien de cause à effet. Différentes méthodes, qui présentent quelques variantes dans le mode de calcul ou les causes de mortalité considérées, convergent vers des résultats légèrement différents, mais d'ordres de grandeur relativement similaires[97].

Une des estimations les plus récentes, et peut-être des plus globalisantes de la mortalité due au tabac puisqu'elle inclut la mortalité qui s'expliquerait par le tabagisme passif, évalue à 66 000 le nombre de décès attribuables au tabac en France (Hill et Laplanche [2003]). Celle-ci ne s'éloigne toutefois que très peu des 60 000 morts en 2000 (Peto *et al.* [2006]) auxquels font référence les « taux de mortalité par usage de tabac » présentés sur la période 1950-2000 (graphique nº 14). Le choix des données utilisées s'explique d'une part par l'amabilité qu'ont les auteurs à clairement présenter l'ensemble de leurs résultats, et d'autre

[96] Code 305-1 de la CIM : « Abus de tabac chez une personne non dépendante ».
[97] Ces méthodes utilisent le principe des fractions attribuables. Une présentation est disponible en annexe nº5 p. 413.

part, car « *L'imprécision [des calculs] est en effet du même ordre que les variations annuelles susceptibles d'être observées* » (Nizard et Munoz-Perez [1993]). Par conséquent, les tendances présentées à partir d'estimations quinquennales apparaissent suffisantes. Enfin, si cette dernière remarque est formulée par les auteurs à l'égard de leur propre estimation[98], l'humilité dont ils font preuve à l'égard de leur travail rappelle, par la même occasion, qu'il apparaît peu utile de tenter de faire prévaloir une estimation plutôt qu'une autre, en raison des nécessaires approximations à effectuer pour obtenir chacune d'entre elles.

**Graphique n° 14 : Évolution des « taux de mortalité par usage de tabac » (pour 100000 individus) selon le sexe sur la période 1950-2000**




Source : Doll *et al,* INSEE

La mortalité liée au tabac concerne bien plus les hommes que les femmes, pour lesquelles celle-ci n'apparaît réellement qu'à partir du début des années 1980. Une fois encore, c'est de la moindre consommation de tabac par les femmes que s'explique une telle différence de niveaux entre les taux de mortalité. L'apparente plus faible nocivité du tabac, comparativement aux stupéfiants, se traduit cependant par des taux de mortalité sans commune mesure. Ils sont, au niveau le plus élevé des hommes, plus de 200 fois supérieurs à ce qu'il en est pour les taux de mortalité par pharmacodépendance/toxicomanie, et 75 fois plus importants que ceux observés pour la mortalité par SIDA des usagers de drogues par intraveineuse. Le tabac apparaît également plus pernicieux que les stupéfiants en cela que la mortalité par laquelle il se traduit ne s'observe qu'après un délai important entre l'usage et l'apparition des premiers symptômes de la pathologie. C'est pour cela que la décroissance des « taux de mortalité par usage de tabac » ne débute qu'au milieu des années 1990, soit vingt ans après l'amorce de la baisse des consommations, présentée précédemment.

[98] Résultats présentés dans « Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essais d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986 » (Nizard et Munoz-Perez [1993]).

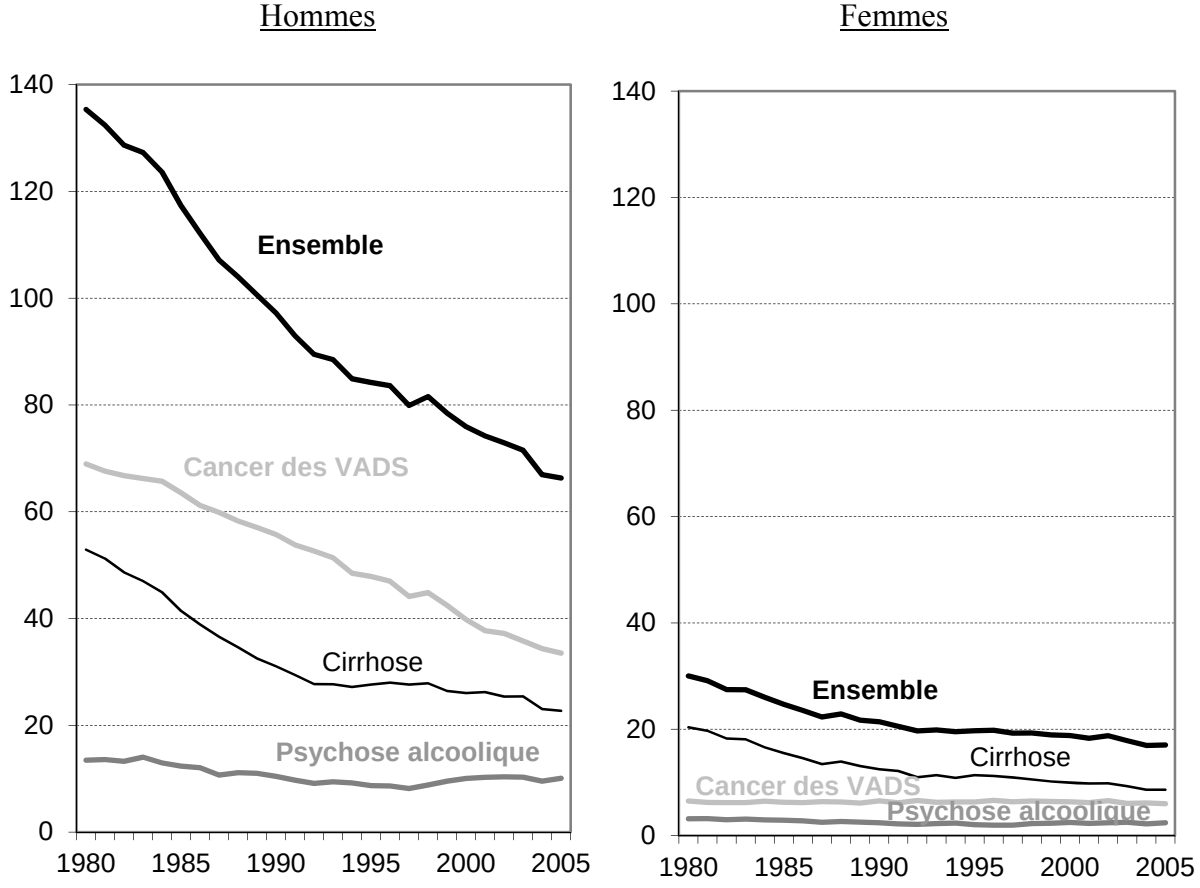
### *C – Les effets à court et moyen/long terme de l'alcool*

La mortalité attribuable à l'alcool peut se mesurer de manière similaire à celle attribuable au tabac. Au-delà des différentes pathologies consécutives à la consommation d'alcool, sont également ajoutés les divers accidents que peut occasionner sa consommation. En cela, la mortalité liée aux consommations d'alcool présente à la fois un effet direct, qui se traduit notamment par les accidents de la route, les chutes accidentelles, …, et un effet plus indirect qui s'observe au travers des pathologies plus tardives. Ainsi estimés, 55 000 décès en 1985 (Pignon et Hill [1991]) et 42 000 en 1995 étaient attribués à l'alcool (Hill [2000]). Ces estimations s'appuient sur des fractions attribuables à l'alcool invariantes au cours du temps pour chacune des causes. Celles-ci pourraient donc être réutilisées afin de fournir des résultats pour l'ensemble des années pour lesquelles les données relatives aux décès sont disponibles. La remarque effectuée à l'égard des estimations du tabac, portant sur leurs approximations et les variations annuelles des décès, reste tout autant applicable aux estimations des décès attribuables à l'alcool. À celle-ci s'ajoutent par ailleurs quelques réserves qu'il convient de présenter. Les risques relatifs utilisés dans ces estimations sont obtenus à partir du suivi de cohortes à la représentativité discutable (Le Bot [2003]). Bien que discutable il reste raisonnable de faire l'hypothèse que malgré des caractéristiques sociodémographiques différentes, la nocivité intrinsèque du tabac étant inchangée, les pathologies qu'elle entraîne ne sont que peu influencées par ces caractéristiques et les éventuels comportements différentiels qu'elles entraîneraient en matière de soins. Cette même bienveillance ne peut cependant pas être accordée aux fractions attribuées à la mortalité par suicide et homicide. En effet, aucune des sept cohortes rétrospectives sur lesquelles les estimations françaises s'appuient n'a été effectuée en France. Il est alors difficile d'accepter que soient transposés des comportements suicidaires et meurtriers, largement influencés par l'environnement socioculturel dans lequel ils ont lieu. L'exemple, il est vrai quelque peu simpliste, mais concomitant à ces deux causes de mortalité, du cadre légal relatif à la détention d'armes à feu est à ce titre particulièrement illustratif. Enfin, pour justifier d'une présentation alternative des tendances de la mortalité liée à la consommation d'alcool, rappelons que certaines pathologies prises en compte portent à discussion (Rueff [1991]).

C'est donc au travers de l'évolution des causes principales de mortalité directement liées à l'alcool que seront appréciées les tendances de la mortalité « causée » par l'alcool (Graphique nº 15). Les psychoses alcooliques sont, comme leur nom l'indique, en totalité

imputable à l'alcool, contrairement à ce qu'il en est des cirrhoses qui, à partir du début des années 1990, contiennent une part, faible, mais existante, liées aux hépatites virales. Enfin, les cancers des voies aérodigestives (VADS) sont moins spécifiques que les autres, en raison notamment du fait que le tabac participe également au développement de ces pathologies.

**Graphique nº 15 : Évolution des taux de mortalité de trois causes directement liées à l'alcool (pour 100000 individus), selon le sexe, entre 1980 et 2006**




Source : CépiDC/INSERM, INSEE

Une fois encore, les hommes sont plus soumis au risque de décéder des conséquences des consommations d'alcool que les femmes du fait qu'ils sont également plus souvent consommateurs. Les psychoses alcooliques n'ont que très peu varié depuis 1980, contrairement à ce qu'il en est des taux de mortalité par cirrhose et cancer des VADS qui ont réduit de moitié sur la même période. Cette dernière observation n'est toutefois pas vérifiée chez les femmes, en raison certainement d'une hausse simultanée de la part que représente le tabac dans le développement de cette pathologie. Pour cette même implication du tabac, il est difficile, aux vues de ces seules données, d'expliquer plus précisément la part plus importante

des cancers des VADS parmi ces trois causes chez les hommes qu'elle ne l'est chez les femmes.

S'agissant de la part de la mortalité par accident de la route, la part des accidents pour lesquels le taux d'alcoolémie est positif présente également une légère tendance à la baisse (tableau nº 3). L'alcool est toutefois encore impliqué dans près de 30 % des décès constatés.

**Tableau nº 3 : Évolution de l'alcoolémie impliquée dans les accidents de la route et le nombre de tués entre 1997 et 2006**

| | Accidents mortels | | | Nombre de tués : | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Année | avec alcool | avec taux d'alcoolémie connu | part où l'alcoolémie est positive | dans les accidents avec alcool | dans les accidents avec taux d'alcoolémie connu | part où l'alcoolémie est positive |
| 1997 | 1379 | 4311 | 32 | 1581 | 4824 | 32,8 |
| 1998 | 1471 | 4611 | 31,9 | 1692 | 5140 | 32,9 |
| 1999 | 1409 | 4498 | 31,3 | 1621 | 5011 | 32,3 |
| 2000 | 1341 | 4428 | 30,3 | 1512 | 4939 | 30,6 |
| 2001 | 1349 | 4326 | 31,2 | 1554 | 4799 | 32,4 |
| 2002 | 1158 | 3899 | 29,7 | 1300 | 4289 | 30,3 |
| 2003 | 929 | 2990 | 31,1 | 1050 | 3313 | 31,7 |
| 2004 | 827 | 2693 | 30,7 | 926 | 2952 | 31,4 |
| 2005 | 1203 | 4287 | 28,1 | 1355 | 4697 | 28,8 |
| 2006 | 933 | 3283 | 28,4 | 1043 | 3550 | 29,4 |

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

## ***Section 3*** *- Les causes d'une difficile domestication des drogues liée à leur histoire*

L'offre des psychotropes aujourd'hui disponibles mélange, aux produits de synthèse relativement récents, des substances dont les premières traces remontent à plusieurs millénaires. Il est fait référence, dans les écritures sumériennes datant de 5000 ans, à l'opium, au haschich, et à l'alcool. L'ancienne Égypte n'ignorait pas non plus l'existence de ces substances. Un papyrus d'Ebers[99] (1550 av. J.-C.) mentionne l'opium comme étant *« capable d'empêcher les enfants de crier trop fort »*. Dès l'Antiquité, est édifiée en Asie Mineure la ville Afrorum Kara Hissar, dont la traduction littérale est le « château noir de l'opium ». Dans l'Odyssée d'Homère, Hélène de Troie ordonne de verser le népenthès *« un breuvage donnant l'oubli de la douleur et du malheur et aussitôt les rires reviennent aux lèvres »*, certainement composé d'opium, dont la formule lui fut donnée par l'égyptienne Polydamna (Brau [1968]).

[99] Du nom de l'égyptologue allemand Georg Ebers l'ayant traduit.

La tradition orale des populations sud-américaines permet plus difficilement de retracer l'historique des consommations de la coca. Il semble cependant que sa consommation et sa culture soient attestées lors de rituels religieux au Pérou et en Équateur dès l'an 2000 avant J.-C. En Chine, c'est vers le VIII$^{e}$ siècle qu'apparaît régulièrement l'utilisation de l'opium. Il ne l'est cependant longtemps qu'à des fins thérapeutiques. Chacune des parties du globe, et des sociétés qui y vivent, développe une « culture de la drogue » largement limitée par les ressources naturelles et l'environnement qui favorise ou non la culture des plantes aux effets psychotropes. La colonisation et le développement du commerce mondial au début du XIX$^{e}$ siècle vont mettre à mal ces disparités. Les sociétés occidentales modernes, qui tentent actuellement de contenir le phénomène des drogues, récoltent pourtant certainement à ce jour les fruits d'une union avec les drogues, largement consommée à cette époque, qu'ils n'ont pas su clairement rompre.

## §1 – Un net retournement des positions gouvernementales

### I – De la production à la prohibition

Les grandes puissances coloniales qu'étaient la Grande-Bretagne et la France au XIX$^{e}$ siècle produisent à cette époque des quantités d'opium bien plus importantes que leurs populations ne sont à même d'en consommer. La Chine, dans laquelle se développent les fumeries d'opium à partir de la dynastie Ming (XVII$^{e}$ siècle) se présente alors comme une débouchée prometteuse. Pourtant, les autorités chinoises craignent déjà les effets de l'opium. Les Britanniques, se voyant refuser de vendre aux chinois l'opium produit en Inde, organisent l'approvisionnement du territoire par l'utilisation de la corruption et de la protection militaire des contrebandiers. Les efforts effectués par les puissances occidentales pour que les populations puissent disposer de leurs productions constituent alors les prémices de l'environnement délétère dans lequel ont lieu les transactions relatives au trafic de drogues ; ce qui est actuellement présenté comme l'une des externalités les plus moralement contestées. Les tentatives protectionnistes de la puissance asiatique ne parviennent pas non plus à refréner les élans commerciaux de la puissance insulaire. Le cadre légal mis en place par la Chine en 1833, qui interdit l'importation d'opium, n'a finalement pas autorité sur la proclamation par les chambres anglaises de la liberté de commerce pour les « sujets anglais ». Cela permet ainsi

l'entrée de près de 50 000 caisses d'opium sur le territoire chinois en 1838. Entre 1838 et 1840, la première guerre de l'opium éclate et aboutit, en 1842, au traité de Nankin[100]. La France, jusqu'ici absente des conflits, s'immisce dans celui qui prend place en 1857 et s'achève un an plus tard par le traité de Tien Tsin, stipulant que *« la vente d'opium est autorisée aux européens »*. La Chine se voit par la même occasion contrainte à payer un droit d'entrée sur l'opium arrivant sur son territoire. Soumise à l'« intoxication » forcée de sa population par l'empire occidental, celle-ci préfère en limiter le coût en développant sa propre production de pavot.

C'est à cette même époque que se développe le commerce de la coca en Europe. Dans un premier temps, les conquistadores espagnols ont vu, au travers des effets qu'elle produit, l'expression satanique du malin, car elle est longtemps liée aux divinités et rites associés. Par la suite, ils favorisent sa consommation pour stimuler les travailleurs indigènes, soumis à la lourde tâche qui leur est attribuée. Afin de faire bénéficier les populations européennes des bienfaits stimulants de la plante andine, elle est introduite sur le vieux continent et est largement consommée par la haute société. Elle est notamment distribuée à grande échelle au travers du succès commercial qu'a connu le vin Mariani, boisson tonique, inventée en 1863 par un préparateur de pharmacie du même nom, à base de vin de Bordeaux et de feuilles de coca.

Le succès que rencontrent ces produits commence à poser question, mais ce n'est réellement qu'au début du XX$^{e}$ siècle qu'ils sont contrôlés. La première législation qui vise au contrôle des drogues est la convention internationale de l'opium, signée le 23 janvier 1912 à La Haye. Révisée en 1925 elle préfigure de ce qu'est la convention unique sur les stupéfiants, ratifiée le 30 mars 1961 et entrée en vigueur en 1964. Cette dernière résulte de la reconnaissance par l'ONU qu'un *« approvisionnement adéquat en stupéfiant à des fins médicales est indispensable au bien-être de l'humanité, et que la toxicomanie est une menace socio-économique partout dans le monde »*. Ainsi, si elle interdit l'utilisation des stupéfiants à des fins « distractives », ou du moins l'autoprescription, elle n'en rejette pas l'apport que les stupéfiants peuvent être pour le monde médical et scientifique. L'expérience dans ce domaine semble pourtant montrer des évolutions semblables aux effets que produisent les produits psychotropes, à savoir des périodes successives d'euphorie et de désillusions.

[100] L'une des plus illustres conséquences est notamment la cession de Hong-Kong par la Chine à la couronne britannique.

## II – L'utilisation ambiguë des drogues au service de la science

Aujourd'hui perçues comme des poisons, les drogues se sont préalablement vues attribués différents mérites qui ont participé à la difficile délimitation des substances pouvant être regroupées sous ce terme. L'une des frontières les plus troubles concerne celle qui les sépare des médicaments psychotropes. On peut alors regretter de ne pas s'intéresser aux drogues en terre anglophone où la linguistique se voit plus indulgente et épargne, à qui souhaite en faire l'étude, d'avoir à les distinguer grâce à l'utilisation du terme non discriminant *« drug »*. La langue française, ici plus contraignante, souligne toutefois par son ambiguïté celle qui a également reposé sur l'utilisation des substances qui s'avèrent être actuellement des stupéfiants. En effet, sous cette difficile distinction entre produits, se cachent certainement les désillusions successives rencontrées à leur égard. L'opium, qui calme l'ulcère du cardinal de Richelieu et le mal de tête du roi Louis XIV, se voit au XIX$^{e}$ siècle consommé pour toutes sortes de maux. Il l'est *« de la simple fatigue au grand accident et du bénin mal de dents à la pire infection pulmonaire »* (Bachmann et Coppel [1989]). À ses côtés, se développe la consommation d'un autre opiacé, découvert en 1804 par un pharmacien de Hanovre (Friedrich Wilhelm Sertürner), dénommé morphine en référence au messager des dieux Morphée. Si elle aussi est consommée lors de diverses affections, c'est par sa rencontre avec l'invention de l'aiguille creuse qu'elle révèle tout son potentiel. Injectable par voie intraveineuse et/ou hypodermique, elle se révèle alors être l'antidouleur le plus puissant, et se voit largement utilisée lors des conflits pour apaiser les souffrances des soldats, afin notamment de rendre supportable les amputations. De cette utilisation apparaîtront, au début des années 1870, les descriptions d'une dépendance à la morphine sous l'appellation de « maladie du soldat ». La cocaïne, isolée par un chimiste autrichien dès 1955, se présente alors comme un traitement de ce qui ne s'appelle pas encore la morphinomanie. Une fois encore, si cela s'avère être une des utilisations de l'alcaloïde isolé de la coca, un engouement pour celui-ci fait qu'il est autant utilisé pour ses propriétés anesthésiques, antalgiques que stimulantes au point que Sigmund Freud en vante les mérites. Dès 1874, est synthétisé, par le médecin anglais Charles Romley Alder Wright, un nouveau dérivé opiacé auquel il n'est pas reconnu sur l'instant son potentiel pharmacologique. Ce n'est qu'en 1898, lorsqu'il est de nouveau synthétisé par un chimiste des laboratoires Bayer, qu'il est exploité comme médicament pour de nombreuses affections respiratoires, notamment la tuberculose. Il lui est alors attribué le nom d'héroïne, de l'allemand *« heroisch »* qui signifie littéralement héroïque,

car lui est accordée la vertu de soigner l'addiction des morphinomanes sans entraîner d'accoutumance. L'héroïne bénéficie, comme précédemment la cocaïne et au préalable la morphine, d'un emballement de la part du monde médical qui ne prend pas le temps d'étudier l'ensemble des conséquences et de respecter ce qui aujourd'hui serait appelé le *« principe de précaution »*. Un nouveau cycle enchaînant l'idolâtrie et la déception est alors initié. La désillusion est d'autant plus importante que ces substances semblent être au préalable la réponse à tous les maux. Comment parvenir alors à enrayer efficacement l'usage de substances jusqu'alors encensées ?

Face au renouvellement des désillusions que médecins et chimistes ne peuvent que constater, la découverte ultérieure des substances qui constituent actuellement le groupe des « drogues de synthèse » fait l'objet d'expérimentations plus intimistes avant qu'il en soit fait la promotion effrénée. Poussée à l'extrême, cette optique, qui vise la discrétion des expérimentations utilisant ces substances, donne lieu à des polémiques concernant l'utilisation controversée de l'ecstasy et du LSD. À titre d'exemple, en 1974, apparaissent dans la presse américaine des révélations sur l'administration par la CIA de ces psychotropes à des sujets ignorants ce qu'ils consomment. Durant l'été 1975, les audiences du Congrès américain et de la commission Rockefeller (commission d'enquête présidentielle en charge d'enquêter sur les activités de la CIA) révèlent officiellement l'existence de ces pratiques au sein d'un projet portant le nom de code MKULTRA. Ce projet contenait également un programme de tests consistant à attribuer à certains soldats américains de la MDMA afin de les maintenir éveillés. Il est toutefois difficile de connaître en détail l'ensemble des tenants et aboutissants d'un tel projet en raison de la destruction des archives qui lui sont relatives. Les zones d'ombres de cette affaire participent alors grandement à l'apparition de digressions parfois douteuses. À l'exception de quelques cas isolés de ce genre, l'attitude du monde scientifique à l'égard des nouvelles découvertes de psychotropes pourrait être illustrée par les propos que tient Albert Hofmann au sujet du LSD qu'il découvre en 1943 : *« quand quelque chose de complètement nouveau et imprévisible entre dans l'horizon humain […] si l'on est un savant on verra tout ce qui peut intéresser son domaine de compétence et ses retombées immédiates dans des secteurs proches »* (Gnoli et Volpi [2004]). Ainsi, même estimés comme étant des échecs, en cela que les produits obtenus ne correspondent pas aux objectifs attendus[101], les découvertes qu'ils représentent constituent l'initiation de nouveaux champs d'exploration.

[101] Le LSD est découvert alors que les recherches portent sur la synthèse d'une préparation qui aurait des effets cardiotoniques. La MDMA, découverte en 1912, résulte de recherches visant à fabriquer de nouveaux coupe-faim.

La MDMA est utilisée en psychanalyse dans les années 1970, car elle semble permettre aux patients de communiquer plus facilement leurs émotions. Ces tentatives ne sont en fait que la continuité de l'utilisation du LSD dans le domaine de la psychiatrie dans les années 1950, parfois en vue de soigner les névroses, d'autres en vue de déclencher des psychoses expérimentales visant à mieux comprendre les mécanismes de la schizophrénie. Sans connaître le même succès que la cocaïne et les opiacés à leur heure de gloire, chacun d'entre eux connaît toutefois une certaine reconnaissance et voit quelques partisans défendre parfois ardemment leurs propriétés pharmaceutiques. S'il est tout à fait compréhensible que l'on souhaite profiter des bienfaits que pourrait apporter toute nouvelle découverte, même lorsque celle-ci est fortuite, on peut être en droit de se demander dans quelle mesure les tentatives menées ne révèleraient pas également d'une quête d'un Graal à laquelle il n'a pas encore été renoncée.

## §2 – Lorsque la drogue ne se substitue pas qu'à elle-même

### I – Les psychotropes comme réponse à une demande de performance…

La France, au même titre que la majeure partie des sociétés occidentales modernes, a peu à peu rejeté la moralité imposée par la religion et le système de règles qu'elle fait intervenir dans le cadre privé et intime. À cette perte de référentiel, le système politique, moins intrusif, n'a pas, du fait de son instabilité, permis de s'y substituer. Le rapide développement des connaissances scientifiques depuis le XVIII$^{e}$ siècle a alors permis de fournir un socle normatif des mœurs et comportements, qui s'est peu à peu institué comme guide moral face à, ce que Michel Foucault appellerait, une *« crise éthique »*. La médecine, par son aptitude à défier l'inéluctable mortalité à laquelle est soumise la population, se présente comme salvatrice, et se voit acceptée comme seule en droit d'interférer avec l'indépendance jusqu'alors demandée à l'égard des contraintes sociales. D'abord restreinte à la souffrance physique, son champ d'action s'est ensuite étendu à la souffrance morale, la déprime et ses déclinaisons, qui s'avèrent moins tolérées dans nos sociétés où sont valorisées l'excellence et la performance.

La contrepartie du rejet de l'obéissance et de la discipline se traduit par l'attribution individuelle des gloires et des échecs. Lorsque l'individu est contraint par les limites que lui impose le système auquel il appartient, il se voit en partie déresponsabilisé de ses actes. Plus libre, il dispose d'une responsabilité individuelle accrue. Seuls coupables de leurs insuccès, les individus se voient par conséquent soumis à une obligatoire réussite personnelle, qui ne peut pourtant s'évaluer qu'au regard des moindres triomphes de leurs congénères, et donne naissance à ce qu'Alain Ehrenberg intitule dans l'un de ses ouvrages « Le culte de la performance »[102]. N'ayant alors plus ni le temps ni le droit d'échouer, la quête de reconnaissance peut entraîner angoisses et dépressions, pour lesquelles une armada toujours plus florissante de médicaments psychotropes vient soigner le mal. En restaurant artificiellement le narcissisme, ils permettent de gérer les difficultés de ne pas être en adéquation avec les attentes sociales.

Lorsque les consommations de médicaments psychotropes deviennent régulières, les usagers de produits illicites expriment un certain dédain à l'égard des individus qui les consomment, considérant ces derniers comme des « drogués qui s'ignorent », alors qu'ils peuvent aussi tenter de trouver un même réconfort dans les substances illicites qu'ils ingèrent (Fontaine et Fontana [2004]). Sous cet apparent paradoxe se révèlent toutefois très certainement les traces d'une même soumission au « devoir de résultat ». Non seulement, au-delà de la recherche du plaisir, l'amélioration des performances est également l'une des fonctions allouées aux consommations des stupéfiants, notamment au travers des amphétamines. Mais il semblerait que le rejet de l'utilisation de médicaments psychotropes s'explique en fait par une volonté de s'en sortir « soi-même » par l'usage de substances moins limitées dans leur potentiel. En effet, à la différence des médicaments psychotropes, cannabis et hallucinogènes sont utilisés dans certains cas pour faciliter l'introspection, signe d'une volonté, réelle ou illusoire, d'avoir une meilleure connaissance de soi, en vue d'apporter les bases d'une réflexion sur ses propres comportements et de corriger ses « inaptitudes sociales » plutôt que de tenter d'en effacer les méfaits. En cela, s'agissant des médicaments psychotropes, si leur prescription est utile lors de pathologies avérées, celles ayant lieu lors de difficultés passagères peuvent cependant laisser craindre un abus qu'énonce Philippe Pignare : *« le risque des médicaments est de permettre à l'institution de ne pas se remettre en question, on endort le mal et on ne soigne pas les maux sociaux, rationnels, de perte d'identité et de valeur »* (Van Damme [2006]).

[102] Ehrenberg, A. *Le culte de la performance*. Paris : 1991, Calman-Lévy, 323 p.

## II –… et d'autres carences sociétales

L'usage de drogues est étudié au travers de nombreuses disciplines scientifiques. En fonction des méthodologies utilisées et des paradigmes sur lesquels elles se fondent, les approches qui en découlent tendent plus ou moins à présenter l'usage de drogues comme étant principalement expliqué par l'angle selon lequel il est abordé. De manière très schématique, il serait alors autant possible d'expliquer ces comportements d'usage en s'appuyant sur l'assertion selon laquelle les « drogués » ne le seraient qu'en raison d'un comportement déviant ou d'une pathologie individuelle qu'en assimilant plus volontiers l'usage de drogues à une « sociopathie ». Reflet d'une société et de ses maux, les usages drogues résulteraient par conséquent de l'incapacité d'une société à répondre aux besoins des individus qui la composent. La réalité complexe des usages de drogues répond cependant certainement davantage à l'entrelacement des composantes individuelles et collectives qu'à la simple réalisation d'une cause privilégiée. Si la consommation reste un acte individuel, résultant d'un processus se situant entre maladie chronique et mise en jeu permanente du libre arbitre du consommateur, l'assuétude à laquelle est soumis l'usager ne peut être envisagée qu'au sein du cadre social du sujet. C'est pourquoi il n'est pas ici prétendu répondre de manière catégorique et définitive à un débat qui ne pourra progresser qu'à l'aide de nombreuses recherches complémentaires. Il apparaît par conséquent utile de préciser que ne seront présentés que quelques éléments de réponses qui, s'ils n'expliquent pas nécessairement l'effectivité des usages de drogues, pourraient en partie préciser en quoi les sociétés prohibitionnistes de stupéfiants se trouvent face à la difficile tâche de réduire la consommation de substances qui permettent possiblement de parvenir à combler certains manques auxquels elles ne peuvent répondre.

Le premier « manque » auquel il sera donc volontairement fait référence est celui des transes. Parce qu'elles font particulièrement référence aux sociétés dites « primitives », elles présentent l'avantage d'illustrer parfaitement le propos précédemment exposé. La connaissance, car elle n'est qu'une entité en constante évolution, nécessite parfois de prendre parti pour l'une où l'autre des thèses qui s'opposent (lorsqu'elles n'ont pas l'avantage de se complétées) et à propos desquelles il n'a pas encore été établi de consensus. Dès lors, si on considère comme « modernes » les sociétés ayant été en mesure de s'absoudre de ce besoin de transe, celui-ci ne peut être considéré comme un élément à charge dans l'explication de certains usages de drogues. Dans le cas contraire, ce besoin de transe, parce qu'il est une

constante anthropologique, et qu'il n'apparaît plus comme pouvant être assouvi lors de rituels, nécessiterait l'utilisation de psychotropes pour atteindre des états modifiés de consciences. À ce titre, les fêtes technos, étant la réunion d'une *« inlassable répétition de sons et rythmes informatiques [qui possèdent] les deux attributs invariants de toutes les musiques de transes de possession »* (Rouget [1990]), et de substances psychotropes sont un lieu privilégié pour répondre à cette insuffisance. Mais c'est plus largement l'absence de rituels, ne se limitant pas à ceux de transe, qui pourrait également participer à l'expérimentation de drogues.

Symboliquement, l'avènement à l'âge adulte se réalise lors d'un rite d'initiation qui, dans la plupart du temps, suppose de vivre une « petite mort » (Eliade [1959]). Le passage de l'adolescence à l'âge adulte, de par l'absence de rituel, se traduit dans une société moderne par la succession d'évènements que sont, l'indépendance prise par l'exclusion de la cellule familiale, l'entrée dans la vie active, l'obtention d'un logement indépendant et la constitution de sa propre cellule familiale. La durée qui les sépare tendant à croître rend ainsi la frontière plus floue. Les hallucinogènes, par les expériences qu'ils peuvent entraîner, permettraient de s'approcher de l'état de l'effroi et de la mort se substituant à cette mort symbolique. En cela, la consommation de substances psychotropes pourrait ne se limiter qu'à sa seule expérimentation. Le renouvellement des consommations s'explique par la fonction anthropologique de la répétition, à savoir la stabilisation des représentations de soi et la réduction du sentiment d'incertitude des individus quant à leur identité et leur devenir (Rivière [1996]). C'est d'ailleurs sur ce besoin de repère identitaire que sont parfois expliquées les consommations de stupéfiants effectuées par de jeunes gens en grandes difficultés sociales et en crise d'identité. La crise d'identité n'est pourtant pas exclusivement réservée aux individus en marge de la société, puisque ceux intégrés professionnellement voient, dans leurs consommations de substances illicites qu'ils gardent secrètes, la possibilité de ne pas se sentir limités à leur « identité professionnelle » et leur permettent un « élargissement de la vie » (Fontaine [2008]).

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 1*

Au cours des quatre dernières décennies, on a assisté à une nette évolution des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues. Alors que ces derniers n'ont longtemps été considérés qu'au travers du non-respect de la loi dont ils font preuve par leurs

consommations de stupéfiants, la sanitarisation de ces consommations et de leurs conséquences, fait qu'il apparaît nécessaire de prendre en charge les toxicomanes auxquels est alors attribué le statut de malade. Si la législation institue ce nouvel ordre, les structures d'accueil sont encore trop peu nombreuses pour permettre de répondre à la demande effective de soins, et les cures de sevrage ne sont dans un premier temps que les seuls « traitements » mis en place. L'épidémie de SIDA, qui apparaît au début des années 1980, et dont les usagers de drogues par voie intraveineuse sont l'une des sous-populations les plus soumises au risque de contamination, impose que la prise en charge s'améliore. Mais face à la réponse trop peu rapide des pouvoirs publics, les initiatives privées d'ordre associatif vont établir les prémices de la politique de réduction des risques, avant même que les différentes actions préventives ne soient institutionnalisées (Stéribox®, échanges de seringues, …). Ce n'est qu'au milieu des années 1990 que la France, après de nombreux autres pays européens, et une fois que la contamination au VIH commence à être contenue, met en place les traitements de substitution aux opiacés. Longtemps diabolisés, les consommateurs de drogues sont enfin vus sous un autre jour par l'opinion publique qui devient moins vindicative. Cette nouvelle appréhension des usages de drogues tient également au fait que parallèlement certaines substances, qui jusqu'alors sont considérées comme des produits de consommation quelconques, sont pointées du doigt en raison des nouvelles connaissances liées à leurs consommations. Le tabac et l'alcool sont incriminés en raison des risques de cancer qu'ils occasionneraient. Alors qu'ils ne semblaient en rien être comparables aux stupéfiants, ne serait-ce que du fait qu'ils sont autorisés, ils s'avèrent aussi être responsables de nombreux décès. Le nombre des décès continue d'ailleurs à croître malgré une baisse des consommations en raison du décalage qui existe entre celles-ci et leurs conséquences. À l'opposé, les décès liés aux drogues illicites sont en baisse depuis le milieu des années 1990.

L'évolution des décès liés aux différentes substances semble présenter des tendances inverses à leurs usages. Alors que les consommations de substances licites tendent à diminuer, celles de drogues illicites augmentent. Sans que soient expliqués les comportements qui mènent à l'expérimentation des différentes substances ou à des usages plus intenses, il semblerait que l'histoire des drogues dans nos sociétés explique en partie le cadre actuel des usages. Les sociétés modernes, et notamment la société française, ont longtemps été productrices de plantes psychotropes qui aujourd'hui sont illicites. La découverte des substances telles que la morphine, l'héroïne ou la cocaïne a entraîné plusieurs années d'euphorie prématurée à leur égard ; chaque nouvelle substance étant présentée l'une après l'autre comme à même de soigner tous les maux, des plus communs aux plus douloureux. Au

fil des connaissances relatives aux méfaits qu'elles peuvent entraîner, une plus grande précaution est prise en ce qui concerne les drogues ultérieurement découvertes. L'espoir de trouver la pilule miracle qui répondrait à tous les malheurs ne semble toutefois pas totalement enfoui, il s'est au contraire transposé de la seule douleur physique à la douleur psychologique.

La frontière qui sépare les stupéfiants, les médicaments psychotropes, et ce qu'il convient aujourd'hui d'appeler des drogues licites, est apparue de plus en plus poreuse. C'est d'autant plus le cas que s'est fait ressentir une plus grande acceptation des usagers de drogues illicites alors que ceux de drogues licites, qui jusqu'alors n'étaient pas stigmatisés, commencent à le devenir. Est-ce l'augmentation des connaissances relatives à ces substances qui paradoxalement fait apparaître l'ensemble des méconnaissances encore existantes ? Toujours est-il qu'il ne semble plus que ce soit l'usage de drogues, mais bien l'usage problématique qui aujourd'hui pose question. En raison de sa faible prévalence, on peut espérer améliorer l'information disponible en étudiant les patients pris en charge pour leur usage et qui, par conséquent, est qualifié de problématique.

# <u>Chapitre 2</u> : Analyse démographique d'une sous-population spécifique d'usagers de drogues : les usagers pris en charge par les CSST

En décidant de ne s'intéresser à présent qu'aux seuls usagers de drogues pris en charge par les CSST[103], il est permis d'exposer l'application de quelques principes de l'analyse démographique aux comportements d'individus qui appartiennent à une sous-population dont les caractères d'inclusion sont parfaitement définis, atout dont ne dispose pas l'analyse des usages de drogues dans une population plus large. S'agissant de la qualification même des usages, cette difficulté est pour l'instant écartée. En effet, en intégrant la sous-population considérée, les usages sont définis comme problématiques puisqu'il est jugé, par l'usager lui-même ou une autorité, nécessaire de débuter des soins qui visent au moins à réguler ces usages. Pour réaliser à bien cette entreprise, les données utilisées seront celles du dispositif RECAP[104], aimablement mises à notre disposition par l'OFDT[105]. L'objectif d'un tel système d'observation est d'harmoniser les méthodes de collectes, ainsi que les informations relatives aux addictions, au niveau national et européen. Ce dispositif répond aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement appliquées au contexte national français (OEDT[106] [2000]). Il s'agit d'un recueil de données continu où sont enregistrées les consultations des patients venus au contact des structures et des professionnels spécialisés dans l'accueil des toxicomanes et des usagers de drogues en général. Cette collecte s'effectue à partir des systèmes d'information mis en place dans les CSST et CCAA[107]. Il s'appuie sur un noyau minimum commun d'informations à collecter auprès de l'ensemble des patients pris en charge, mais permet à chacune des structures de collecter toute autre information qu'elle considérerait comme nécessaire[108]. L'ensemble des structures n'est toutefois pas encore en mesure de répondre aux demandes effectuées par l'OFDT[109], et le nombre de structures répondantes peut varier d'une année sur l'autre. Pour

[103] Centres de soins spécialisés aux toxicomanes.
[104] REcueil Commun sur les Addictions et les prises en charge.
[105] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
[106] Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.
[107] Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie.
[108] Ces informations sont présentées dans les *« spécifications techniques »* disponibles en annexes n°6 p.415.
[109] Cela s'explique notamment par la nécessité d'une harmonisation des fiches d'accueil utilisées par les différentes structures, et la mise à disposition d'un logiciel informatique permettant de gérer ces dernières.

ces raisons, aucune interprétation sur les évolutions qui pourraient être constatées d'une année sur l'autre ne peut encore être effectuée. Le traitement de ces données à un échelon géographique trop fin pourrait par ailleurs ne pas être représentatif. C'est pourquoi nous nous restreindrons à une analyse nationale. La récolte des données relatives à l'exercice 2005 a déjà fait l'objet d'une publication (Palle et Vaissade [2007]). L'expérience alors acquise a également permis que soient identifiés quelques problèmes techniques relatifs à l'extraction informatique des données. Lorsque cela a été possible, ceux-ci ont été corrigés ; dans le cas contraire, les données ne sont plus exploitées. Les dernières données récoltées font, au moment de la réalisation de ce travail, encore l'objet de tests de fiabilité. Les données utilisées concerneront donc les individus entrés en contact avec les structures de soins lors de l'année 2006. Si les données recueillies doivent théoriquement faire l'objet d'une actualisation au moins annuelle, les CSST répondants reconnaissent ne pas toujours l'effectuer, ce qui entraîne parfois l'utilisation de caractéristiques plus anciennes. *A contrario*, cette actualisation peut avoir eu lieu après le 31 décembre 2006. S'il convient de mentionner ces quelques imprécisions, notons qu'elles n'auront d'influence que sur la description de la population, sans réellement entacher l'analyse plus approfondie. D'autres éléments viendront malheureusement restreindre de manière plus marquée l'analyse qui peut être effectuée, et seront identifiés au fur et à mesure. Pour autant, l'apport que peut représenter une telle base de données ne doit pas être sous-estimé. Grâce aux 149 structures répondantes, il est ainsi possible de disposer d'informations relatives à 62 765 prises en charge, ce qui est loin d'être négligeable comme nous pourrons le constater ultérieurement.

## ***Section 1*** *- Les prises en charge de quels usagers de drogues ?*

Bien que les CSST aient été institués dès le début des années 1970, l'enregistrement systématique des informations concernant les usagers pris en charge n'est que très récent et se réduit, pour l'instant, à une photographie des caractéristiques actuelles des patients. Celle-ci présente une population en plus grande difficulté sociale que ne l'est l'ensemble de la population française. S'il est impossible de retracer l'historique individuel des patients en ce qui concerne leur environnement social, la survenue des prises en charge peut être étudiée grâce à la disponibilité de données rétrospectives, en vue d'illustrer l'hétérogénéité de la population rencontrée au sein des structures de soins. Les mesures effectuées à ce jour ne peuvent toutefois qu'être un préambule à celles qu'il conviendra de réaliser une fois le

dispositif RECAP en mesure de mettre à disposition des séries longues qui ne seront plus soumises aux biais induits par un mode de collecte qui s'apparente ici à une observation rétrospective.

## §1 – Caractéristiques sociodémographiques des patients

### I – Une population jeune et masculine

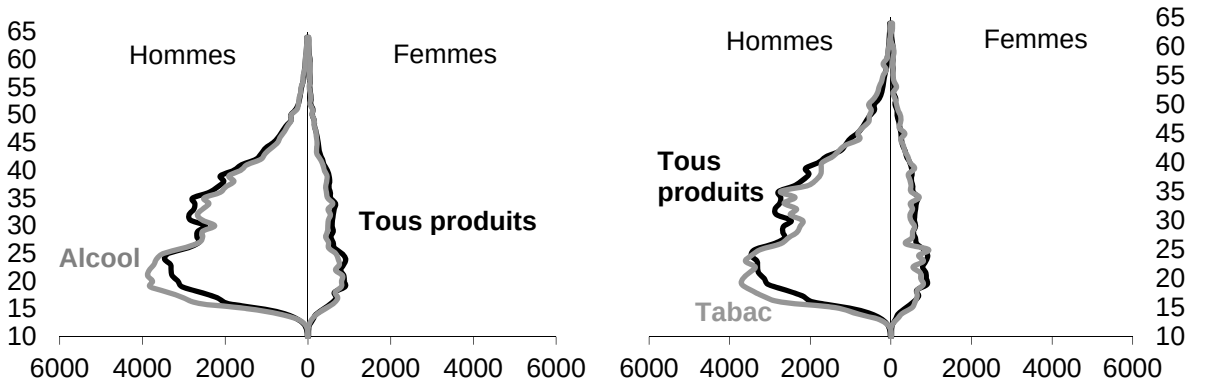
Le sexe des individus est la caractéristique qui souffre bien évidemment le moins de la non-réponse puisqu'il s'agit d'une information pouvant être connue sans que celle-ci ne soit effectivement déclarée. Ainsi, seuls huit individus ne peuvent être distingués (certainement en raison d'erreurs lors de la saisie), ce qui n'influencera guère les résultats. Un arbitrage a dû cependant être effectué s'agissant de l'âge des individus. L'âge peut être obtenu au travers de deux informations *a priori* redondantes : « l'année de naissance » et « l'âge lors du remplissage de la fiche »[110]. L'information s'avère n'être en fait redondante que pour 46 % des enregistrements. Cela s'explique en grande partie par une définition différente de l'âge des individus. Alors que l'année de naissance permet d'en déduire l'âge en différence de millésime, l'âge des individus lors de la saisie des données confond sans distinction cette même définition de l'âge avec celle de l'âge révolu. Une fois tenue compte de cette approximation, c'est donc 91 % des informations qui coïncident. C'est l'année de naissance qui doit être préférée pour définir l'âge des individus afin de ne pas confondre des individus n'appartenant pas une même génération. « L'âge lors de la saisie » ne sera utilisé qu'en cas d'absence de l'année de naissance. Seuls 175 individus ne peuvent alors se voir attribuer d'âge. L'observation plus détaillée des âges enregistrés impose toutefois d'alourdir quelque peu l'effectif de ceux qui ne peuvent être pris en compte dans les mesures présentées par la suite. D'une part, on observe 126 individus étrangement âgés de 5 à 10 ans. Ceux pour qui l'âge de 10 ans est enregistré n'ont pas d'année de naissance référencée, ce qui laisse présager une tendance à utiliser un âge arrondi pour certains jeunes usagers refusant de déclarer leur âge. Vingt-quatre individus sont enregistrés comme étant né en 2001, soit un âge déclaré lors de la saisie de 6 ans. Hormis la surprenante précocité dont ont dû faire preuve ces individus, l'importance qu'ils représentent comparativement aux 5 et 7 ans (respectivement deux et sept

[110] On dispose par ailleurs de la date de réalisation de la fiche.

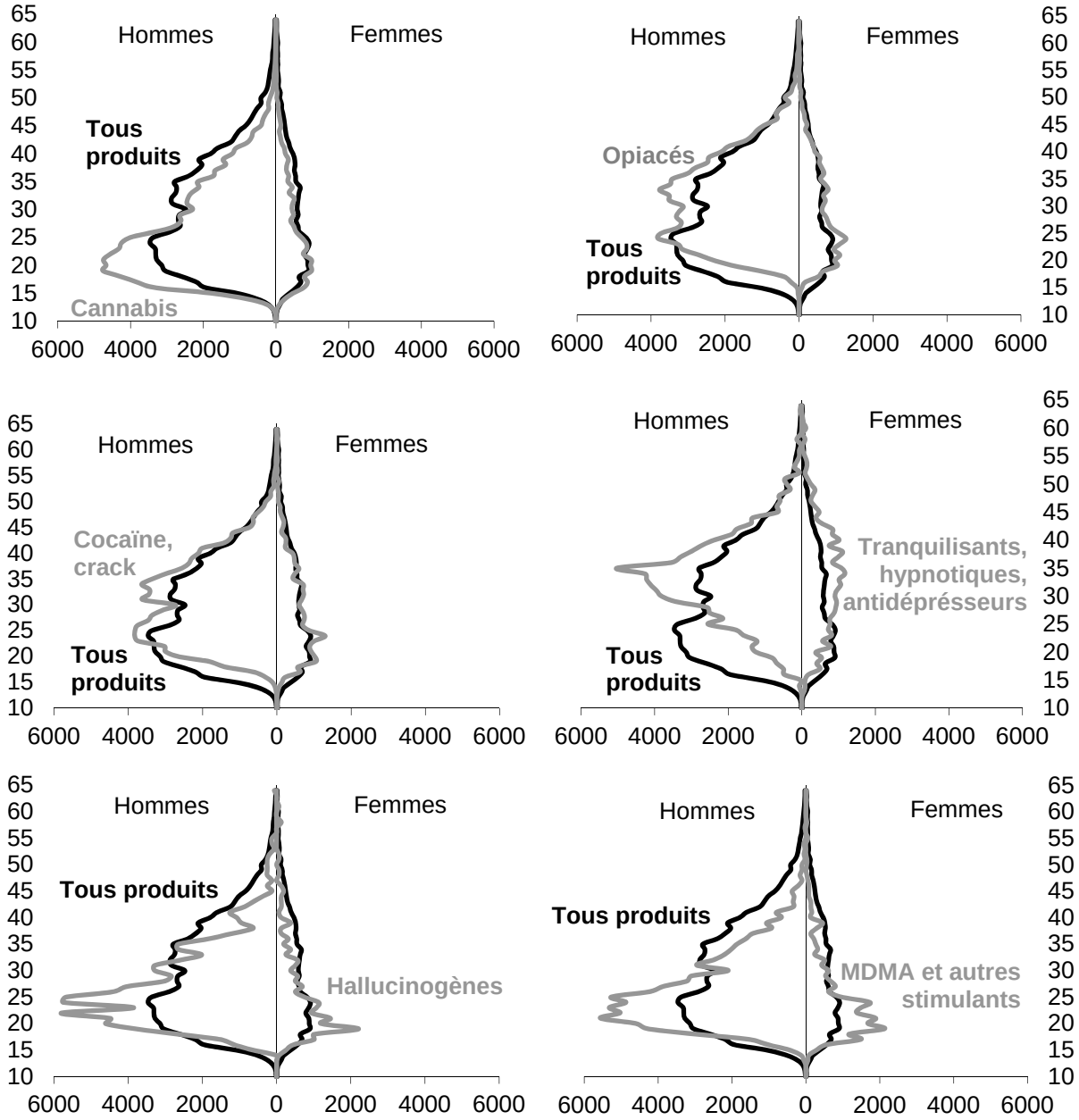
individus) laisse supposer une imperfection de l'enregistrement, sans que celle-ci ne puisse être expliquée. Afin de minimiser le risque d'erreur, et d'évacuer des mesures effectuées les cas précédemment exposés, ce n'est que l'ensemble des individus pour lesquels l'âge révolu au 1er janvier 2006 est au moins égal à 10 ans qui seront conservés. D'autre part enfin, on observe onze individus âgés de 98 ou 99 ans. Pour chacun d'entre eux, soit l'année de naissance n'est pas remplie, soit l'âge lors de la déclaration ne correspond aucunement. Du fait que pour d'autres variables, les valeurs « 98 » et « 99 » permettent de coder une non-réponse, il est probable qu'il en ait été fait de même pour l'âge. C'est pourquoi ceux-ci seront également supprimés de l'analyse. Au final, ce sont 62 439 prises en charge qui seront conservées, soit près de 99,5 % des enregistrements initiaux. Le traitement de bases de données comme celle-ci implique inexorablement que soient effectués des arbitrages. L'importance que représente la variable âge dans les analyses à suivre justifie le développement qui vient de lui être accordé. L'ensemble des arbitrages suivants ne fera pas l'objet d'un tel niveau de détails lorsqu'ils seront présentés.

La population des usagers de drogues pris en charge par les CSST est constituée de près de 80 % d'hommes contre seulement 20 % de femmes. Cette surreprésentation masculine s'observe dans des proportions voisines pour l'ensemble des produits consommés (graphique nº 16). Au contraire, quelques légères différences d'âge apparaissent selon les produits consommés le mois qui précède l'accueil (au maximum 2 ans d'écarts). Mais sur l'ensemble de la population prise en charge, chacun des deux sexes a en moyenne 29,6 ans.

**Graphique nº 16 : Répartition par sexe et âge des patients selon les produits consommés le mois précédant l'accueil, pour 100000 individus âgés de 10 à 64 ans[111] en 2006**




[111] Les 65 ans et plus ne représentant jamais plus de 1,5 % des consommateurs d'un produit, il est préférable, dans un souci de lisibilité, de réduire la tranche d'âge observée.




Source : RECAP/0FDT

Les pyramides des âges représentées concernent des consommateurs de produits pouvant être polyconsommateurs. Leurs singularités apparaissent alors plus de leurs différences avec la pyramide de l'ensemble des usagers pris en charge, que de différenciations les unes par rapport aux autres[112]. Trois groupes de consommateurs peuvent alors être clairement distingués. Un premier, constitué des consommateurs de tabac, d'alcool et de cannabis pour lesquels les femmes ne se distinguent que très peu de l'ensemble des patients, mais dont les consommateurs masculins sont plus jeunes en moyenne. Cela est

[112] Les informations relatives aux consommations de plusieurs substances et de celles faisant l'objet des prises en charge seront exposées plus en détail dans la seconde section de ce chapitre.

particulièrement vérifié pour le cannabis dont la classe d'âges des 15-24 ans est nettement surreprésentée. Cette même classe d'âge est plus légèrement surreprésentée chez les consommateurs d'alcool et de tabac. Hormis cela, la structure par sexe et âge des consommateurs d'alcool ne se distingue que très peu de celle de l'ensemble des patients, en raison du fait qu'il s'agisse du produit le plus souvent consommé (il l'est par 3/4 de ceux ayant déclaré au moins un produit). Le tabac, très rarement déclaré comme produit consommé (seulement 15 %) présente pourtant une grande similarité avec l'ensemble de la population des usagers pris en charge par les CSST. Un deuxième groupe de consommateurs, qui ont déclaré avoir consommé des opiacées et/ou de la cocaïne au cours du mois qui précède l'enregistrement des informations, ne se distingue également que très peu de l'ensemble des usagers lorsqu'il s'agit des femmes. Il présente au contraire des usagers masculins plus âgés, les 25-44 ans étant plus présents dans ce groupe. Enfin, un troisième ensemble, plus hétérogène, regroupe les consommateurs d'hallucinogènes, de médicaments psychoactifs ainsi que de MDMA et autres stimulants. Ces trois groupes de produits ont ceci de différent qu'ils sont chacun particulièrement consommés par des femmes de différents groupes d'âges. Elles sont plus âgées lorsqu'il s'agit des consommatrices de tranquillisants, hypnotiques et/ou antidépresseurs. Les femmes de plus de 25 ans sont effectivement plus présentes dans ce groupe d'usagers que dans l'ensemble des patients. Notons que c'est également le cas des hommes de plus de 28 ans. Les hallucinogènes et les stimulants (MDMA, amphétamines et autres stimulants) sont quant à eux plus souvent consommés par des femmes plus jeunes, notamment les 17-24 ans. Les hommes consommateurs de ces stupéfiants sont également plus jeunes, les 17-29 ans étant surreprésentés par rapport à l'ensemble des patients pris en charge.

## II – L'environnement socioéconomique des usagers

Le contexte économique et social dans lequel évoluent les usagers de drogues pris en charge dans les CSST peut être appréhendé grâce aux nombreuses variables selon lesquelles peuvent être caractérisés les individus (nombre d'enfants, catégorie socioprofessionnelle, logement, niveau d'études, …). Ces différentes variables sont cependant largement influencées par l'âge des individus. C'est pourquoi la répartition des usagers selon chacune des modalités des différentes variables considérées ne permet d'avoir qu'une mesure qui souffre d'un effet de structure. Afin, de s'affranchir de ce biais, il convient alors d'appliquer à chacune des sous-populations considérées une même structure par sexe et âge. Cela permet de

comparer les mesures effectuées à une population de référence, qui pourra par exemple définir la structure type utilisée en vue de redresser les tris à plat initialement réalisés[113]. En raison de la diversité des thèmes abordés lors de l'accueil des usagers en centre de soin, il n'existe pas, à notre connaissance, d'enquête ou plus généralement de bases de données qui permettent de confronter l'ensemble des informations du dispositif RECAP à une seule et même population de référence. Par conséquent, et afin de ne pas souffrir des variations d'échantillonnage auxquelles seraient contraintes les mesures effectuées par le biais de données d'enquêtes, il apparaît préférable de restreindre l'étude aux seules variables pouvant faire l'objet d'un tel redressement au moyen des données du recensement 1999[114].

### *A – Quelques possibles comparaisons à l'ensemble de la population*

Si le taux de réponse à la question de la CSP[115] chez les usagers de drogues peut sembler un peu faible (69 %), la structure par sexe et âge des non-répondants ne diffère que peu de l'ensemble des usagers[116]. L'hypothèse selon laquelle les non-répondants se distribuent de la même manière que les répondants a pu par conséquent être adoptée. Par ailleurs, dans le souci de ne pas comparer des catégories pouvant ne pas regrouper des éléments de même nature, ont été exclues de l'analyse les modalités « Retraité » et « Sans profession » chez les usagers de drogues, et « chômeur n'ayant jamais travaillé » et « inactif » dans les données du recensement.

Les employés, et dans une moindre mesure les ouvriers, sont bien plus représentés parmi les patients pris en charge qu'ils ne le sont dans l'ensemble de la population, et ce, chez les deux sexes (graphique nº 17). Ils représentent respectivement 39 % et 48 % des actifs pris en charge, ainsi que 66 % et 18 % des actives. Dans l'ensemble de la population française 13 % des hommes et 50 % femmes, parmi les actifs, sont employés alors que 39 % pour les hommes et 12 % des femmes sont ouvriers. La faible part des agriculteurs s'explique, il est vrai, de par la complémentarité des surreprésentations des autres catégories. Toutefois, il ne

[113] L'ensemble des répartitions par sexe, âge, et variable prise en compte selon la source utilisée est disponible en annexe nº 7 p. 421.

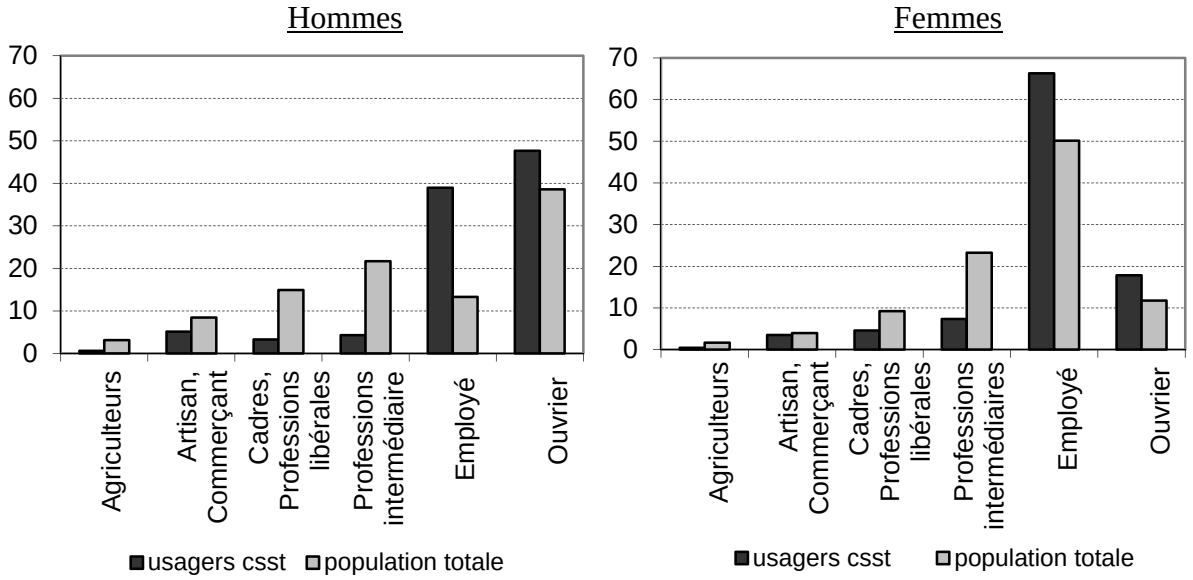
[114] L'utilisation des recensements plus récents aurait pu être appréciée, mais les données détaillées ne sont pas disponibles au moment où ce travail est réalisé. L'évolution relativement lente des phénomènes pouvant altérer les mesures effectuées, ainsi que la connaissance annexe de ces variations, permettent toutefois d'interpréter sans difficulté majeure les résultats obtenus.

[115] Catégorie socioprofessionnelle.

[116] Il n'apparaît qu'une légère sous-représentation des hommes de 20-24 ans, parmi lesquels les répondants sont par ailleurs légèrement plus souvent ouvriers ou employés que l'ensemble des usagers. Cette sous-représentation ne permet toutefois pas d'expliquer à elle seule les écarts constatés.

doit pas être omis que les CSST sont plus présents dans les communes urbaines que rurales et peu également contribuer à leur moindre présence dans ces structures.

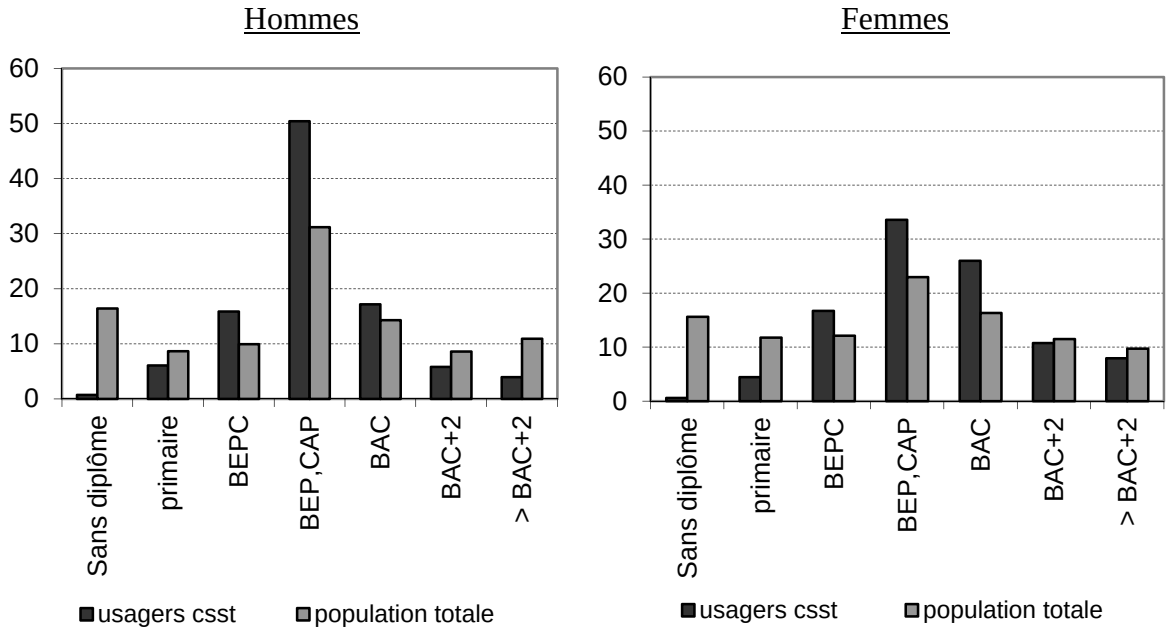
**Graphique nº 17 : Part de chacune des CSP au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe**




Source : RECAP/OFDT - INSEE

L'utilisation de données plus anciennes de sept années s'agissant de la population de référence, n'ayant par conséquent pas été soumise à la même mobilité sociale au cours de son activité, ne peut être explicative des différences constatées de répartition par CSP. On pourrait en effet craindre que la surreprésentation des CSP les moins élevées chez les patients des CSST découle d'une importante mobilité descendante. Pourtant, si cette mobilité s'avère être moins marginale qu'auparavant, elle reste moins importante que la mobilité sociale ascendante (Monso [2006]). Une même remarque pourrait être effectuée à l'égard des niveaux de diplômes des différentes sous-populations. L'élévation du niveau de diplôme observé depuis le début des années 1960, notamment en raison de l'objectif avoué d'obtenir 80 % d'une génération atteignant le niveau bac, joue en faveur d'une part plus importante des niveaux de diplôme les plus élevés chez les patients des CSST. Si cela participe quelque peu à la part plus élevée des bacheliers chez les usagers de drogues que dans l'ensemble de la population, il semble que les plus hauts niveaux de diplômes, bac+2 et supérieurs, sont cependant moins bien représentés dans cette sous-population, qui se distingue essentiellement par une importante proportion d'individus ayant un niveau BEPC ou BEP, CAP (graphique nº 18).

**Graphique nº 18 : Part de chacun des niveaux de diplôme au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe**




Source : RECAP/OFDT- INSEE

La très faible part des « sans diplôme » (0,66 %) et « niveau primaire » (5,3 %), dans une population qui, en dehors de ces deux modalités, présente un moindre niveau d'éducation, mérite que l'on présente quelques remarques :

- La structure par âge des non-répondants comporte une part plus élevée des générations plus anciennes que ce qu'il en est pour l'ensemble des patients. Or, les plus âgés sont également ceux qui, en raison de l'augmentation du niveau de diplôme de l'ensemble de la population, sont les moins diplômés. La qualité de la déclaration des niveaux de diplôme dans les recensements a fait l'objet de critiques qui stipulent que les moins diplômés tendent à surestimer le diplôme qu'ils ont effectivement obtenu (Caillot [2005]). Dans une population déjà stigmatisée, il est à craindre que cela s'avère d'autant plus vrai. Ainsi, soit les non-répondants seraient moins souvent diplômés que ne le sont les répondants, soit une partie des BEPC et BEP/CAP déclarés s'avèrent répondre à une logique semblable à celle observée dans l'ensemble de la population, mais de manière plus importante.
- La faible part des non-diplômés vient également du fait que les non-diplômés sont plus représentés dans les espaces à dominante rurale que dans les pôles urbains (respectivement 24 % contre 18 %), alors que l'offre de soins pour usages de drogues est bien plus implantée

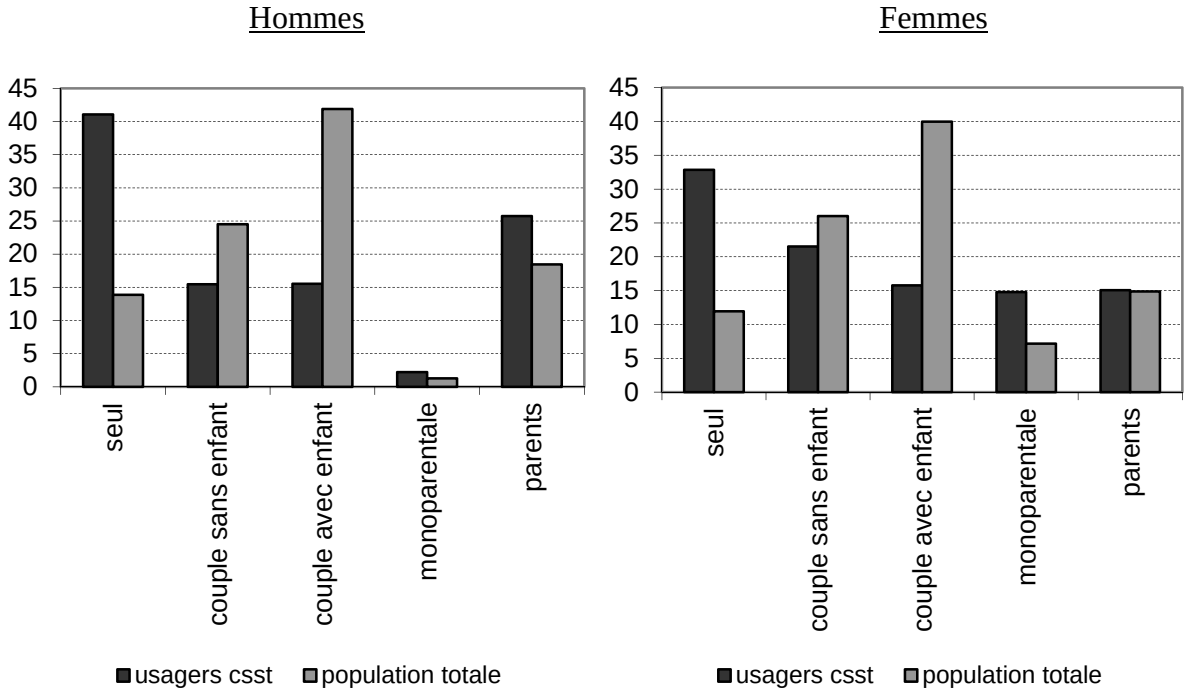
dans les zones urbaines. Cette différence ne peut toutefois à elle seule expliquer une telle absence de non diplômés.

- Enfin, il a été constaté, parmi les individus enquêtés en population générale, qu'un niveau de diplôme se rapprochant du baccalauréat expliquait une plus forte probabilité d'expérimenter le cannabis, mais qu'un niveau de diplôme plus élevé « réduisait les risques » d'un usage régulier (Beck *et al*.[2007]). Du fait de la faiblesse de la prévalence des autres produits, il est difficile de savoir s'il existe un même lien entre niveau de diplôme et usages d'autres stupéfiants. Sous l'hypothèse que cela s'avère vérifié, les non-diplômés feraient alors peu l'usage des drogues considérées dans les données RECAP, ce qui expliquerait qu'ils ne puissent en avoir un « usage problématique » occasionnant la prise de contact avec une structure de soins. Le fait que les niveaux de diplôme les plus élevés participent à un moindre « usage problématique » des drogues expliquerait alors leur plus faible représentation dans les CSST que dans l'ensemble de la population.

Une même application de la structure type à la variable « entourage », c'est-à-dire les personnes avec qui vivent les usagers de drogues pris en charge, présente les limites d'une telle méthode, qui pourtant présentait l'avantage de comparer aisément les caractéristiques de deux populations distinctes. Tout d'abord, plusieurs modalités ne peuvent être prises en compte. En effet, les modalités des fiches RECAP *« Vit seul », « vit seul avec enfant(s) », « vit avec un conjoint seulement », « Vit avec un conjoint et enfant(s) »,* correspondent sensiblement à celles du recensement général de la population *« personne vivant seule », « parent d'une famille monoparentale », « en couple sans enfant », « en couple avec enfant »*. Il est également possible de prendre en compte la modalité *« Vit avec ses parents »,* présentée dans le recensement sous la forme *« Enfant de moins de 25 ans »* (entendu dans le ménage). Toute personne âgée de plus de 25 ans qui vit avec ses parents doit alors être enregistrée sous la dénomination *« Autre cas »*. Cependant, la qualification du type de relation entretenue, lorsque les patients déclarent vivre *« avec des amis »*, empêche qu'elle soit assimilée aux *« ménage[s] sans lien familial »*. Il pourrait être décidé de compiler cette situation avec la situation « autre » dans le dispositif RECAP, et d'en faire de même pour l'ensemble des autres catégories référencées dans le recensement. Toutefois, il est à craindre que les situations de vie des usagers les moins habituelles se traduisent plus souvent par une non-réponse que dans le recensement où sont distingués, *« ménage de deux personnes avec lien familial », « ménage sans lien familial - personnes de même sexe », « ménage sans lien familial - personnes de sexes différents », « hors ménage ordinaire », et « autre cas »*. Malgré ces remarques, l'importante surreprésentation des personnes vivant seules parmi les usagers

pris en charge dans les CSST (graphique nº 19) est assurée. On ne peut pas pour autant accorder autant de valeur à la mesure en elle-même.

**Graphique nº 19 : Part de chacun des types de ménage au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe**

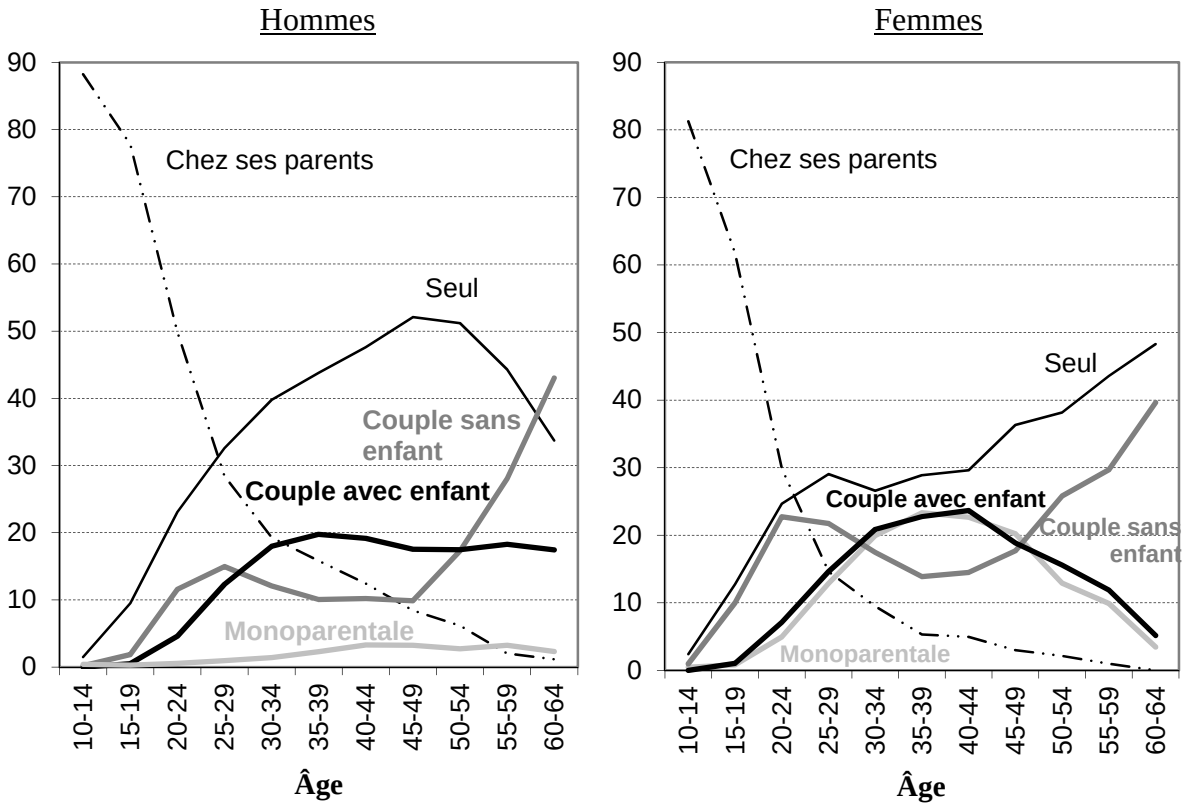



Source : RECAP/OFDT- INSEE

Les usagers de drogues pris en charge dans les centres de soins vivent moins souvent en couple que la population française dans son ensemble. La différence entre les patients des CSST et le reste de la population est d'autant plus flagrante lorsqu'on considère les couples avec enfant, la différence étant moins marquée pour ce qui est des couples sans enfant. Les femmes en relation avec les CSST ne se distinguent d'ailleurs que très peu des autres à cet égard. Au contraire, les usagères de drogues qui ont initié une prise en charge dans les centres de soins se différencient largement de l'ensemble des femmes françaises en cela qu'elles sont bien plus souvent mères d'une famille monoparentale. La surreprésentation des hommes vivant chez leurs parents ne peut faire l'objet de commentaires assurés à cause des approximations auxquelles nous avons été contraints pour appliquer aux deux populations considérées une même structure par âge. Il pourrait en être autrement si la part des personnes vivant chez leurs parents était marginale une fois l'âge de 25 ans atteint. Celle-ci, bien que rapidement décroissante, représente cependant encore 19 % des modes de cohabitation chez

les hommes de 30 à 34 ans (graphique nº 20). Cette alternative est moins souvent présente chez les femmes, qui sont plus précocement en couple sans enfant que les hommes.

**Graphique nº 20 : Part des types d'entourage déclarés par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe**




Source : RECAP/OFDT- INSEE

En dessous de 50 ans, les femmes sont toujours plus en couple que les hommes, qu'il s'agisse de couples avec ou sans enfant. Elles sont également, et cela s'avère être le cas pour l'ensemble des classes d'âges observées, plus souvent que les hommes le parent d'une famille monoparentale (ce qui est d'ailleurs également le cas en population générale, la garde des enfants étant plus souvent attribuée à la mère en cas de divorce). Cela explique très certainement la part plus importante des femmes vivant seules chez les générations les plus anciennes, alors que la tendance s'inverse chez les hommes. En effet, il apparaît entre 40 et 65 ans une symétrie quasi parfaite entre la hausse des femmes seules et la baisse des familles monoparentales. Les enfants qui appartiennent à ces familles sortent, en vieillissant, de celles-ci, et transforment par conséquent ces familles monoparentales en femmes isolées. La décohabitation des enfants issus de couples avec enfant participe quant à elle à l'augmentation de la part des couples sans enfant. La proportion de cette dernière forme de ménage reste

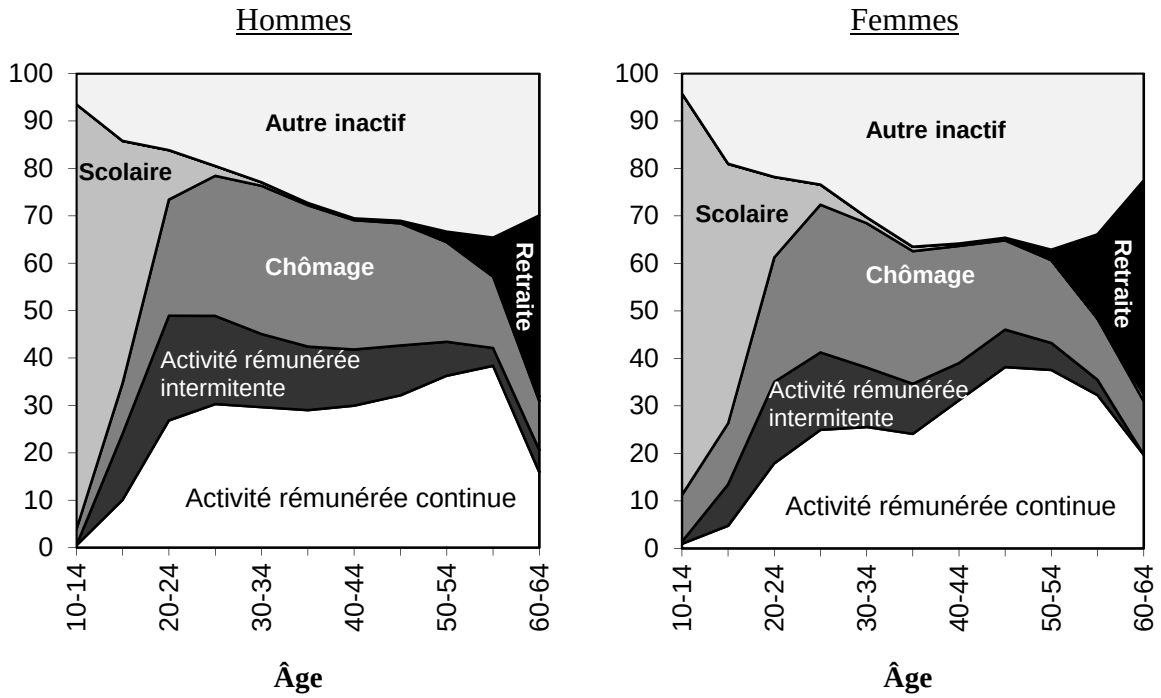
quant à elle relativement stable après 35 ans chez les hommes. Cela pourrait s'expliquer par l'arrivée d'enfants dans des couples sans enfant à des âges plus tardifs pour les hommes que pour les femmes. Ceci se traduit notamment par une baisse, puis une stabilisation, de la part des couples sans enfant chez les hommes jusqu'à 50 ans, alors que les femmes voient ce type de ménage croître de nouveau à partir de 40 ans. Enfin, la part croissante des couples sans enfant s'expliquerait donc plus par une mise en union d'hommes seuls, ceux-ci bénéficiant notamment d'une plus grande probabilité de deuxième union que les femmes (Delmeire [2005]).

### *B – Compléments d'information*

Les autres variables représentatives de la situation socioéconomique des usagers de drogues pris en charge par les CSST en 2006 ne peuvent faire l'objet de comparaisons avec l'ensemble de la population qu'au prix de nombreuses approximations. Les dommages seraient au moins aussi importants que l'intérêt que pourrait représenter l'application d'une structure identique à celle d'une population de référence. Sans se restreindre aux seules données du recensement de la population, l'utilisation d'enquêtes ne permettrait pas non plus de disposer d'informations comparables en raison de questions trop peu semblables, ou de modalités d'une même caractéristique ne permettant pas de reconstituer celles disponibles dans le dispositif RECAP. Pour ces raisons ne seront présentées que les caractéristiques des usagers de drogues, mais elles bénéficieront d'un niveau de détail plus fin.

De manière générale, il apparaît que les usagers de drogues pris en charge dans les CSST se trouvent dans une situation économique particulièrement précaire. Parmi, les 25-64 ans, c'est-à-dire une fois que la grande majorité des individus sont sortis du système éducatif, ils ne sont que 30 % à avoir une activité rémunérée continue. Les jeunes femmes âgées de 25 à 39 ans sont celles qui souffrent le plus de cette situation puisqu'elles ne sont que 25 % à avoir une activité rémunérée continue, contre 30 % des hommes du même âge (graphique nº 21). Cette plus grande difficulté à bénéficier d'un travail fixe pourrait s'expliquer en partie par leur situation familiale dans la mesure où c'est à ces mêmes âges que croît la part des familles monoparentales. S'il n'est pas possible de connaître les revenus des patients, la forte proportion d'individus employés et ouvriers laisse présumer de ressources relativement modestes, ce qui limite les modes de gardes auxquels peuvent avoir accès les femmes vivant seules avec leurs enfants.

**Graphique nº 21 : Part des situations professionnelles déclarées par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe**




Source : RECAP/OFDT- INSEE

La part des hommes au chômage reste plus importante que celle des femmes (30 % contre 28 % chez les 25-49 ans) qui, quant à elles, sont plus souvent inactives ou à faible revenu d'activité. Par ailleurs, la détérioration générale du marché de l'emploi se traduit ici par un recours plus important à une activité rémunérée intermittente chez les jeunes générations par rapport aux plus anciennes. Les plus grandes difficultés que rencontrent les femmes à intégrer le marché de l'emploi se traduisent inévitablement par des ressources moins souvent issues de leur activité (tableau nº 4). Ainsi, les femmes sont plus fréquemment bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI). C'est la source principale des revenus pour 35,5 % des femmes de 30-35 ans. Les femmes présentent également plus souvent comme principales ressources les *« autres prestations sociales »*, constituées vraisemblablement en grande partie d'allocations familiales, les femmes étant plus souvent incluses dans des familles monoparentales, ou en couple avec enfant(s). Enfin, il est à regretter que ne puissent être distinguées les situations où les individus n'ont pas de ressource de celles où il s'agit d'autres formes que celles spécifiées. En raison d'une plus importante part d'inactives que d'inactifs, il est toutefois à craindre que la part d'*« autres ressources »* plus importantes des femmes, reflète ici l'absence de celles-ci.

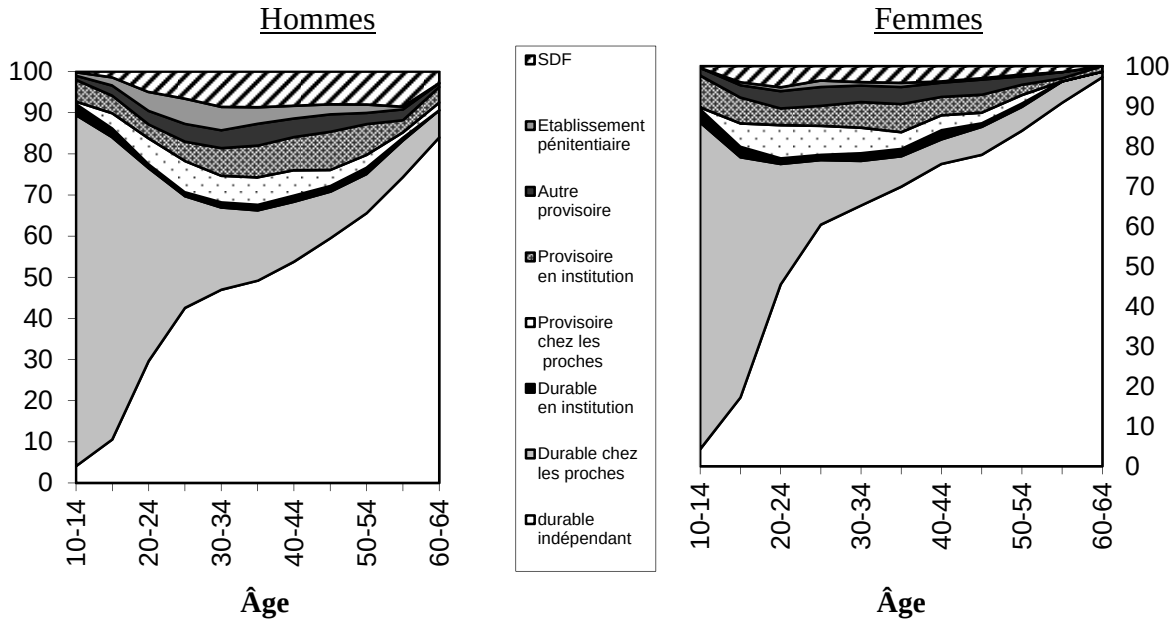
**Tableau nº 4 : Part des principales ressources déclarées par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe**

| Age | Revenus d'emplois | | ASSEDIC | | RMI | | AAH | | Autres prestations sociales | | Provenant d'un tiers | | Autres (dont sans) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F |
| 10-14 ans | 1,2 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 3,3 | 4,6 | 81,4 | 84,5 | 14,2 | 9,2 |
| 15-19 ans | 24,8 | 13,5 | 3,7 | 2,8 | 0,6 | 1,5 | 0,3 | 0,2 | 1,7 | 2,8 | 50,6 | 57,2 | 18,3 | 22,1 |
| 20-24 ans | 47,6 | 33,9 | 13,8 | 13,2 | 2,8 | 7,5 | 1,9 | 2,3 | 1,6 | 3,8 | 15,6 | 20,1 | 16,6 | 19,1 |
| 25-29 ans | 44,6 | 35,3 | 15,3 | 13,7 | 20,6 | 26,5 | 4,7 | 4,4 | 1,9 | 5,2 | 3,8 | 4,7 | 9,1 | 10,2 |
| 30-34 ans | 39,7 | 31,3 | 13,0 | 10,7 | 28,4 | 35,5 | 6,1 | 7,0 | 2,2 | 4,5 | 2,0 | 4,3 | 8,7 | 6,7 |
| 35-39 ans | 35,9 | 30,2 | 11,6 | 9,9 | 30,2 | 32,7 | 9,7 | 12,3 | 2,6 | 4,9 | 1,7 | 3,1 | 8,4 | 6,9 |
| 40-44 ans | 36,7 | 34,6 | 10,3 | 9,9 | 26,2 | 25,6 | 13,8 | 17,0 | 2,6 | 4,2 | 1,6 | 2,7 | 8,9 | 6,0 |
| 45-49 ans | 38,3 | 40,3 | 9,9 | 11,1 | 20,6 | 19,6 | 17,3 | 16,8 | 3,3 | 3,8 | 1,3 | 3,2 | 9,3 | 5,3 |
| 50-54 ans | 40,8 | 44,7 | 8,5 | 7,3 | 18,7 | 17,4 | 15,8 | 16,4 | 5,6 | 2,7 | 1,3 | 4,1 | 9,2 | 7,3 |
| 55-59 ans | 50,2 | 43,3 | 11,0 | 9,2 | 13,9 | 7,5 | 11,0 | 10,8 | 5,7 | 10,0 | 1,1 | 4,2 | 7,1 | 15,0 |
| 60-64 ans | 59,4 | 54,5 | 3,0 | 1,5 | 6,9 | 7,6 | 5,9 | 6,1 | 5,0 | 6,1 | 2,0 | 7,6 | 17,8 | 16,7 |

Source : RECAP/OFDT- INSEE

Malgré des difficultés financières plus importantes, les femmes disposent plus souvent d'un logement durable que les hommes (respectivement 85 % et 78 %). Ce logement s'avère par ailleurs plus souvent être un logement indépendant qu'une cohabitation avec des proches (graphique nº 22). Dans près de la moitié des cas, le logement durable des femmes est indépendant, alors que les hommes lorsqu'ils disposent d'un logement durable, vivent dans 39 % des cas chez des proches. Cela s'explique partiellement par le fait que les femmes vivent plus souvent en couple que les hommes. Par conséquent, l'accès au logement ne dépendra pas uniquement de leurs ressources propres, ce qui est moins souvent le cas des hommes qui vivent plus souvent seuls. Puisqu'on ne dispose pas d'information sur la date depuis laquelle les individus présentent ces caractéristiques de logement, il est difficile de savoir si l'augmentation de la part de domiciles durables indépendants avec l'âge s'explique par une amélioration des conditions de vie au sein des parcours individuels, ou si au contraire, cela tient plus d'une détérioration des conditions d'accès au logement pour les générations les plus jeunes. Ces difficultés se traduiraient ainsi également par une part de femmes sans domicile légèrement plus élevée chez les plus jeunes.

**Graphique nº 22 : Part du type de logement déclaré par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe**




Source : RECAP/OFDT- INSEE

Au travers de la différence d'âge se traduisent également des usages différents dans la mesure où, comme nous l'avons précisé, les consommateurs de produits comme l'héroïne ou la cocaïne sont plus âgés. L'augmentation de la part des sans-domiciles masculins pourrait par conséquent également résulter de cette hétérogénéité. La relative faiblesse des effectifs rend cependant difficile la distinction des individus à la fois selon l'âge, le sexe, et le type de logement, sans que l'information ne soit largement perturbée par des variations erratiques.

## §2 – Caractéristiques des prises en charge

### I – Présentation des prises en charge de l'année 2006

Près de 81 % des prises en charge avec produits psychotropes[117] concernent seulement trois produits : l'héroïne, le cannabis et l'alcool (tableau nº 5). La cocaïne, 4ème produit pour lequel une prise en charge a été initiée, ne représente que 5 % de celles-ci. Si l'héroïne est le produit pour lequel hommes et femmes s'avèrent le plus souvent pris en charge, elle est

[117] Une petite proportion des prises en charge concerne des addictions sans produit (2,5 %). Lorsque le produit de prise en charge n'est pas renseigné, le 1er produit consommé au cours du mois passé est assimilé au produit de prise en charge.

légèrement plus souvent en cause chez les femmes que chez les hommes, qui présentent au contraire une part plus importante de prises en charge en raison d'un usage problématique du cannabis.

**Tableau nº 5 : Répartition des patients accueillis en 2006 selon le produit ayant occasionné la prise en charge (en %) et le sexe.**

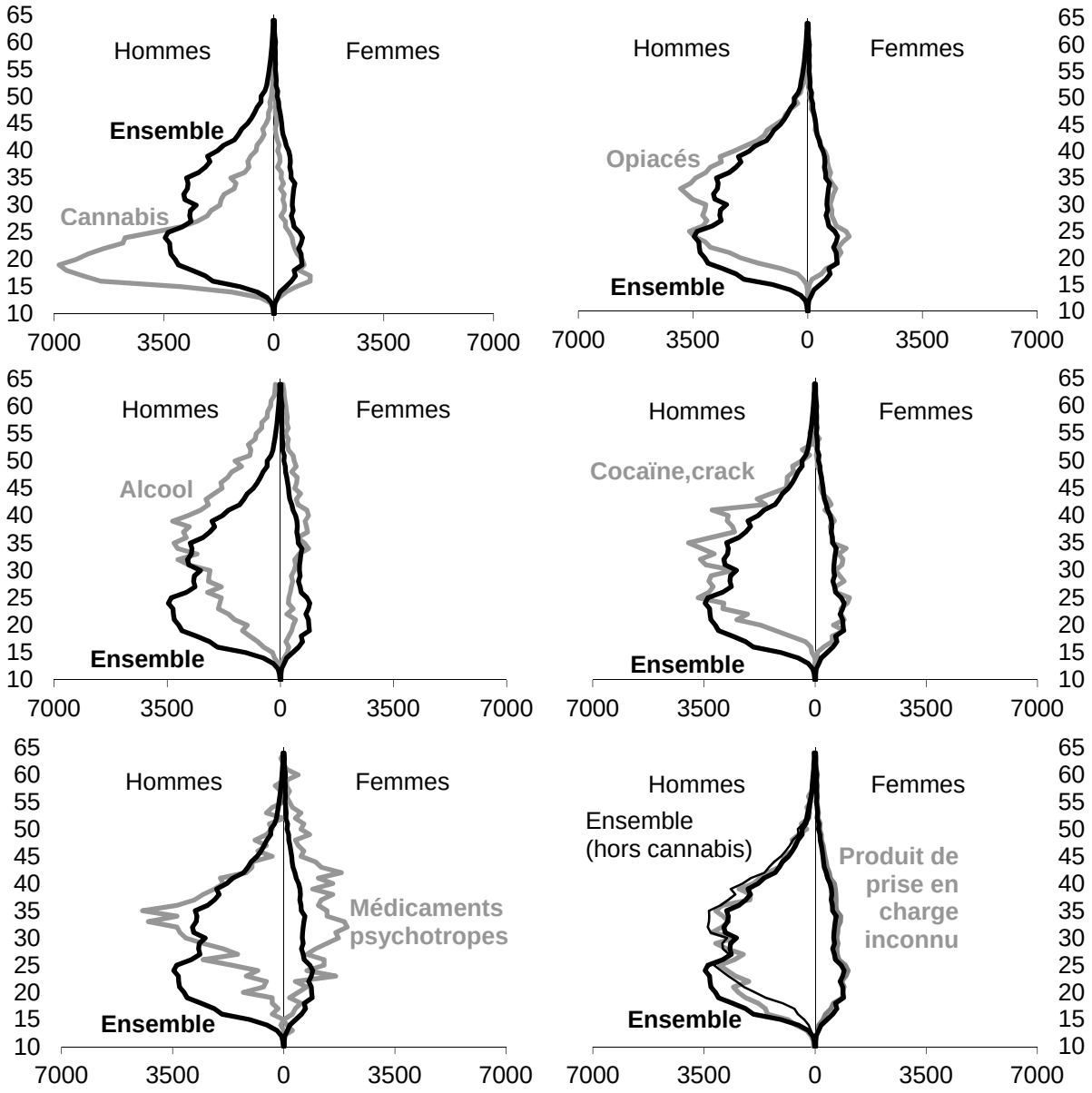
| Produits de prise en charge | Hommes | Femmes | Ensemble |
|---|---|---|---|
| **Alcool** | **11,89** | **12,29** | **11,97** |
| **Opiacés** | **43,93** | **49,92** | **45,10** |
| *- Héroïne* | 35,96 | 40,34 | 36,82 |
| *- Buprénorphine Haut Dosage* | 5,39 | 5,50 | 5,41 |
| *- Méthadone* | 0,90 | 1,06 | 0,93 |
| *- Autres opiacés* | 1,68 | 3,02 | 1,94 |
| **Cannabis** | **34,07** | **22,81** | **31,87** |
| **Médicaments psychotropes** | **1,52** | **4,02** | **2,01** |
| *- Barbituriques* | 0,06 | 0,19 | 0,08 |
| *- Benzodiazépines* | 1,23 | 2,71 | 1,51 |
| *- Autres hypnotiques et tranquillisants* | 0,11 | 0,29 | 0,15 |
| *- Antidépresseurs* | 0,13 | 0,83 | 0,27 |
| **Cocaïne et Crack** | **5,30** | **5,63** | **5,36** |
| *- Cocaïne* | 4,08 | 4,38 | 4,14 |
| *- Crack* | 1,22 | 1,25 | 1,23 |
| **Stimulants** | **0,82** | **1,17** | **0,89** |
| *- Amphétamines* | 0,24 | 0,35 | 0,26 |
| *- MDMA et dérivés* | 0,56 | 0,72 | 0,59 |
| *- Autres stimulants* | 0,02 | 0,09 | 0,04 |
| **Hallucinogènes** | **0,33** | **0,31** | **0,32** |
| *- LSD* | 0,25 | 0,26 | 0,25 |
| *- Champignons hallucinogènes* | 0,01 | 0,00 | 0,01 |
| *- Autres hallucinogènes* | 0,07 | 0,05 | 0,07 |
| **Tabac** | **0,91** | **2,14** | **1,15** |
| **Colles et solvants** | **0,21** | **0,26** | **0,22** |
| **Autres produits** | **1,01** | **1,46** | **1,10** |

Source : RECAP/OFDT

La structure par sexe et âge des individus pris en charge pour leurs consommations d'opiacés se distingue de celle de l'ensemble des patients pris en charge identiquement à ce qu'il apparaît lorsque sont considérées les consommations au cours du mois passé. Cela signifie par conséquent que peu de consommations de ces produits sont faites par les usagers qui ne sont pas pris en charge en raison de ces produits (graphique nº 23). La pyramide des patients dont le produit ayant initié la prise en charge est le cannabis présente, comme celle des consommateurs de cannabis au cours du mois passé, une surreprésentation des plus

jeunes, mais de manière plus accentuée encore. Si le cannabis n'est donc pas consommé uniquement par les plus jeunes patients des CSST, la prise en charge qui en découle les concerne particulièrement. Notons toutefois qu'il n'est référencé qu'un produit pour lequel les individus sont pris en charge. Si pour une partie des usagers, la prise en charge ne concerne effectivement qu'un seul des produits consommés, d'autres présentent un usage « problématique » pour plusieurs d'entre eux. C'est alors celui qui pose le principal problème qui est enregistré. Cela explique que le cannabis ne soit certainement identifié comme produit de prise en charge que lorsqu'aucun autre produit n'est également présenté comme faisant l'objet de consommations abusives.

**Graphique nº 23 : Répartition par sexe et âge des patients, selon les produits de prise en charge, pour 100000 individus âgés de 10 à 64 ans en 2006**




Source : RECAP/OFDT

Les autres sous-populations, définies par le produit pour lequel les individus qui les constituent sont pris en charge, se distinguent plus largement de celles caractérisées par la consommation de ces mêmes psychotropes au cours du mois qui précède la prise en charge. Ainsi, l'alcool, et dans une moindre mesure la cocaïne et le crack sont des produits pour lesquels les individus pris en charge en raison de leurs consommations s'avèrent plus âgés que ceux qui déclarent les avoir consommés au cours du mois passé. Les personnes pour qui l'usage qui pose le plus de problèmes est celui de médicaments psychotropes ne se différencient pas particulièrement, en termes d'âge de ceux qui en ont consommé le mois qui précédent la prise de contact avec le CSST. Ils s'en éloignent toutefois en ce qui concerne la répartition par sexe. En effet, les femmes sont particulièrement représentées dans cette sous-population puisqu'elles sont près de 40 % des personnes qui débutent une prise en charge pour ces substances. Dans la mesure où sera, par la suite, présentée plus en détail l'étude des premières prises en charge, pour laquelle il sera nécessaire de reconstituer certaines données, notons dès à présent qu'on ne pourra pas faire l'hypothèse que la réparation du produit de prise en charge est la même chez les non-répondants que parmi les répondants[118]. En effet, les non-répondants sont légèrement plus âgés que ne l'est l'ensemble de la population des patients pris en charge. Au regard de la structure par sexe et âge des patients pris en charge pour d'autres produits que le cannabis, il apparaît que le cannabis bénéficie semble-t-il d'une meilleure qualité de déclaration. Les plus jeunes étant moins consommateurs d'autres produits que le cannabis, il est plus aisé d'identifier le produit qui pose le plus de problèmes. Ceci peut expliquer une meilleure collecte en ce qui concerne alors le cannabis.

L'origine de la prise en charge pour laquelle les individus ont fait l'objet d'une collecte d'information en 2006 ne se distingue que très peu entre homme et femmes. Elle est, dans la moitié des cas, le fait d'une décision personnelle du patient ou de l'incitation de proches (tableau nº6). Cette dernière situation s'avère surtout être le cas des jeunes patients âgés de moins de 20 ans. La principale distinction qui apparaît entre hommes et femmes concerne les prises en charge initiées à la suite d'une décision de justice (injonction thérapeutique, obligation de soins,..). En effet, les hommes sont plus souvent en prise avec la justice que les femmes. C'est le cas à tous les âges, mais est particulièrement marqué entre 15 et 25 ans. Ce mode d'entrée en relation avec les CSST représente la part la plus élevée des modalités présentées à ces âges. Les services médicaux non spécialisés, tels que la médecine

[118] La présentation détaillée de la reconstitution des données manquantes, appliquée aux 1ères prises en charge, est présente en annexe n ° 8 p. 423

de ville ou les hôpitaux, sont ensuite la voie la plus souvent empruntée par les usagers de drogues pour débuter une prise en charge spécialisée (13 % des cas). Le système sanitaire est d'autant plus souvent à l'origine des prises en charge qu'il s'agit d'usagers de drogues âgés. Cela peut être le signe d'une occurrence plus importante des relations entretenues avec le corps médical.

**Tableau nº 6 : Répartition des patients accueillis en 2006 selon l'origine de la prise en charge (en %) et le sexe.**

| Age | Hommes | | | | | | | Femmes | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Le patient lui-même | Proches (famille/amis) | Autres centre des toxicomanies | Médecins/hôpitaux | Services sociaux | Décision de justice | Autre | Le patient lui-même | Proches (famille/amis) | Autres centre des toxicomanies | Médecins/hôpitaux | Services sociaux | Décision de justice | Autre |
| 10-14 ans | 6,1 | 34,3 | 0,8 | 4,3 | 9,6 | 26,4 | 18,5 | 10,9 | 32,7 | 0,9 | 4,7 | 12,3 | 10,9 | 27,5 |
| 15-19 ans | 15,1 | 18,2 | 2,3 | 5,5 | 5,5 | 48,0 | 5,3 | 26,9 | 20,3 | 3,6 | 10,7 | 9,8 | 16,9 | 11,8 |
| 20-24 ans | 33,2 | 9,4 | 5,0 | 9,6 | 3,6 | 37,5 | 1,7 | 47,5 | 11,2 | 8,4 | 13,6 | 4,4 | 12,8 | 2,2 |
| 25-29 ans | 42,1 | 7,5 | 7,2 | 12,0 | 4,3 | 24,9 | 1,9 | 51,0 | 9,4 | 9,8 | 15,5 | 3,8 | 8,5 | 2,0 |
| 30-34 ans | 47,8 | 6,9 | 10,7 | 13,3 | 4,8 | 14,3 | 2,1 | 51,9 | 8,3 | 12,5 | 14,5 | 5,2 | 5,3 | 2,2 |
| 35-39 ans | 48,8 | 6,1 | 11,7 | 14,7 | 5,7 | 10,7 | 2,4 | 52,1 | 5,6 | 13,1 | 15,9 | 6,0 | 5,1 | 2,1 |
| 40-44 ans | 48,7 | 5,5 | 11,4 | 16,3 | 5,7 | 10,6 | 1,8 | 49,8 | 7,5 | 13,1 | 18,0 | 4,9 | 4,7 | 1,9 |
| 45-49 ans | 47,8 | 6,3 | 11,2 | 16,8 | 5,0 | 11,0 | 1,9 | 52,4 | 6,1 | 7,9 | 21,5 | 5,9 | 4,5 | 1,8 |
| 50-54 ans | 43,3 | 5,3 | 7,8 | 21,8 | 6,7 | 12,8 | 2,4 | 45,9 | 8,3 | 6,2 | 26,4 | 7,0 | 2,9 | 3,3 |
| 55-59 ans | 37,5 | 8,2 | 5,5 | 23,2 | 6,1 | 16,7 | 2,7 | 50,4 | 8,9 | 4,4 | 24,4 | 5,2 | 3,7 | 3,0 |
| 60-64 ans | 27,8 | 9,3 | 5,6 | 36,1 | 3,7 | 15,7 | 1,9 | 40,3 | 12,5 | 9,7 | 29,2 | 4,2 | 4,2 | 0,0 |
| Ensemble | 38,8 | 9,1 | 7,7 | 12,0 | 4,8 | 24,9 | 2,6 | 45,9 | 10,9 | 9,3 | 15,0 | 5,8 | 9,1 | 4,1 |

Source : RECAP/OFDT

## II – Étude des premières prises en charge

À terme, l'utilisation des données du dispositif RECAP pourra permettre d'étudier, plus efficacement qu'elles ne le permettent à l'heure actuelle, les premières prises en charge. En effet, du fait du caractère particulièrement récent de la collecte des données, ces dernières ne peuvent encore faire l'objet d'exploitations qui bénéficient de l'apport que représente le mode d'observation continu. Non seulement le dispositif permettra de prendre en compte

l'ensemble des évènements (ici les premières prises en charge) et non plus des seuls connus par les individus encore pris charge, mais il s'affranchira également de plusieurs approximations auxquelles ne peut qu'être soumise l'observation rétrospective à laquelle nous sommes actuellement contraints. Toutefois, pour que cela soit le cas, il faudra effectuer quelques légères modifications qui seront explicitées au fil des mesures présentées ci-après[119]. Bien évidemment, une simple transformation du mode d'observation continu en mode d'observation suivi, se traduisant par la mise en place d'un identifiant, permettrait de réduire les changements à apporter, voire même de réduire le nombre de questions posées aux individus. En effet, il est inutile de demander par exemple aux patients pris en charge par les CSST s'ils ont déjà été pris en charge auparavant s'il est possible de retrouver leur trace au cours des années précédentes[120]. En raison d'un problème d'anonymat évident, l'identifiant doit pouvoir être obtenu sans que soient « retrouvées » les personnes rattachées à cet identifiant. L'une des alternatives souvent utilisées est de construire un identifiant à partir de quelques lettres du nom, du prénom, et de la succession de quelques caractéristiques des individus (années de naissance, sexe, département de naissance,…). Les moyens techniques actuels pourraient également permettre de simplement transformer ces quelques informations à partir d'un algorithme prédéfini, en vue de faire disparaître toutes informations relatives aux noms et prénoms. Pour autant, bien que relativement faible, la probabilité pour que deux individus différents disposent du même identifiant n'est pas nulle. De plus, une telle entreprise nécessiterait une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Enfin, face à une population se définissant par des comportements quelque peu blâmés, il est intéressant de pouvoir disposer de données sans qu'aucune information relative aux nom et prénom des individus ne soit nécessaire. C'est pourquoi les propositions qui suivront se limiteront au respect du mode d'observation continu déjà en place.

En vue de reconstituer les prises en charge initiées au cours des années passées, l'utilisation de deux informations est nécessaire : la *« prise en charge antérieure pour un problème lié à l'usage de substances psychoactives »* et l'*« année de la première prise en*

[119] Si la jeunesse de ce système d'observation est contraignante du point de vue de l'analyse des parcours effectués par les usagers pris en charge, elle est également un atout si on se place dans une posture visant à participer à l'amélioration du système d'observation des usagers de drogues. En effet, modifier des modes d'observation déjà en place depuis plusieurs années s'avère toujours difficile. D'une part, car la remise en question de leur apport est parfois mal interprétée, et, d'autre part car elle demande en pratique que soit modifié le protocole de saisie des informations. Parce qu'il n'en est encore qu'à ses balbutiements, le dispositif RECAP se prête particulièrement bien à des améliorations, car les personnels des CSST sont informés de son caractère novateur et des éventuelles adaptations à venir. Il serait donc enviable que celles-ci soient effectuées avant que la totalité des CSST ne se soit éprouvée à son exercice.

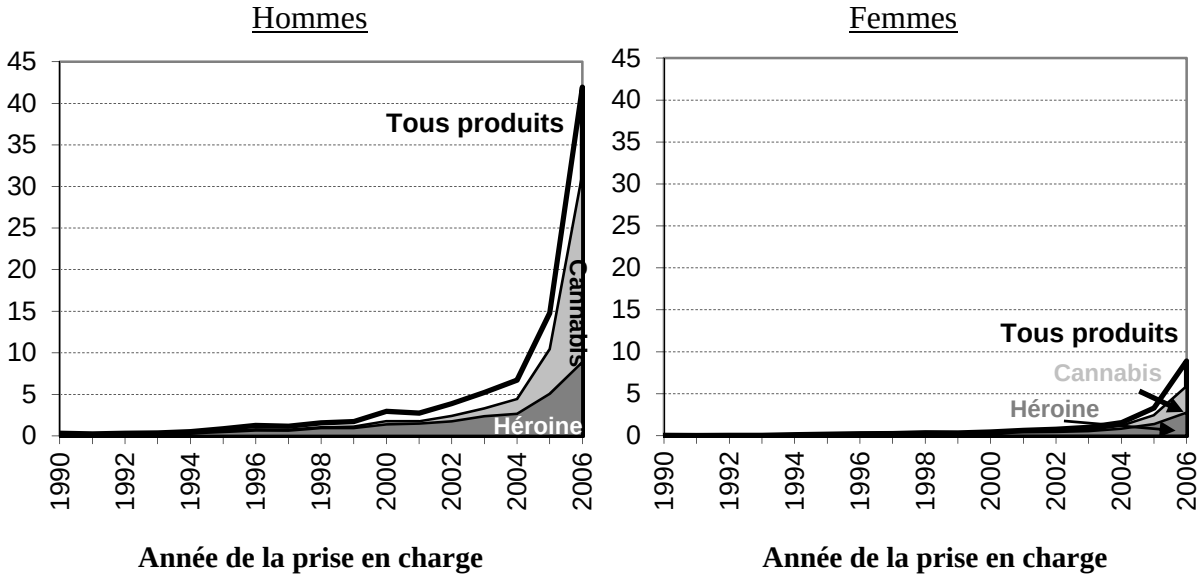
[120] Cela ne pourrait être le cas qu'après plusieurs années, puisqu'il faudrait que les individus ne puissent avoir été pris en charge avant l'établissement d'un identifiant.

*charge liée à l'usage de substances »*. Non seulement celles-ci permettent de connaître pour chaque année les prises en charge initiées, mais il est également ainsi possible de s'affranchir des éventuels doublons, sous l'hypothèse d'une exhaustivité effective. En effet, les patients qui déclarent être *« suivis actuellement »* ne doivent pas être pris en compte, puisqu'ils sont déjà recensés dans au moins un autre centre sous la modalité *« jamais été pris en charge »* dans le centre dans lequel la première prise en charge a été initiée. Pour une même raison, devraient être exclus tous les individus qui déclarent avoir *« déjà [été suivi], mais plus actuellement »*, lorsque ce suivi a débuté la même année que celle où sont collectées ces informations. Bien que toutes les structures d'accueil des usagers de drogues n'aient pas répondu en 2006, ces corrections seront effectuées dans la mesure où elles permettent de disposer de mesures *a minima*, jugées comme préférable au fait de faire l'hypothèse qu'aucun individu ne soit entré en contact avec plusieurs structures répondantes. Cette approche minimise d'autant plus les mesures effectuées qu'il est impossible de distinguer les produits pour lesquels les individus ont été pris en charge dans d'autres structures que celle dans laquelle ils répondent au questionnaire. Ne seront donc pas prises en compte les 1$^{ères}$ prises en charge pour d'autres produits que celui expliquant la prise en charge actuelle. Cette approximation illustre donc la première correction à effectuer dans le recueil des données. Bien sûr, celle-ci n'affecte aucunement la mesure des premières prises en charge tous produits confondus, mais restreint celle qui peut être effectuée selon le produit concerné par la prise en charge. Il conviendrait donc de spécifier le produit pour lequel la première prise en charge a été initiée. En l'absence d'une telle information, il n'apparaît pas judicieux de distinguer les premières prises en charge pour chacun des produits. Non seulement, bien que la méthodologie appliquée s'avère utile à la reconstitution des données en raison d'une importante part de non-réponse, elle se prête difficilement aux produits pour lesquels les patients sont les moins pris en charge. De plus, elle ne permet que de distinguer les premières entrées selon le produit pour lequel les patients sont pris en charge en 2006, et non lors de cette première prise en charge. Dès lors, seules les premières prises en charge en raison du cannabis et de l'héroïne ont été conservées[121].

[121] Il est ici préférable de se limiter à l'héroïne, et non de considérer d'un seul bloc l'ensemble des opiacés, dans la mesure où, s'agissant de la méthadone et de la Buprénorphine Haut Dosage, leurs consommations et les éventuels usages problématiques qu'elles occasionnent ont largement été influencés par la mise en place des traitements de substitution, et qu'il est *a priori* très probable que les premières prises en charge ne soient pas relatives à ces mêmes produits.

La somme annuelle des premières prises en charge réduites selon le produit de prise en charge[122] (graphique nº 24) présente clairement l'évolution des types de prises en charge réalisées dans les CSST. Alors que celles-ci concernaient dans la grande majorité des cas l'héroïne avant le début des années 2000, elles se concentrent par la suite sur d'autres produits, et plus particulièrement le cannabis dont les 1ères entrées croissent rapidement à partir de 2004, année où sont mises en place les *« consultations cannabis »*[123], suivies en février 2005 d'une campagne de sensibilisation nommée *« le cannabis est une réalité »*

**Graphique nº 24 : Somme annuelle (pour 1000) des premières prises en charge réduites selon le sexe et le produit de prise en charge de 1990 à 2006**




Source : RECAP/OFDT - INSEE

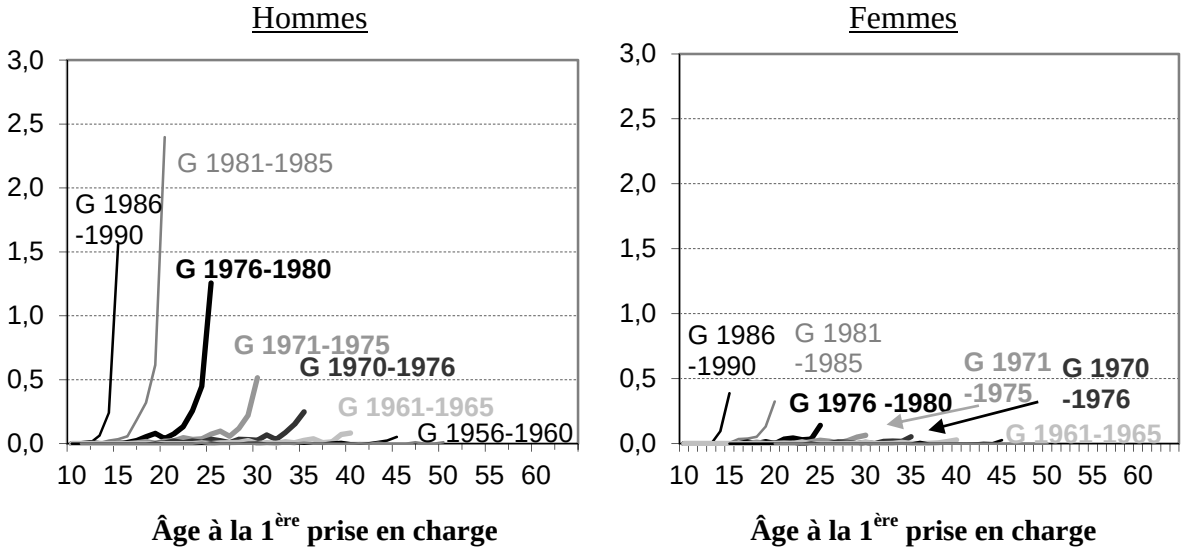
Il s'avère, au regard de ces résultats, qu'un plus grand « raffinement distinctif » par produit n'aurait eu que peu d'intérêt, du fait de l'influence certaine que joue le mode d'observation rétrospectif. L'augmentation particulièrement marquée des premières prises en charge lors des dernières années ne se limite en effet pas uniquement à une réelle augmentation des prises en charge au cours de ces années. Elle tient également compte du fait que les prises en charge les plus anciennes sont certainement largement sous-estimées en raison des sorties des prises en charge initiées plus anciennement. La lecture des 1ères prises en

[122] Somme annuelle des premières prises en charge réduites $= \sum_x \frac{1^{ères}\ prise\ en\ charge\ à\ l'âge(x;x+1)}{Population\ moyenne\ d'âge(x;x+1)}$

[123] Circulaire nº DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

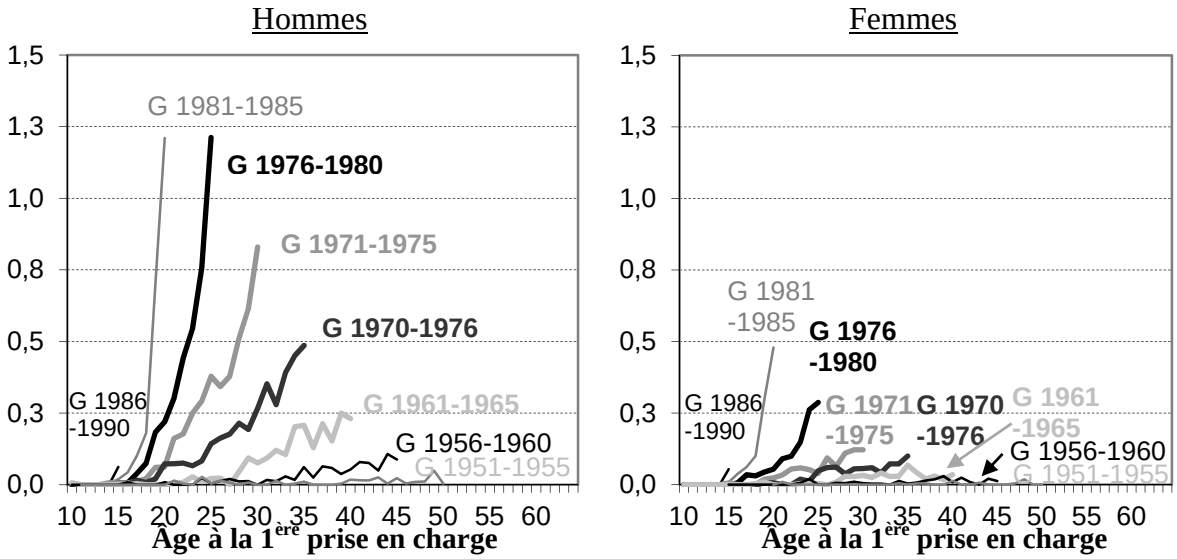
charge réduites par âge à l'entrée dans une prise en charge au sein des générations[124] (graphique nº 25 et nº 26) permet de confirmer ce biais. Chacun des groupes de générations présente son plus haut niveau à l'âge le plus élevé que l'ensemble des générations qui les constituent peut atteindre, soit celui atteint au 1er janvier 2006.

**Graphique nº 25 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) des générations d'usagers de cannabis selon l'âge à la 1ère prise en charge et le sexe**




Source : RECAP/OFDT - INSEE

**Graphique nº 26 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) des générations d'usagers d'héroïne selon l'âge à la 1ère prise en charge et le sexe**




Source : RECAP/OFDT - INSEE

[124] Premières prises en charge réduites $= \frac{1^{ères}\ prise\ en\ charge\ à\ l'âge(x;x+1)}{Population\ moyenne\ d'âge(x;x+1)}$. Les générations ont été regroupées afin d'en simplifier la lecture. L'ensemble des générations est représenté en annexe nº 9 p. 426.

Il apparaît surprenant que parmi les générations les plus anciennes les personnes âgées de 50 ans et plus soient celles qui débutent une prise en charge alors que les consommations sont, comme nous le verrons plus tard, initiées bien plus tôt et laisserait supposer que l'usage problématique ne se manifeste que très tardivement chez les plus anciens consommateurs. Il ne peut donc pas être ici déduit que les générations les plus récentes débutent leur 1ère prise en charge plus tôt. On pourrait être tenté de distinguer les 1ères entrées au sein des générations, selon la durée de la consommation du produit pour lequel les usagers de drogues sont pris en charge. Un même biais indirect interviendrait malheureusement. Il n'est par conséquent pas utile de tenter de reconstituer les effectifs des individus présentant les caractéristiques que l'on souhaiterait étudier par la suite, dans la mesure où les niveaux des différentes mesures effectuées seraient largement influencés par le mode d'observation. En effet, cette reconstitution souffre d'approximations qui seraient acceptables dans la mesure où elles permettraient d'obtenir une mesure de l'intensité des phénomènes. Cela n'étant pas le cas, elles apparaîtraient comme superficielles. C'est donc l'évolution des différentes mesures prises, et non la valeur des mesures effectuées qu'il conviendra d'interpréter. Les indices réalisés par la suite ne tiendront donc compte que des seuls répondants aux questions nécessaires à l'établissement de ces derniers.

## ***Section 2 - Les parcours d'usage***

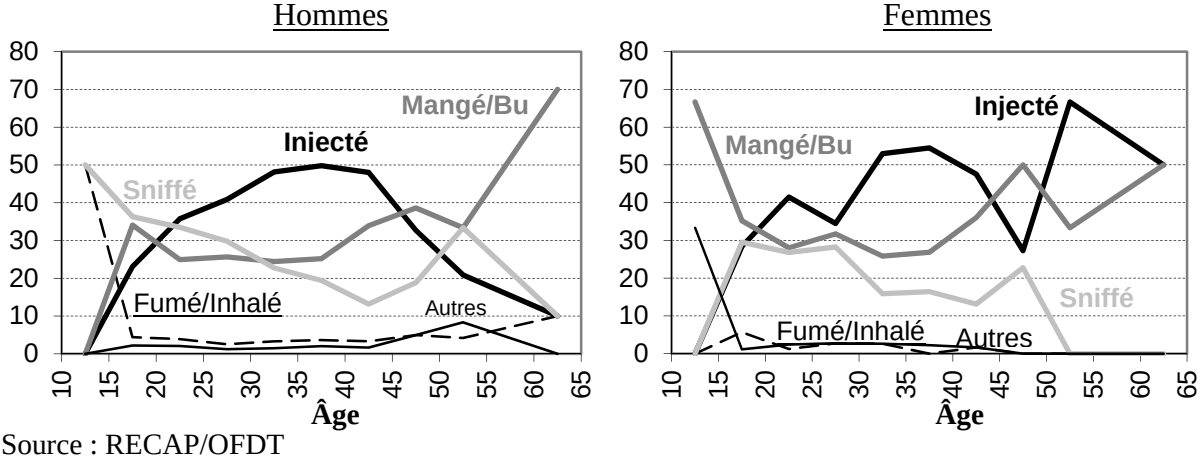
### §1 – Les modalités de l'usage

#### I – Les modes de consommation actuels

Les modes de consommation, c'est-à-dire la voie par laquelle les produits sont introduits dans l'organisme (orale, nasale, sanguine, …), ne peuvent être distingués que selon les produits considérés, et non au sein de l'ensemble des consommations. En effet, la nature même des produits implique l'impossibilité de certains modes. À titre d'exemple, s'il est possible d'imaginer que soit injecté le cannabis lorsqu'il est consommé sous la forme d'huile, il est évident que sous ses formes les plus courantes en France, à savoir la résine de cannabis

ou sous forme d'« herbe [125]», cette alternative s'avère impossible et exclue toute comparaison à d'autres substances telles que l'héroïne ou la cocaïne. Il n'est donc pas surprenant que pour un grand nombre de produits, la quasi-totalité des consommations est déclarée au travers d'un seul mode de consommation habituel. L'alcool est bu, le tabac et le cannabis sont fumés. Les médicaments psychotropes sont, la grande majorité du temps, avalés (92 % déclarent les avoir *« bu/mangé »*). Toutefois, 8 % des patients pris en charge déclarent les fumer, les *sniffer* ou encore se les injecter par intraveineuse. Une même part des hommes consommateurs de méthadone, substance qui lorsqu'elle est consommée dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés doit être bue, déclarent l'ingérer au travers d'une autre voie que la voie orale. Si le mode de consommation le plus largement utilisé est effectivement de boire la méthadone (92 % des hommes et 97 % des femmes) 1,6 % des hommes et 1,3 % des femmes se l'injectent[126]. La Buprénorphine Haut Dosage (BHD), qui lorsqu'elle est prescrite lors des traitements de substitution doit être ingérée par voie sublinguale, est bien plus souvent consommée par des modes alternatifs. L'injection par intraveineuse, utilisée par 43 % des consommateurs de BHD, est plus utilisée par les personnes âgées de 30 à 44 ans qu'elle ne l'est chez les générations plus récentes (graphique nº 27)[127]. Les femmes présentent également des niveaux particulièrement élevés après 50 ans. Ces niveaux doivent être considérés avec beaucoup de retenue puisque seules 3 femmes âgées de 50 à 54 ans déclarent la voie d'administration utilisée, et 2 sont âgées de plus de 55 ans.

**Graphique nº 27 : Part des modes de consommation habituelle de la Buprénorphine Haut Dosage (en %) selon le sexe et l'âge**




Source : RECAP/OFDT

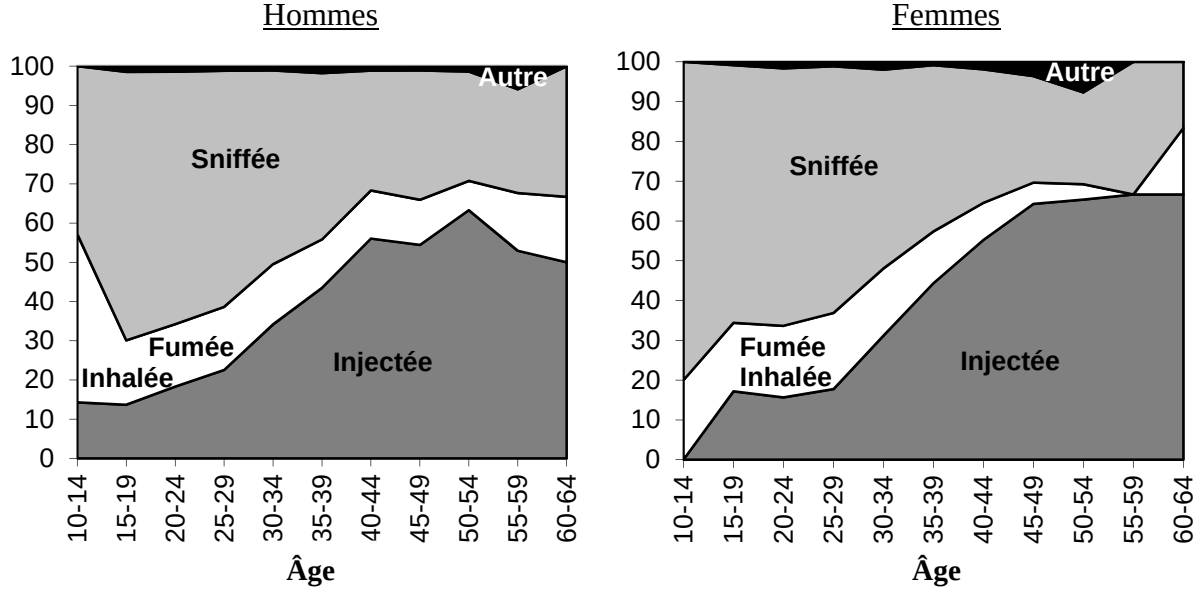
[125] Il s'agit en fait des sommités fleuries, souvent mélangées aux feuilles et tiges séchées des plants de cannabis.

[126] La méthadone sous forme de sirop est diluée dans de grands volumes d'eau et nécessite alors l'utilisation de seringuent à grande contenance.

[127] Des mesures plus approfondies, distinguant les individus selon l'âge auquel a débuté l'injection ainsi que l'âge auquel ont débuté leurs consommations, seront menées dans le troisième paragraphe de cette section afin d'expliquer une telle différence de mode d'administration.

Les patients ayant intégré un traitement de substitution s'appuyant sur la BHD présentent une part d'injecteurs plus faible que l'ensemble des consommateurs de cette substance. Cette part reste toutefois relativement élevée (49 % contre 52 %). Les patients traités par BHD expriment d'ailleurs parfois la volonté de s'orienter vers des traitements par méthadone en raison de leur difficile abstinence au *« shoot »* (Weber [2002]). L'importance de la prévalence de l'injection s'avère d'autant plus problématique que les traitements utilisant la BHD s'avèrent plus répandus en France que ne le sont ceux utilisant la méthadone, en raison d'une plus grande accessibilité des traitements pour lesquels le Subutex® est prescrit[128]. En 2000, près de 63 000 patients étaient traités par BHD alors que seulement 5 000 l'étaient par méthadone (Claroux-Bellocq *et al.* [2003]). Ces pratiques d'injection de la BHD doivent êtres mises en relation avec celles que connaissent les consommateurs d'héroïne, du fait qu'une partie sont consommateurs des deux opiacés, et qu'une autre, actuellement en traitement de substitution, a également consommé de l'héroïne[129]. Alors que les consommateurs d'héroïne les plus âgés (après 40 ans) sont près de la moitié à utiliser l'intraveineuse comme mode d'administration, les plus jeunes ont plus largement adopté le *sniff* (graphique nº 28). Fumer l'héroïne semble relativement stable quelque soit l'âge, mais est largement minoritaire.

**Graphique nº 28 : Part des modes de consommation habituels de l'héroïne (en %) selon le sexe et l'âge**



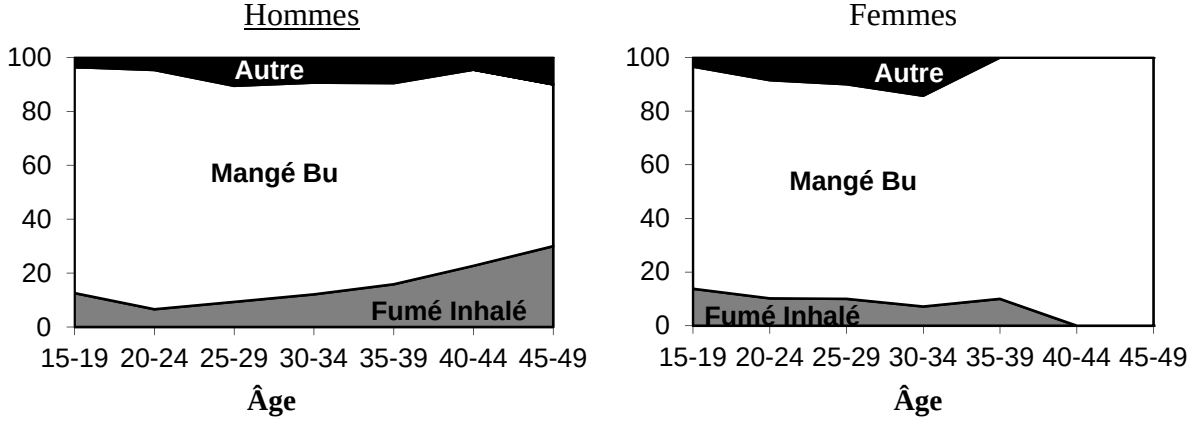

Source : RECAP/OFDT

[128] Le Subutex® est le nom sous lequel est commercialisée la Buprénorphine Haut Dosage. La primoprescription peut s'effectuer en médecine de ville, contrairement à ce qu'il en est pour la méthadone, pour laquelle seuls les médecins travaillant dans un hôpital ou un CSST peuvent initier les traitements.

[129] Les consommations de plusieurs substances sont présentées dans le deuxième paragraphe de cette section.

Le *sniff* est le mode de consommation privilégié de la cocaïne, et ce, quel que soit l'âge des consommateurs. Hommes et femmes l'ingèrent ainsi dans 60 % des cas. Les femmes se distinguent par une plus grande propension à la fumer que les hommes (22 % contre 18 %). Le deuxième mode d'administration le plus courant est l'injection, mais présente, comme pour l'héroïne, un désintérêt de la part des générations les plus jeunes. Le crack, mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque, se présente sous la forme de petits cailloux, ce qui rend plus difficile l'ingestion par voie nasale. Il alors plus souvent inhalé[130] (87 %). Enfin, s'agissant des hallucinogènes, il est difficile d'évaluer l'importance relative des différents modes de consommation en raison du faible nombre d'individus déclarants. Difficile par exemple, d'interpréter les 10 % de femmes qui déclarent *sniffer* les champignons hallucinogènes puisque qu'ils ne concernent en fait qu'une personne. Par ailleurs, il ne nous a jamais été rapporté un tel mode d'administration à l'égard des champignons hallucinogènes. Nous craignons qu'il s'agisse d'une erreur de saisie. Seul le LSD bénéficie d'un effectif de répondants assez important (n=902) pour que puissent être réellement appréciés les différents modes de consommation. Si on constate qu'il est dans plus de 80 % des cas mangé et/ou bu, ce qui est généralement la forme la plus souvent constatée[131], il est également relativement souvent déclaré comme étant « fumé/inhalé »[132] (10 %) (graphique nº 29). Cette modalité est pourtant souvent identifiée comme étant marginale, voire anecdotique, au même titre que l'injection ou la voie oculaire[133].

**Graphique nº 29 : Part des modes de consommation habituelle du LSD (en %) selon le sexe et l'âge**




Source : RECAP/OFDT

[130] Le crack est chauffé et ce sont les émanations qui sont inspirées. Les effets sont, de cette manière, plus intenses, mais aussi plus brefs que la cocaïne sous forme de poudre.

[131] Le LSD est une poudre cristallisée, la plupart du temps diluée dans du liquide, et est soit déposé sur un buvard, soit mélangé à un autre liquide, ou encore imprégné sur un morceau de sucre.

[132] Condensée sous forme de « micro pointe », celle-ci est posée sur une lame de couteau chauffée par en dessous.

[133] On le met sous les paupières et on ferme les yeux une dizaine de minutes.

Celle-ci n'étant pas particulièrement plus faible chez les jeunes générations, il importerait de suivre l'évolution de cette pratique parmi les usagers pris en charge dans les CSST à l'avenir. Il serait en effet intéressant de voir si celle-ci n'entraîne pas une sélection parmi les usagers d'un produit n'entraînant pourtant pas de dépendance physique.

## II– La fréquence des consommations et le type d'usage

Fréquence de consommation et type d'usage sont très fortement liés l'un à l'autre. Bien que ne soit pas utilisée, dans les fiches de renseignent remplies lors d'une prise en charge, les strictes définitions des types d'usage de la CIM-10 ou du DSM-IV[134] – ces dernières ne distinguant pas l'usage à risques – il en ressort une même conception selon laquelle le niveau d'assuétude au produit se traduit par une envie toujours plus prononcée pour celui-ci. S'apparentent alors, en termes d'usage et de dépendance, deux produits, le tabac et l'héroïne, qui *a priori* pourraient apparaître comme étant aux deux extrémités des représentations de ce qu'est la drogue. Le tabac, produit légal et couramment consommé, s'il subit une critique plus marquée depuis quelques années, bénéficie néanmoins d'une moindre diabolisation que l'héroïne. Il semble pourtant, en termes de « potentiel addictif », ne se distinguer que très peu de l'héroïne (graphique nº 30). Hormis chez les moins de 20 ans et les plus de 50 ans, le tabac est presque toujours consommé quotidiennement, alors que l'héroïne ne l'est entre ces âges, qu'à hauteur de 70 %.

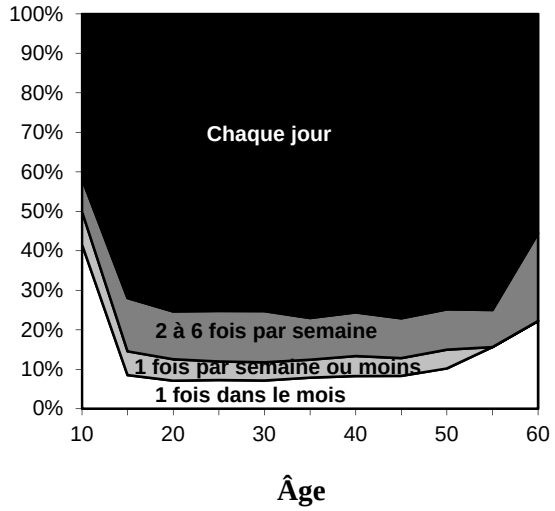
La consommation régulière, plus prégnante chez les consommateurs de tabac, se comprend aisément du fait qu'elle n'entraîne pas les mêmes effets directs et qu'il s'avère plus évident de continuer à avoir une activité tout en fumant, qu'en cas de consommation d'héroïne. Il apparaît toutefois qu'en termes de dépendance au produit, c'est encore une fois en faveur du tabac que s'observe une part plus importante, à tous âges, de personnes « accrocs ».

[134] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4e édition. Ces définitions seront présentées en détail lors du troisième chapitre de cette même partie.

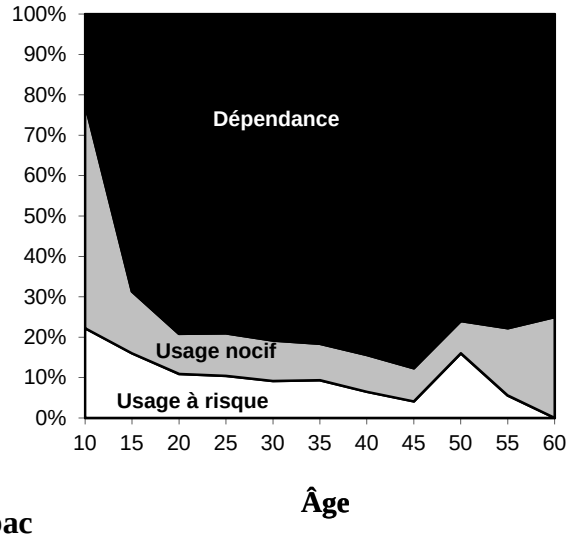
**Graphique nº 30 : Proportion d'individus présentant chacune des fréquences de consommation et des types d'usage selon l'âge et le produit considéré**

**Héroïne**

Fréquence de consommation

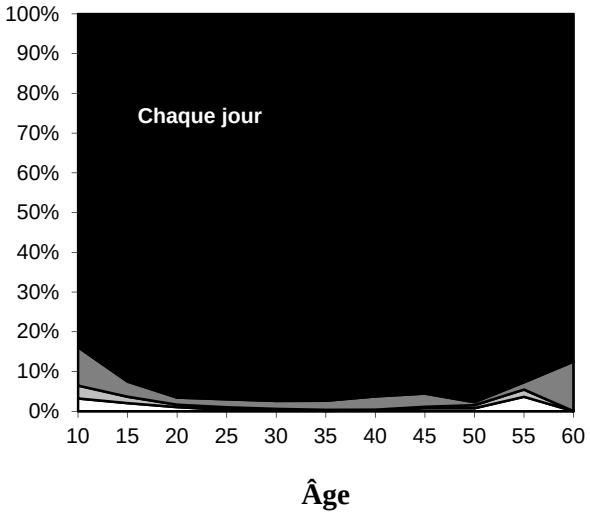



Type d'usage

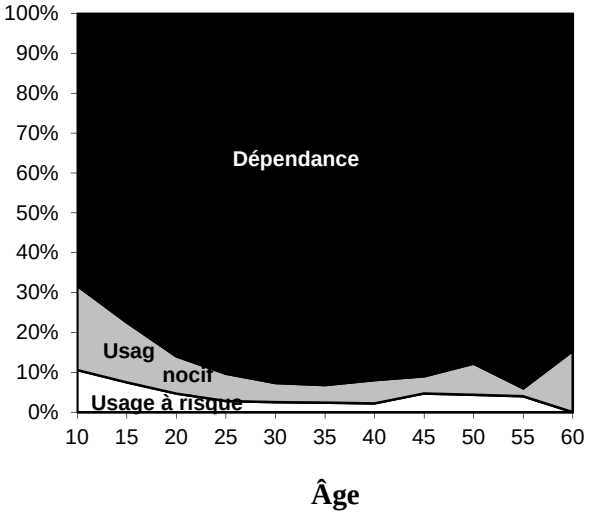



**Tabac**

Fréquence de consommation

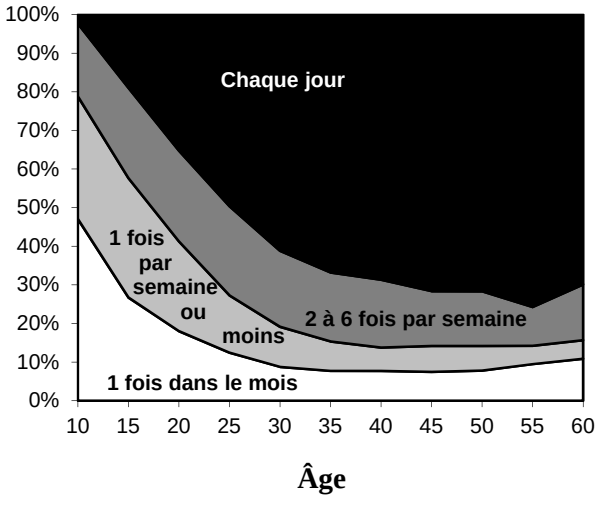



Type d'usage

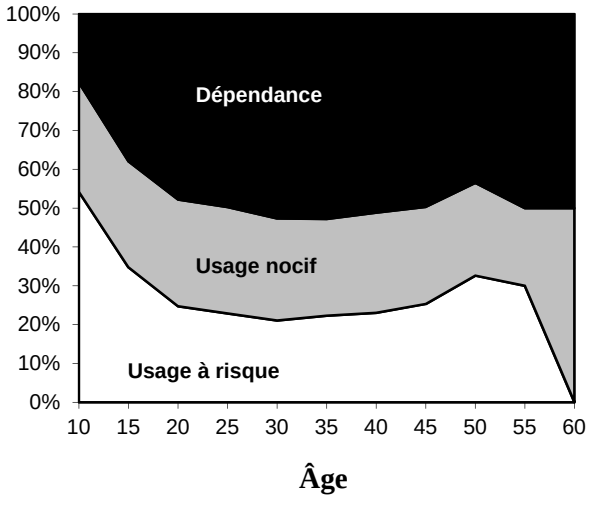



**Cannabis**

Fréquence de consommation

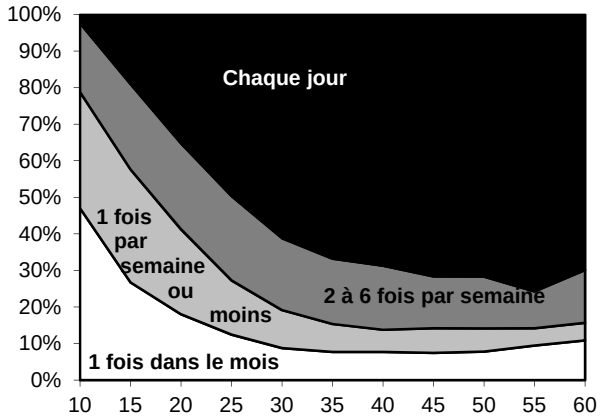



Type d'usage

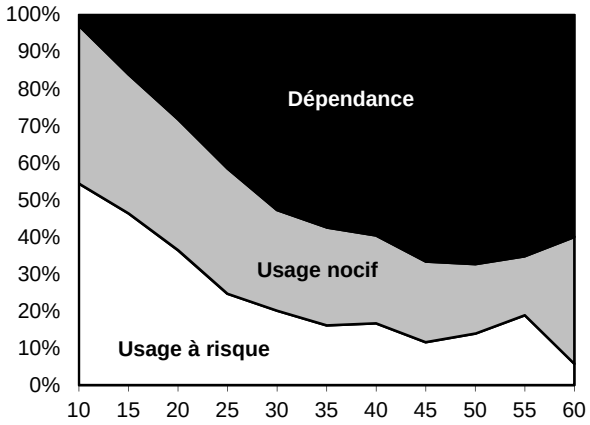


**Alcool**

Fréquence de consommation

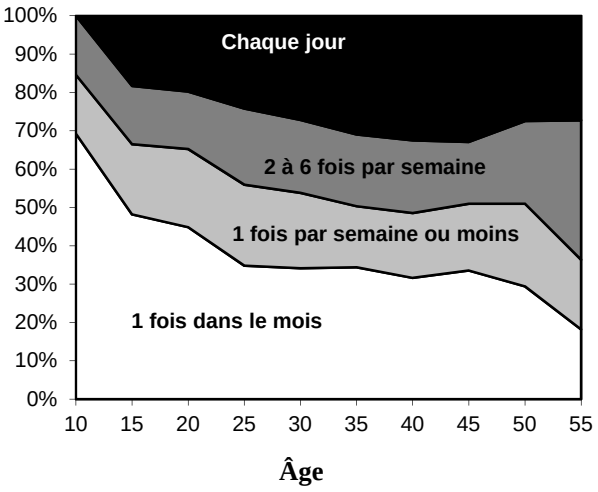



Type d'usage

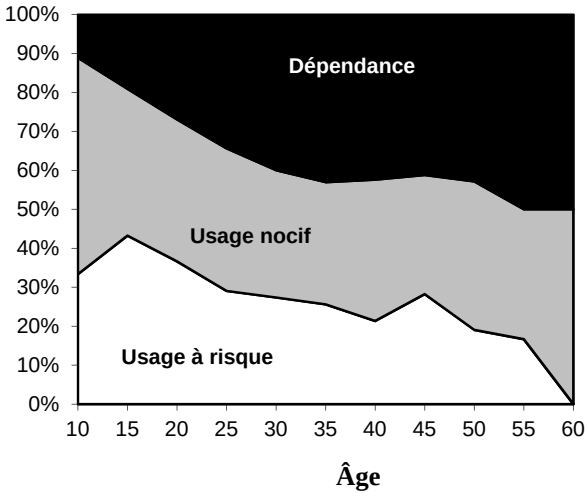



**Cocaïne**

Fréquence de consommation




Type d'usage




Source : RECAP/OFDT

En ce qui concerne le cannabis, si la part de personnes dépendantes tend également à augmenter jusqu'à 20 ans, pour se stabiliser aux âges plus élevés, elle reste bien moins importante qu'elle ne l'est pour le tabac ou l'héroïne. Ce n'est que la moitié des patients de plus de 20 ans qui semble présenter une dépendance au produit. Alcool et cocaïne ne cessent quant à eux de présenter une proportion d'individus dépendants de plus en plus importante au fil des âges. Toutefois, alors que cette part croît à un rythme plus faible après 35 ans en ce qui concerne la cocaïne, ce n'est qu'à partir de 50 ans que l'évolution se modifie s'agissant de l'alcool. La part de personnes dépendantes à chaque âge mélange toutefois l'évolution des types d'usage d'une génération à l'autre et l'évolution de ces usages selon la durée des consommations au sein de chacune des générations. L'étude des parcours d'usage qui suit laisse penser que l'effet de la durée de la consommation est ici la plus explicative de ces

tendances. Par ailleurs, et cela sera discuté plus en détail par la suite, l'observation d'un type d'usage à un instant donné ne permet que très partiellement d'être illustrative des modalités de l'usage sur l'ensemble de la période de consommation.

## §2 – Les parcours de consommation

### I – L'origine des consommations

Suite aux constatations faites lors de l'étude des premières prises en charge, et du choix qui en découle de ne prendre en compte que les seuls répondants, les premières consommations réduites des différents produits considérés selon l'âge à la première consommation sont largement sous-estimées. Le différentiel constaté entre les différentes substances psychotropes illustre toutefois une réelle différence de niveau de consommation, dans la mesure l'ignorance de l'âge au début de la consommation n'est pas liée à l'évènement étudié, c'est-à-dire l'entrée dans les sous-populations de consommateurs. Le nombre trop peu important de répondants s'agissant de l'âge du début de la consommation ne permet pas de distinguer ces évolutions au sein de chacune des générations, ni même de groupes quinquennaux de générations. Dans une situation où le calendrier de l'entrée dans la consommation ne varie que très peu d'une génération à l'autre, il pourrait être imaginé que soient mesurées les premières entrées réduites selon l'âge à l'entrée, toutes générations confondues, pour chacun des produits, afin d'observer l'éventuelle différenciation du calendrier de l'entrée dans la consommation pour chacun des produits. Cela s'avère ici impossible. En effet, une variation de l'intensité au sein des générations pourrait, du fait de l'observation rétrospective et des restrictions auxquelles elle nous contraint, faire apparaître une illusoire hausse de l'entrée dans la consommation à certains âges. L'analyse menée ici, qui consiste à prendre la mesure des premières consommations réduites selon l'âge à l'entrée dans la consommation au sein des différents groupes de générations, ne pourra par conséquent être appliquée qu'à cinq substances. Il est par ailleurs à noter que ne sont bien évidemment calculées que les premières consommations réduites aux âges pour lesquels l'ensemble des individus appartenant à un groupe de générations a effectivement pu atteindre cet âge. Ainsi, bien qu'une partie des personnes appartenant aux générations 1981-1985 a effectivement pu connaître sa première entrée dans la consommation à l'âge de 24 ans lorsque celles-ci sont

observées en 2006, ceci n'étant pas le cas pour les plus jeunes générations de ce groupe, l'indice diminue mécaniquement et fausse la lecture des tendances. Seule sa représentation jusqu'à l'âge de 19 ans est par conséquent effectuée. Pour la quasi-totalité des produits concernés, il existe un, ou des âges, autour desquels se concentrent principalement les premières consommations sans qu'il n'apparaisse de modification importante du calendrier (graphique nº 31)[135]. Les pics constatés à 25 et 30 ans (pour une majorité de produits) s'expliquent simplement par une tendance à déclarer des âges à la première consommation qui sont des multiples de cinq. Si ce même biais de déclaration influence probablement également les niveaux constatés à l'âge de 20 ans, l'existence de niveaux plus élevés pour des âges supérieurs n'étant pas un multiple de cinq laisse supposer qu'il existe un réel regroupement des premières consommations à cet âge (c'est notamment le cas chez plusieurs générations des consommateurs d'alcool à l'âge de 22 ans).

Il est probable que la diversité des produits qui se dissimulent sous le terme « alcool » explique qu'il soit la substance qui présente le plus de périodes au cours desquelles les individus apparaissent comme plus susceptibles de débuter leur consommation. En effet, les consommations d'alcool ne peuvent être distinguées selon qu'elles aient été initiées au travers de la bière, du vin, ou encore des alcools forts. Or, il se pourrait que la découverte de chacun de ces produits ne s'effectue pas aux mêmes âges. Ceux n'ayant pas fait l'expérimentation des alcools dont l'initiation est plus précoce, mais qui s'initient au travers de ceux dont l'initiation est plus tardive, participent alors aux niveaux plus élevés qui se distinguent à certains âges plus tardifs au sein des générations. Ainsi, l'expérimentation de l'alcool se concentre prioritairement à l'âge de 16 ans, puis à la majorité. Par la suite, celle-ci est de nouveau relativement importante vers 20 et 22 ans.

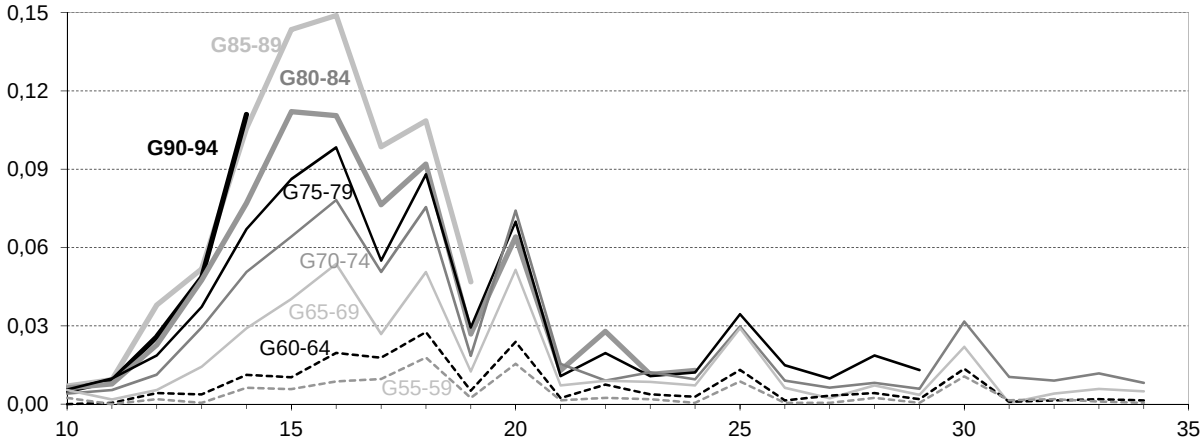
Les premières consommations de tabac se concentrent quelque peu plus précocement, soit à l'âge de 15 ans. L'âge de 18 ans était pour les générations antérieures à 1985, semble-t-il également un cap avant lequel nombreux sont ceux qui seraient amenés à fumer par la suite, mais n'ont pas encore débuté leur consommation. Cette « barrière » semble avoir disparu pour le groupe de générations plus récentes. Le cannabis est le plus consommé pour la première fois au même âge que l'alcool, mais se distingue en cela qu'il n'apparaît pas d'autre période au cours de laquelle ses premières consommations se regroupent (l'augmentation des premières consommations à l'âge de 20 ans étant plus discutable qu'elle ne l'est pour l'alcool

[135] Les résultats selon le sexe ne sont pas présentés, car il n'apparaît pas de différence importante selon le sexe. L'effectif des femmes étant plus faible, les variations sont plus « accidentées ». Il semblait donc préférable de présenter les résultats pour l'ensemble des patients tous sexes confondus.

du fait que n'apparait pas d'élévation des taux de deuxième catégorie[136] entre 20 et 25 ans). Il apparaît donc que ne pas être majeur n'est pas en soi un frein à l'expérimentation de cannabis. Franchir l'interdit légal apparaît comme plus discriminant que d'être ou non majeur. Ainsi, si les individus ont décidé de s'absoudre du cadre légal, cela se fait la plupart du temps pendant l'adolescence. Ceux n'ayant pas expérimenté le produit à cette époque ne débuteront que rarement leurs consommations par la suite. S'agissant des substances plus « marquées socialement » que sont l'héroïne et la cocaïne, la majorité civile se présente comme le premier âge auquel se concentrent les 1ères consommations. Par la suite, une part élevée des nouvelles consommations a lieu à l'âge de 20 puis 22 ans.

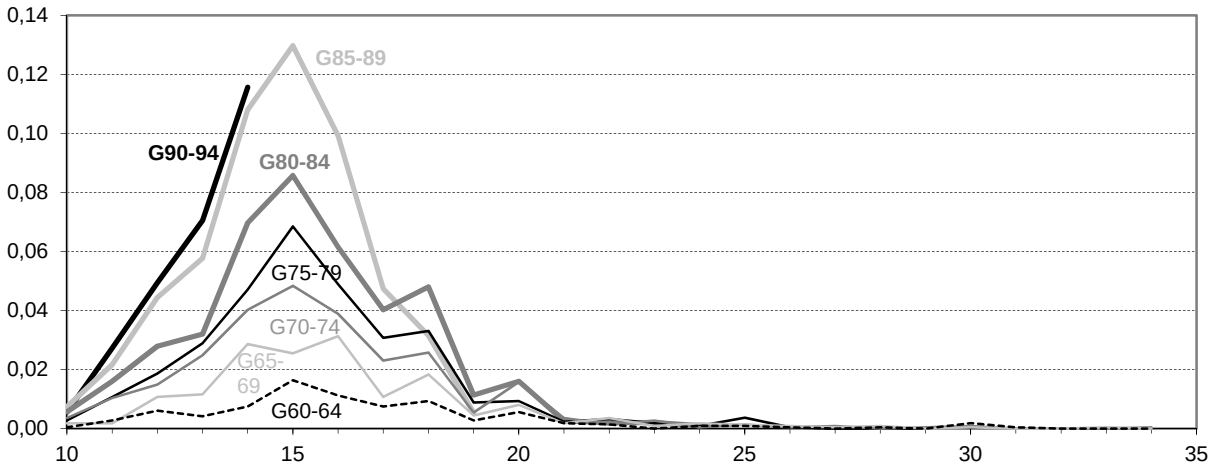
**Graphique nº 31 : Premières consommations réduites (pour 1000) au sein des générations d'usagers selon l'âge à la 1ère consommation et le produit consommé**

Alcool




**Âge à la 1ère première consommation**

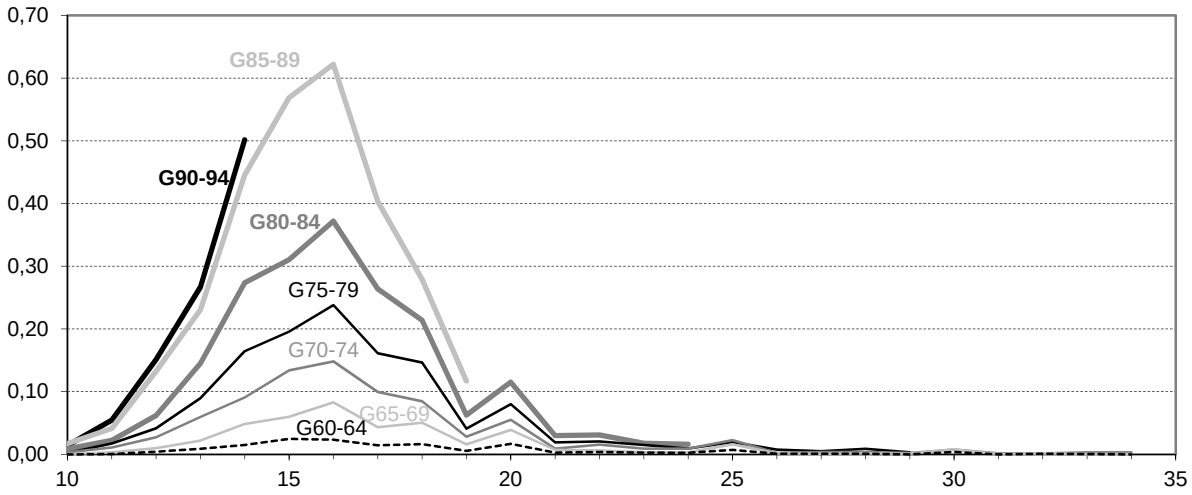
Tabac




**Âge à la 1ère première consommation**

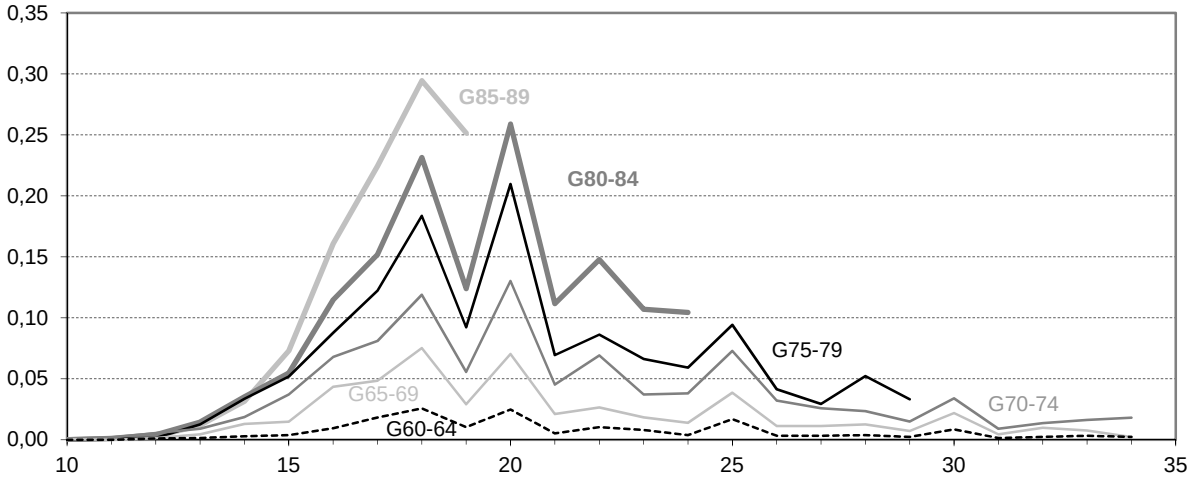
[136] Ou évènements réduits

Cannabis



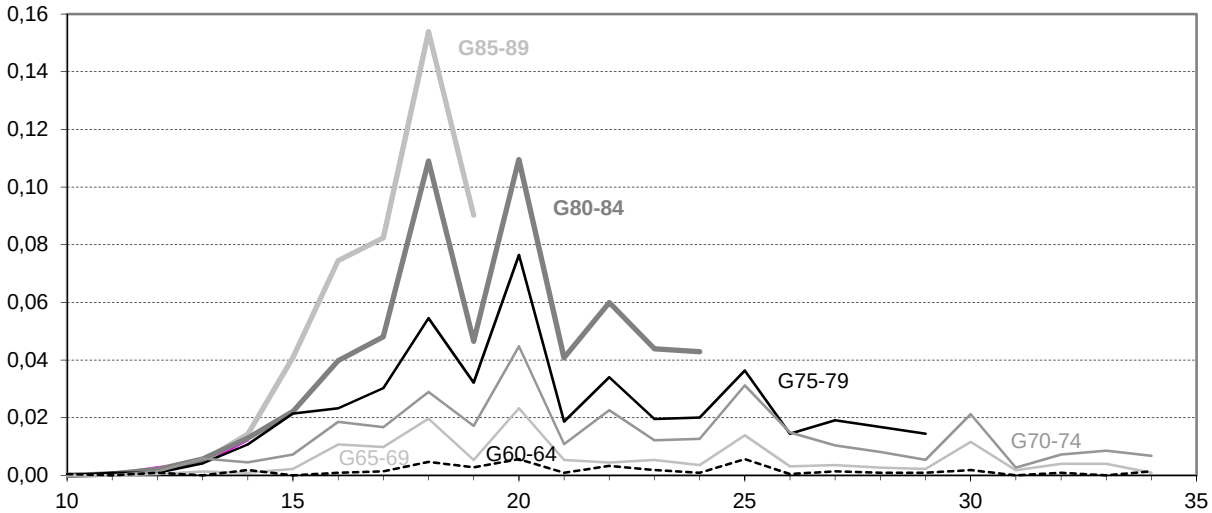

**Âge à la 1ère première consommation**

Héroïne



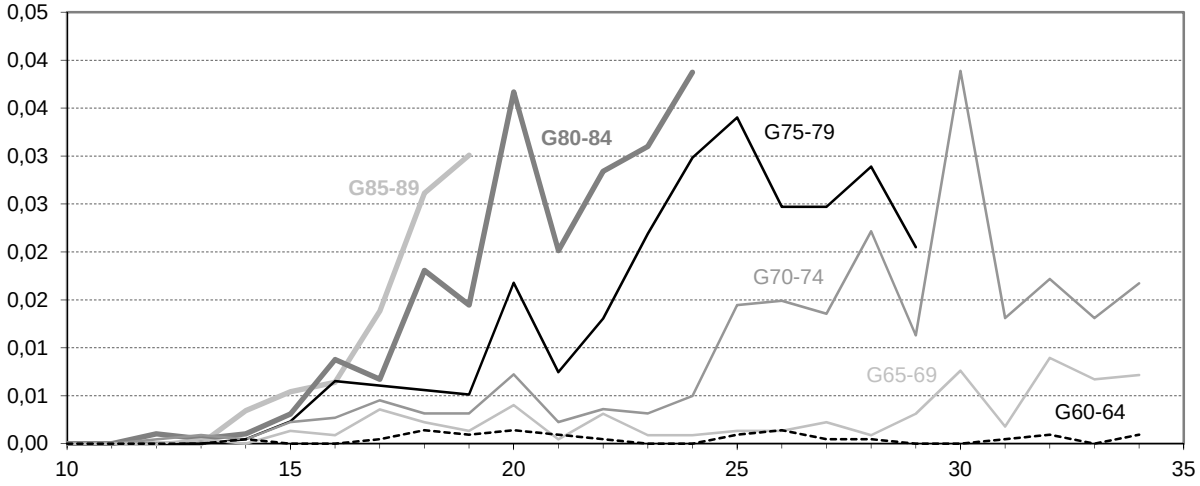

**Âge à la 1ère première consommation**

Cocaïne




**Âge à la 1ère première consommation**

Buprénorphine Haut Dosage



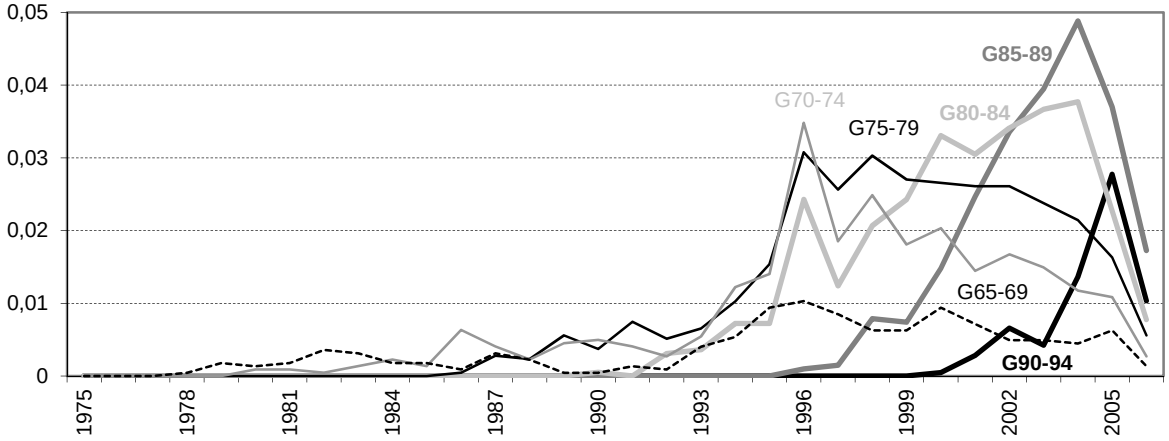

**Âge à la 1ère première consommation**

Source : RECAP/OFDT - INSEE

Seule la Buprénorphine Haut Dosage se distingue particulièrement par son évolution de l'âge à la 1ère consommation. Les nouvelles générations débutent leurs consommations sensiblement plus jeunes. Une telle différence s'explique par son statut de produit de substitution aux opiacés. La consommation de BHD ne se limite effectivement pas aux seules consommations au sein d'un protocole de soins, puisqu'il existe des consommateurs n'étant pas pris en charge. Les évolutions des consommations restent toutefois influencées par celles des patients ayant initié un traitement de substitution. Il en résulte que les premières consommations de ce produit dépendent également du succès que rencontrent ces traitements, et de la variation de la durée de consommation d'opiacés avant de débuter un traitement de substitution. Enfin, et c'est ce qui s'avère ici être le principal facteur explicatif ; du fait de la relative jeunesse des traitements qui s'appuient sur l'utilisation du Subutex®, l'âge à l'entrée dans la consommation de Buprénorphine Haut Dosage est largement influencé par la disponibilité du produit. Il apparaît un évident effet de date au sein des générations les plus anciennes (graphique nº 32). Cet effet de date se traduit ici par un pic des taux de seconde catégorie en 1996 au sein des générations 1965-1984, année où les traitements peuvent être initiés en officine de ville. L'existence de déclarations de début d'usage antérieur à 1995 illustre clairement l'existence de déclarations faussées, puisque le Subutex® n'obtient son autorisation de mise sur le marché que cette année-là. Ces dernières peuvent s'expliquer par la dénomination quelque peu piégeuse de la substance, puisqu'il est possible que certains des

patients aient interprété cela comme étant la consommation à haute dose de Buprénorphine (sous la forme de Temgésic®)[137].

**Graphique nº 32 : Premières consommations réduites (pour 1000) au sein des générations d'usagers de BHD selon l'année de la 1ère première consommation**




**Année de la 1ère première consommation**

Source : RECAP/OFDT – INSEE

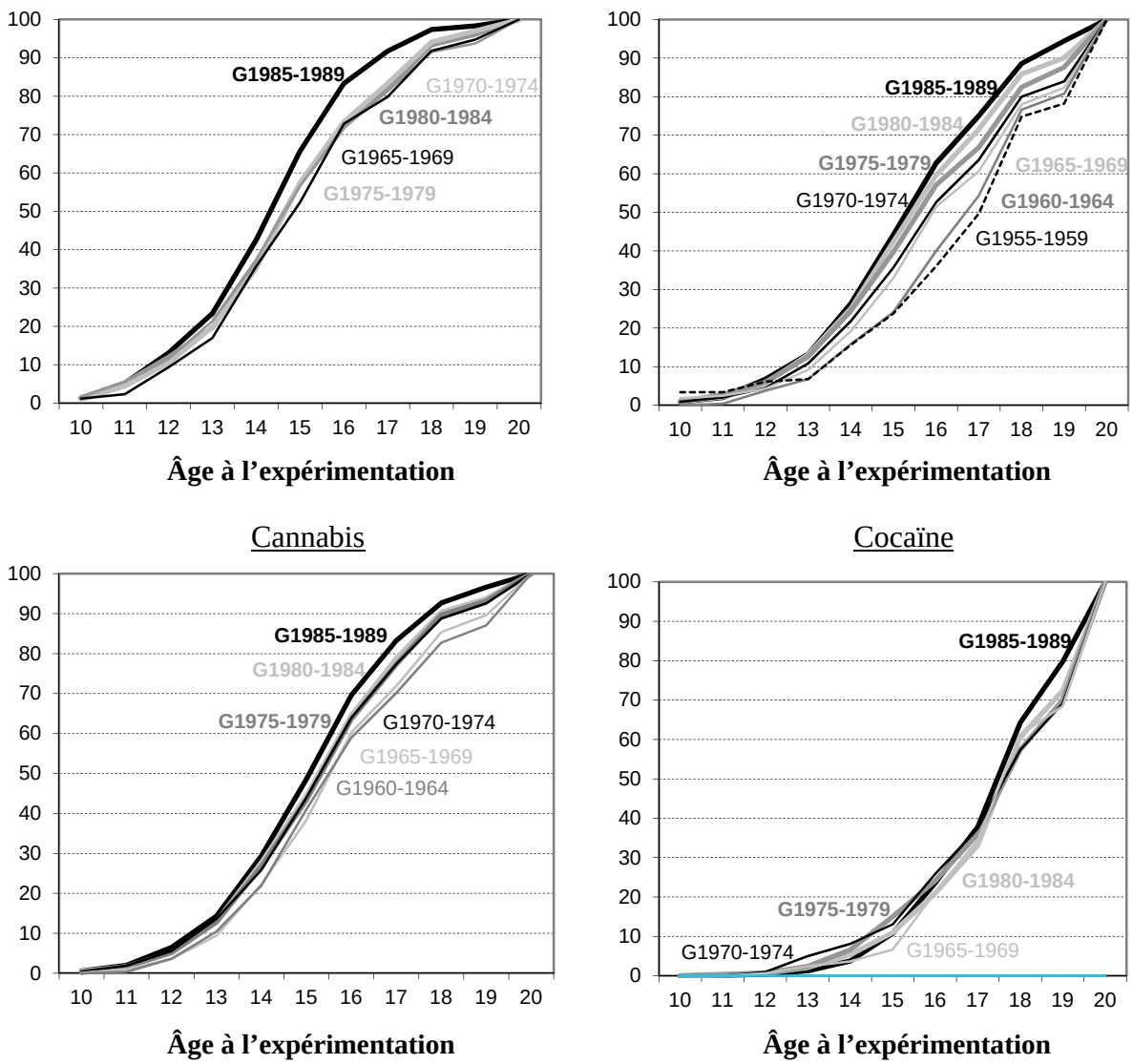
Les générations les plus récentes (1981 à 1990) ne présentent pas ce même effet de date, ce qui signifie que leurs consommations ont débuté dans un environnement où le produit était déjà disponible. Les variations de calendrier, difficilement observables pour l'heure, seront à l'avenir le résultat des seules modifications de comportements. Afin d'apprécier les variations bien moins importantes de calendrier de l'entrée dans la consommation des autres substances, il est utile d'observer la part cumulée croissante des évènements réduits selon l'âge à l'entrée. En raison du fait que l'ensemble des générations n'a pas connu la même période au cours de laquelle il leur était possible de consommer, il ne peut s'agir de la part cumulée rapportée à l'ensemble des premières consommations de chacune des générations. La part cumulée est donc rapportée aux usagers d'une génération ayant consommé avant un âge fixé[138]. L'alcool est le produit qui a connu le raccourcissement de calendrier le plus important. Les générations 1955-1964 consomment pour la 1ère fois en moyenne à l'âge de 17 ans, alors que les générations 1985-1989 ont expérimenté l'alcool en moyenne à l'âge de 15,9 ans. Si l'accélération de la survenue de la 1ère consommation de cannabis s'avère moindre, puisque, sur les 30 mêmes générations, le cannabis est en moyenne consommé 8 mois plus tôt

[137] Cela n'explique toutefois pas non plus l'ensemble des déclarations antérieures à 1995 puisque deux patients déclarent avoir consommé de la Buprénorphine Haut Dosage en 1971 et 1972 alors que la Buprénorphine n'est découverte qu'en 1993.

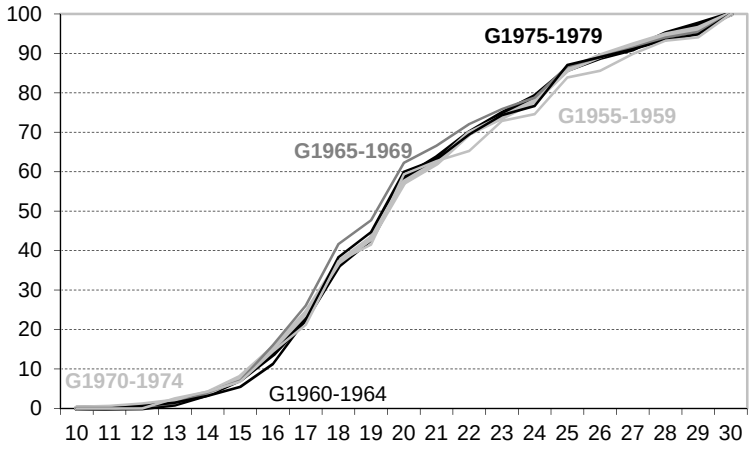
[138] Ce dernier a été défini au regard des calendriers de premières consommations et de la possible représentation d'un nombre de générations n'étant pas trop limité.

qu'auparavant, elle présente, comme pour l'alcool, une évolution relativement constante d'un groupe de générations à l'autre (graphique nº 33). Le tabac présente également une survenue de la première consommation plus précoce de 8 mois. Elle s'explique presque exclusivement en raison du raccourcissement de calendrier qu'ont connu les générations 1985-1989. Précisons que ne sont ici connus que les calendriers de première consommation des individus encore consommateurs des substances considérées. Par conséquent, l'arrêt différentiel des consommations selon l'âge à la première consommation biaise les mesures effectuées. Rien ne permet d'être assuré que ce biais ne soit pas d'amplitude plus importante pour le tabac qu'il ne l'est pour les autres produits. S'agissant enfin de l'héroïne et de la cocaïne, les premières consommations surviennent en moyenne vers l'âge de 18 ans, et n'ont pas connu de modification notable parmi les générations 1955-1979.

**Graphique nº 33 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) au sein des générations d'usagers des différentes substances selon l'âge à l'expérimentation**



Héroïne



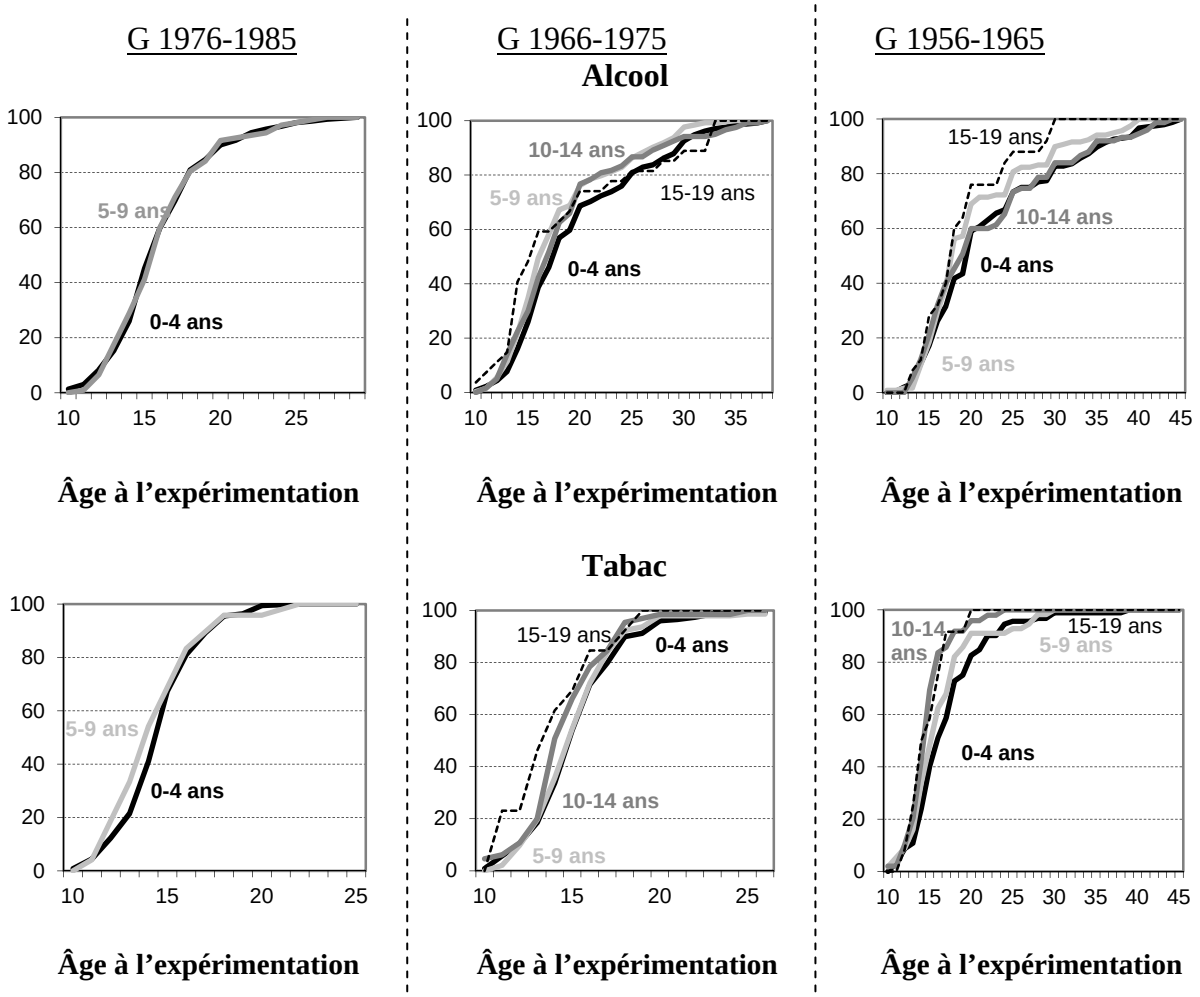

Source : RECAP/OFDT – INSEE

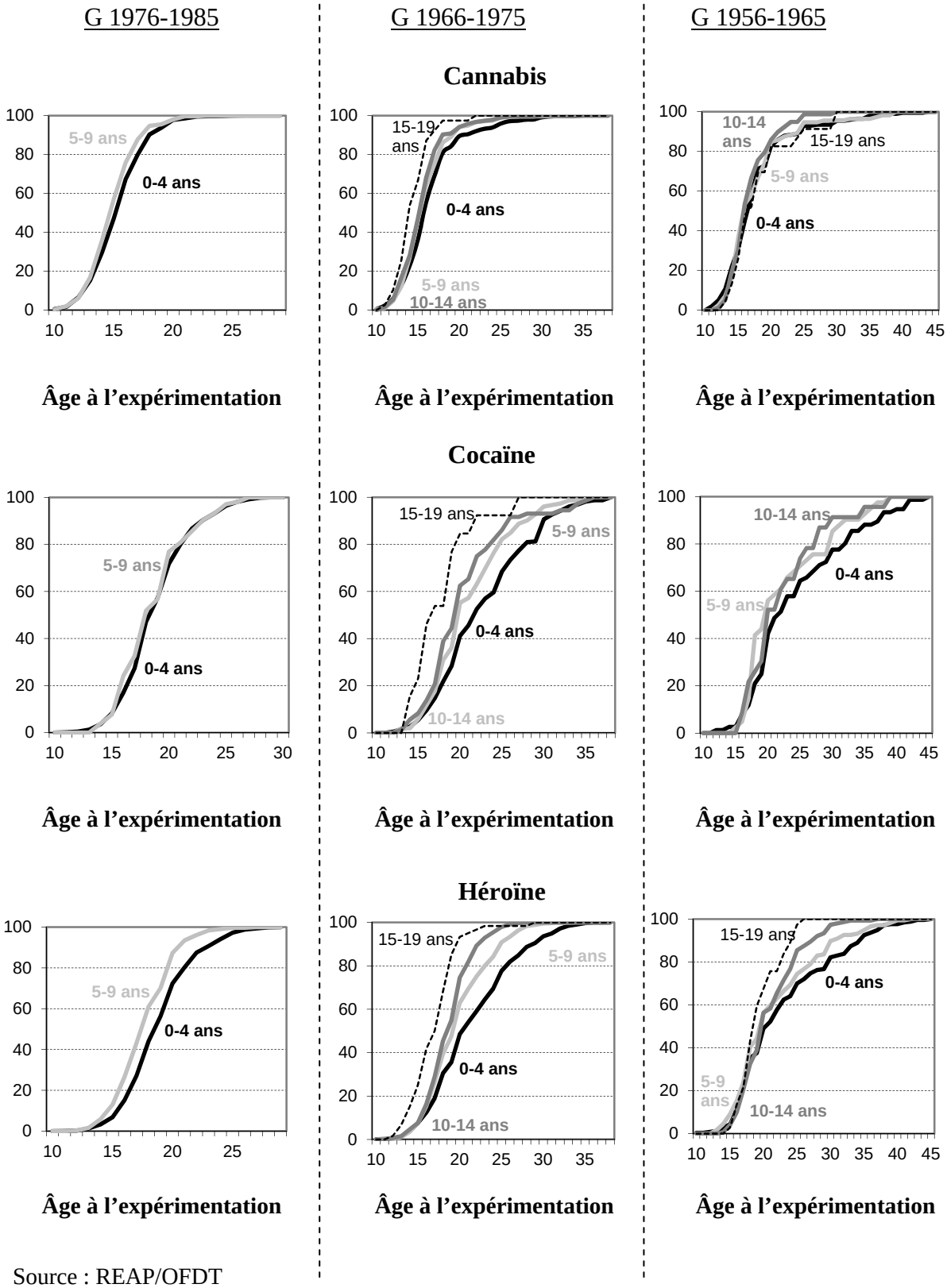
Pour bénéficier d'une mesure du calendrier de l'expérimentation des différentes substances ne souffrant pas de l'arrêt de celles-ci, il faudrait collecter l'âge à l'expérimentation des substances encore consommées, mais également de l'âge à l'expérimentation de celles ne l'étant plus, mais pour lesquelles la consommation a existé au cours de la vie. Par ailleurs, l'observation continue du dispositif RECAP pourra permettre de disposer de mesures à l'état pur, c'est-à-dire en l'absence de sortie des traitements, au sein des différentes générations, ce qui s'avèrera plus informatif que les mesures pouvant être prises actuellement, et qui ne peuvent assurément signifier une réelle accélération de l'âge à la première consommation. En effet, ne disposant que des données relatives aux patients encore pris en charge en 2006, s'ajoute à la méconnaissance des consommations n'ayant plus cours, un biais issu des sorties qui influencent les mesures effectuées dès lors qu'il existe une corrélation entre l'âge à l'entrée dans la consommation et la sortie de la prise en charge. Si celle-ci ne peut être connue à partir des données disponibles, l'existence d'une corrélation entre durée de la prise en charge et âge à la première consommation laisse craindre de son effectivité. Il est en effet possible d'observer pour chacune des générations le calendrier des premières consommations selon la durée de la prise en charge[139] (graphique nº 34). Afin de ne pas faire souffrir l'observation des variations erratiques, celui-ci ne peut être représenté qu'au sein de groupes décennaux de générations. Au sein de chacun de ces groupes est, pour les différents produits considérés, calculée la part cumulée croissante des individus selon l'âge à

[139] Ne disposant que de l'année de la première prise en charge, sans connaître les dates des éventuelles sorties et entrées des prises en charge intermédiaires, il s'agit ici de la durée écoulée entre la première prise en charge et la prise en charge actuelle.

l'entrée dans la consommation et la durée de la prise en charge. Il apparaît alors de manière générale que les usagers de drogues ayant consommé plus précocement les produits pris en compte sont également pris en charge depuis une durée plus importante. Cette distinction est d'autant plus faible qu'il s'agit des générations relativement jeunes pour lesquelles la durée de la prise en charge ne peut être distinguée qu'en deux groupes. Elle ne concerne d'ailleurs pas pour les générations 1976-1985 les usagers de cocaïne et d'alcool, mais se retrouve pour les générations plus anciennes. La relation liant âge à l'expérimentation et durée de la prise en charge semble particulièrement importante pour la cocaïne et l'héroïne. Par conséquent, il est à craindre que ne soient plus présents, parmi les patients pris en charge, ceux dont l'âge à la première consommation est le plus faible. Cette sélection s'avérant d'autant plus importante que les générations sont anciennes, il est probable que l'accélération du calendrier soit sous-estimée.

**Graphique nº 34 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) des différentes substances par groupe de génération, selon la durée des prises en charge et l'âge à l'expérimentation**





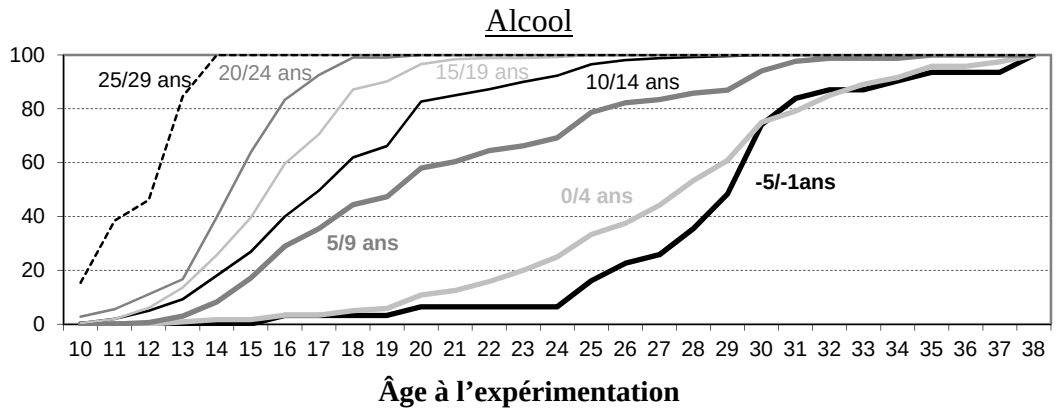

Source : REAP/OFDT

Il se peut toutefois que la durée plus importante des prises en charge des usagers ayant consommé plus précocement les différents produits ne s'explique pas par une sortie des prises en charge plus importantes des expérimentateurs tardifs. Elle peut en effet résulter d'une prise

en charge également plus précoce. Bien que cela ne permettrait pas pour autant de rejeter l'éventualité de sorties différentielles selon l'âge à l'expérimentation, le sens de la relation entre âge à l'expérimentation et âge à la première prise en charge peut permettre d'apprécier l'ampleur de la sous-estimation.

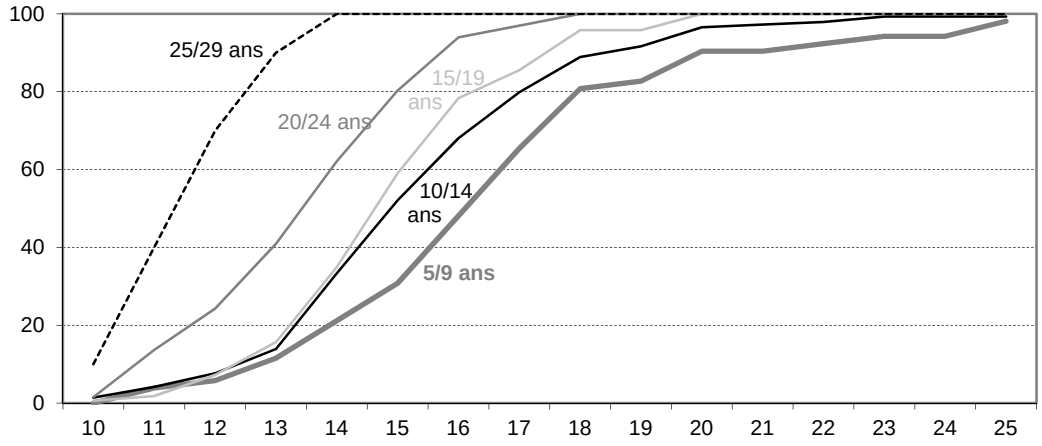
Disposant de l'âge à la 1ère consommation des différents produits consommés et de l'année de la première prise en charge des individus, il est possible de prendre la mesure des premières consommations réduites au sein des différentes générations, selon l'âge à la première consommation et la durée de consommation sans prise en charge. En raison de la variabilité de l'ampleur de sa mesure au sein des différentes générations et des durées de consommation sans prise en charge, sa représentation permet difficilement de lire l'évolution du calendrier. Il est donc préférable de s'intéresser une fois encore à la part cumulée croissante de ces évènements réduits, ici assimilable à celle des évènements eux-mêmes du fait du caractère rétrospectif de l'observation. Dans la mesure où ne sont pas connus les produits pour lesquels ont été initiées les premières prises en charge, et puisqu'il s'agit ici de voir l'influence que peut entraîner la sortie de l'observation sur la mesure de l'âge à l'expérimentation, les premières prises en charge ne sont pas nécessairement celles des produits considérés. Par conséquent, il se peut que les durées de consommation sans prise en charge soient négatives. Cela se traduit par une consommation des produits ayant commencé après que la première prise en charge pour un autre produit ait débuté. Il apparaît que quels que soient le produit, et le groupe de générations considéré, les expérimentateurs les plus précoces sont ceux restés le plus longtemps sans prise en charge (graphique nº 35).

**Graphique nº 35 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) parmi les générations 1966-1975[140], selon l'âge à l'expérimentation et la durée des consommations sans prise en charge**



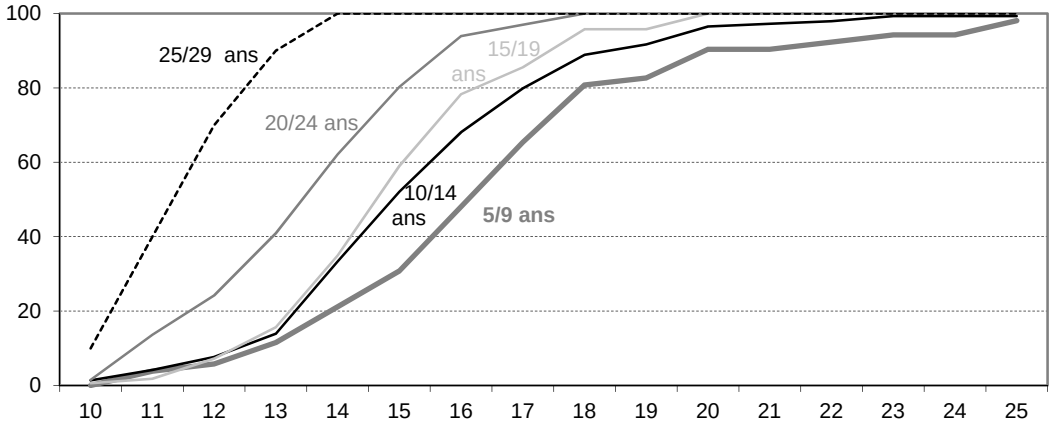

[140] Ces générations sont présentées à titre d'exemple, les autres générations pour lesquelles il est possible d'établir cette mesure sont présentées en annexe nº10 p. 427.

Tabac



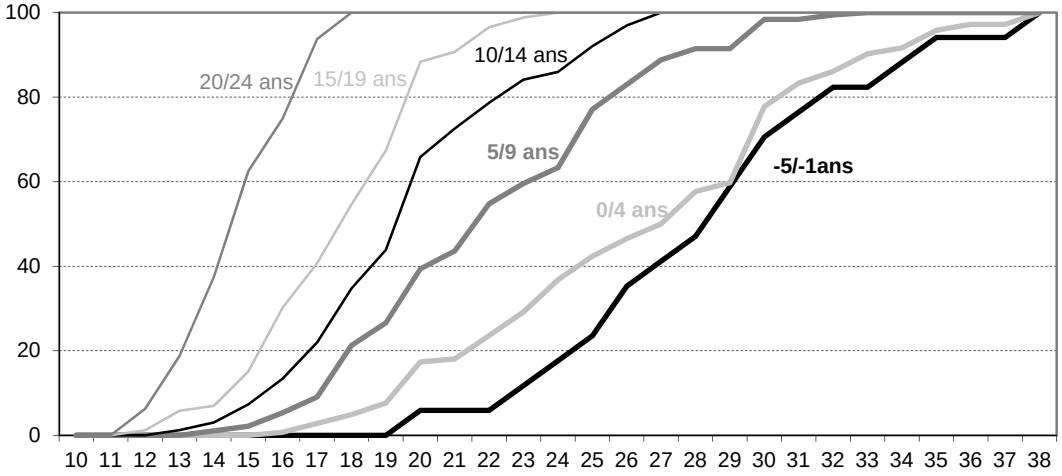

**Âge à l'expérimentation**

Cannabis



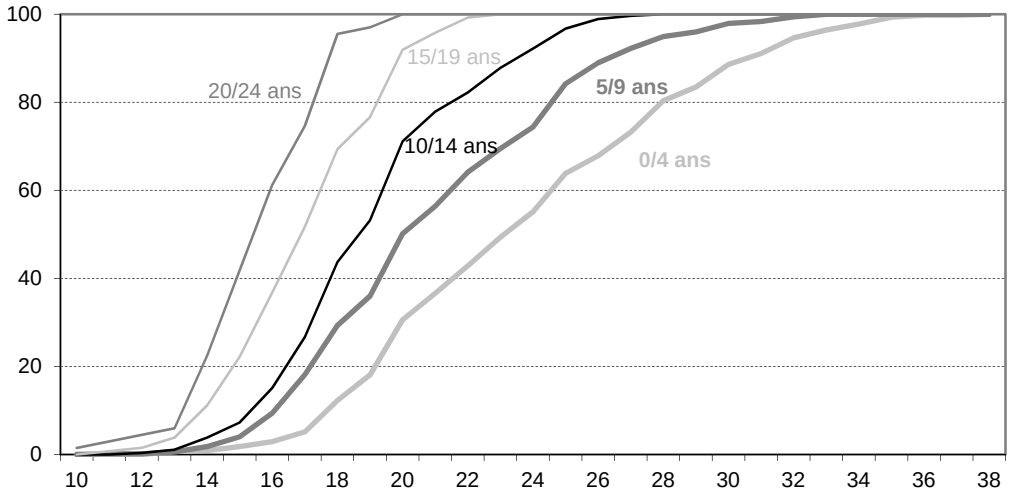

**Âge à l'expérimentation**

Cocaïne




**Âge à l'expérimentation**

Héroïne



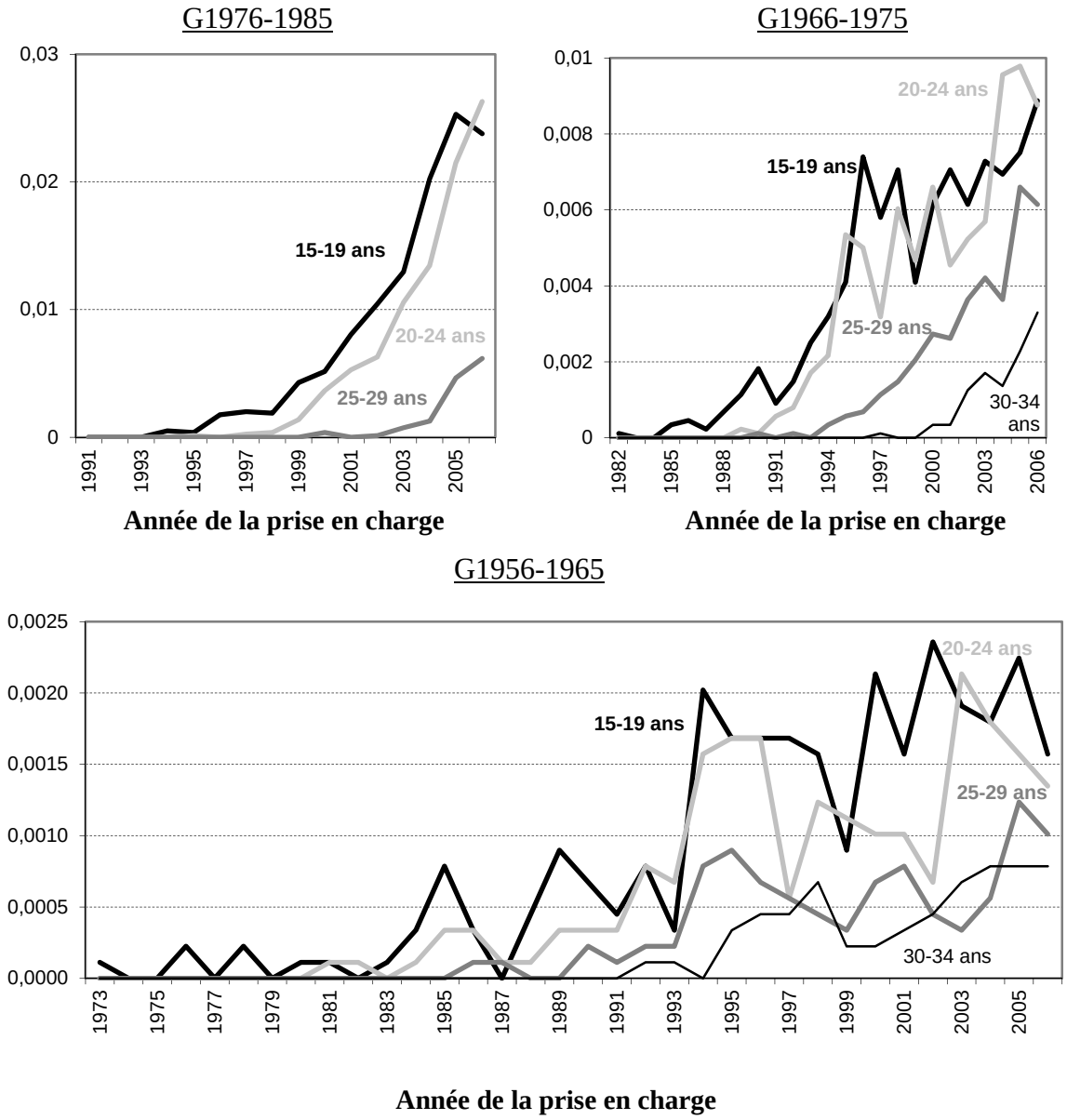

Source : RECAP/OFDT - INSEE

La durée plus importante des prises en charge ne s'explique pas « mécaniquement » par une prise en charge plus précoce. Il s'avère au contraire que le délai entre la première consommation et la première prise en charge est d'autant plus important que les consommateurs ont débuté plus jeunes, et ce, quelle que soit la substance impliquée. La sous-estimation du raccourcissement du calendrier est donc assurément existante et risque, à la vue de la relation précédemment énoncée, d'être plus importante qu'on ne pouvait le penser à la seule connaissance de la corrélation existante entre l'âge à la première consommation et la durée de la prise en charge. Il est par ailleurs à noter que la durée plus importante du délai de consommation sans prise en charge des expérimentateurs les plus précoces souligne l'importance que jouerait le développement des prises en charge, leur promotion et donc la connaissance qu'ont les usagers de drogues de ces prises en charge.

Afin de juger dans quelle mesure la relation liant l'âge à l'expérimentation et la durée de la consommation sans prise en charge résulterait d'une conjoncture plus ou moins favorable à de nouvelles prises en charge, il convient de mesurer, au sein des groupes de générations, les premières prises en charge réduites des individus ayant débuté leurs consommations à un âge donné (ici un groupe d'âges afin de simplifier la lecture des mesures réalisées). Plus qu'une réelle évolution conjoncturelle, c'est le caractère rétrospectif de l'observation qui, une fois encore, biaise les mesures effectuées. La croissance quasi continue des premières entrées réduites, au sein des différentes générations, selon les groupes d'âges à

l'entrée dans la consommation au fil des années (graphique nº 36[141]) pourrait laisser croire à une diffusion croissante des prises en charge. Elle résulte cependant certainement du fait qu'il ne s'agisse ici que des évolutions relatives aux patients entrés en contact avec les structures de soin au moins une fois au cours de l'année 2006, qui par conséquent s'avèrent plus susceptibles d'avoir initié leur prise en charge récemment.

**Graphique nº 36 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) au sein des groupes de générations, selon le groupe d'âge à l'expérimentation des usagers d'héroïne au fil des années**




Source : RECAP/OFDT - INSEE

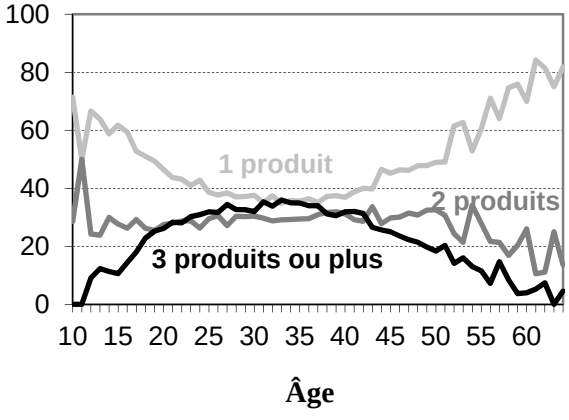
[141] Ne sont ici représentées que les premières entrées réduites des consommateurs d'héroïne qui présentent l'avantage d'illustrer les deux éléments caractéristiques observables au travers de cette mesure. L'ensemble des résultats sont disponible en annexe nº 11 p. 429

Malgré l'impact important de l'observation rétrospective sur les mesures qui peuvent être prises, on distingue toutefois la hausse importante en 1995-1996, période où se sont développés les traitements de substitution aux opiacés. Ils apparaissent à des niveaux moins importants qu'en 2006, mais l'essor des premières prises en charge qui résultent des traitements de substitution apparaît encore. Cela montre l'importance qu'ont eue ces traitements dans l'accès aux soins des consommateurs d'héroïne. Notons également que les usagers d'héroïne n'étant pas exclusivement consommateurs de cette substance, l'effet conjoncturel du milieu des années 1990 s'observe également pour d'autres produits. La polyconsommation se doit alors de faire l'objet d'une analyse détaillée.

## II – De l'enchaînement des produits : la polyconsommation

Parmi les usagers qui ont déclaré avoir consommé au moins un produit au cours des 30 derniers jours, ou pour lequel est initiée la prise en charge, 42 % n'en déclarent qu'un seul parmi les moins de 65 ans. Le reste se répartit également entre ceux en déclarant 2 et ceux qui en déclarent 3 ou plus. Hommes et femmes ne se distinguant pas significativement, les mesures effectuées le seront tous sexes confondus. La part des usagers ayant déclaré deux produits est particulièrement stable sur l'ensemble des générations âgées de moins de 50 ans, à un niveau proche de 30 % (Graphique nº 37). Pour les plus âgés, celle-ci décroît à un rythme légèrement plus faible que la proportion de ceux ayant déclaré 3 produits ou plus. La part de ceux qui ne déclarent qu'une substance croît avec l'âge. Avant 35 ans, la part des consommateurs déclarant un produit décroît au profit de celle des usagers en déclarant deux.

**Graphique nº 37 : Part d'usagers (en %) déclarant avoir consommé *n* produits selon l'âge**

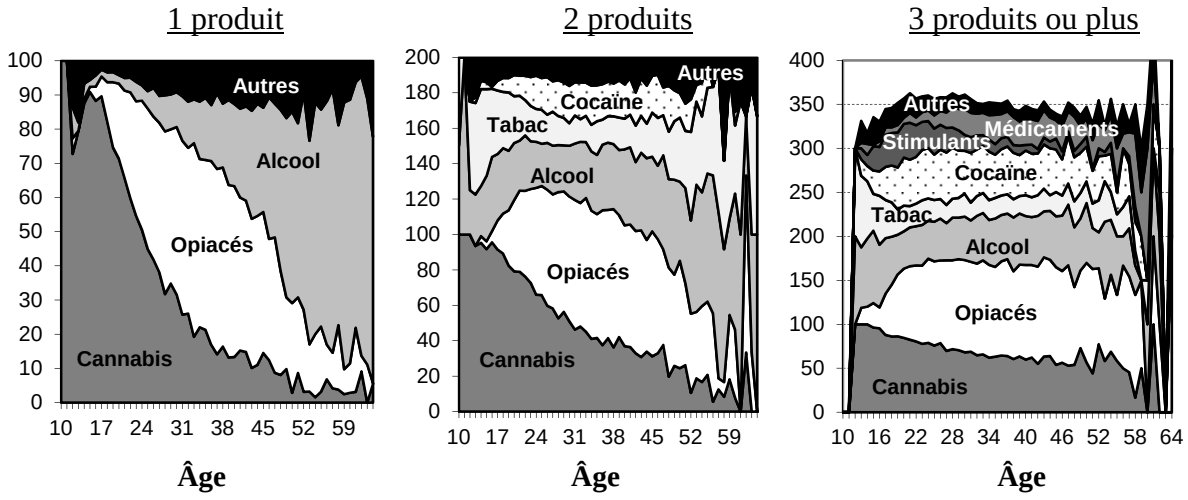



Source : RECAP/OFDT

Les évolutions du nombre de produits consommés s'expliquent très probablement par de nouvelles consommations de produits chez les plus jeunes au fil des âges, alors que les plus âgés cessent une partie de leurs consommations. Soulignons de nouveau l'intérêt que représenterait la connaissance des produits consommés au cours de la vie et non des seuls produits consommés récemment, ainsi que l'âge à la première consommation de l'ensemble des produits consommés. Un indicateur de l'âge à l'arrêt des consommations[142] permettrait par ailleurs d'établir des mesures de sorties et de durée de la consommation selon l'âge à l'entrée et le nombre de produits consommés. Bien que les sorties de la consommation de produits concernent également les générations les plus jeunes, il est, au regard des tendances constatées précédemment, possible de mener l'étude des entrées de produits de rang n dans des cohortes de rang n-1 pour les générations 1971 et postérieures, ne serait-ce qu'en vue d'exposer une partie des mesures à prendre une fois les données disponibles. En raison des non-réponses relatives à l'âge des premières consommations et des subdivisions par cohorte d'entrée dans la consommation des différentes substances, il ne peut être espéré que soient présentés les indicateurs précédemment cités pour chacune des substances disponibles. L'observation des produits consommés selon le nombre de substances déclarées permet de distinguer les produits pour lesquels il sera possible de procéder à l'analyse souhaitée. Quel que soit le nombre de produits consommés, le cannabis, les opiacés et l'alcool sont les produits les plus souvent déclarés par les patients pris en charge en 2006 (graphique n° 38). Le tabac et la cocaïne, qui lorsqu'ils sont le produit unique consommé par les usagers de drogues, ne se distinguent pas particulièrement des autres substances (et sont ici regroupés sous le terme « Autres »), apparaissent plus distinctement lorsqu'ils sont déclarés par les individus déclarant au moins deux produits parmi leurs consommations. Stimulants et médicaments psychotropes font enfin l'objet de déclarations suffisamment importantes pour qu'elles soient présentées dès lors que l'on s'intéresse aux consommateurs de drogues consommant au moins trois produits.

[142] Alors que l'entrée dans la consommation est clairement identifiable par la première consommation, l'arrêt de la consommation ne peut être défini par la réalisation d'un évènement. L'arrêt de la consommation ne pas non plus être défini par la non-réalisation de l'évènement déclaration. Les tentatives de réponses aux possibles caractérisations de l'arrêt seront présentées plus en détail dans le troisième chapitre de cette même partie et le troisième chapitre de la seconde partie.

**Graphique nº 38 : Part d'usagers (en %) déclarant avoir consommé les différents produits considérés selon le nombre de produits consommés et l'âge[143]**




Source : RECAP/OFDT

Afin de ne pas trop souffrir de la faiblesse des effectifs disponibles, ne seront distingués que les produits les plus couramment cités, c'est-à-dire le cannabis, l'alcool, le tabac, la cocaïne, et l'héroïne[144]. L'âge à la première consommation des différents produits permet d'identifier les cohortes de consommateurs des différents produits auxquelles appartiennent les individus. Toutefois, il n'est pas possible de savoir, lorsque la consommation de plusieurs produits a été initiée au même âge, quel est le premier produit consommé. Plusieurs arbitrages pourraient alors être effectués. L'un d'entre eux consisterait à appliquer aux usagers ayant consommé une même année différents produits, le même ordonnancement des premières consommations que celui constaté chez ceux ayant initié leurs consommations à des âges différents. Cela renforcerait dès lors artificiellement l'enchaînement des différentes substances dans la mesure où la durée écoulée entre les premières consommations des différentes substances et les substances en question seraient liées. Une seconde alternative consisterait à supposer, qu'à chaque âge, une même part d'usagers ayant initié leurs diverses consommations la même année, équivalente à l'inverse du nombre de produits consommés, se distribuerait de manière équiprobable pour chacune des

[143] Les usagers ayant déclaré deux produits sont comptabilisés pour chacun des produits qu'ils consomment, par conséquent, la part cumulée des produits déclarés est nécessairement égale à 200 %. Il en est de même pour les consommateurs ayant fait l'usage d'au moins 3 produits. La répartition selon le nombre de produits consommés au sein de ces derniers étant variable la part cumulée varie. Hormis aux âges extrêmes, il apparaît toutefois que le nombre de produits consommés est en moyenne aux alentours de 3,5.

[144] D'une part, l'héroïne est l'opiacé le plus largement consommé, et l'on est d'autre part assuré de ne pas mélanger des consommations d'opiacés hors protocole de soins et opiacés utilisé lors des traitements de substitution.

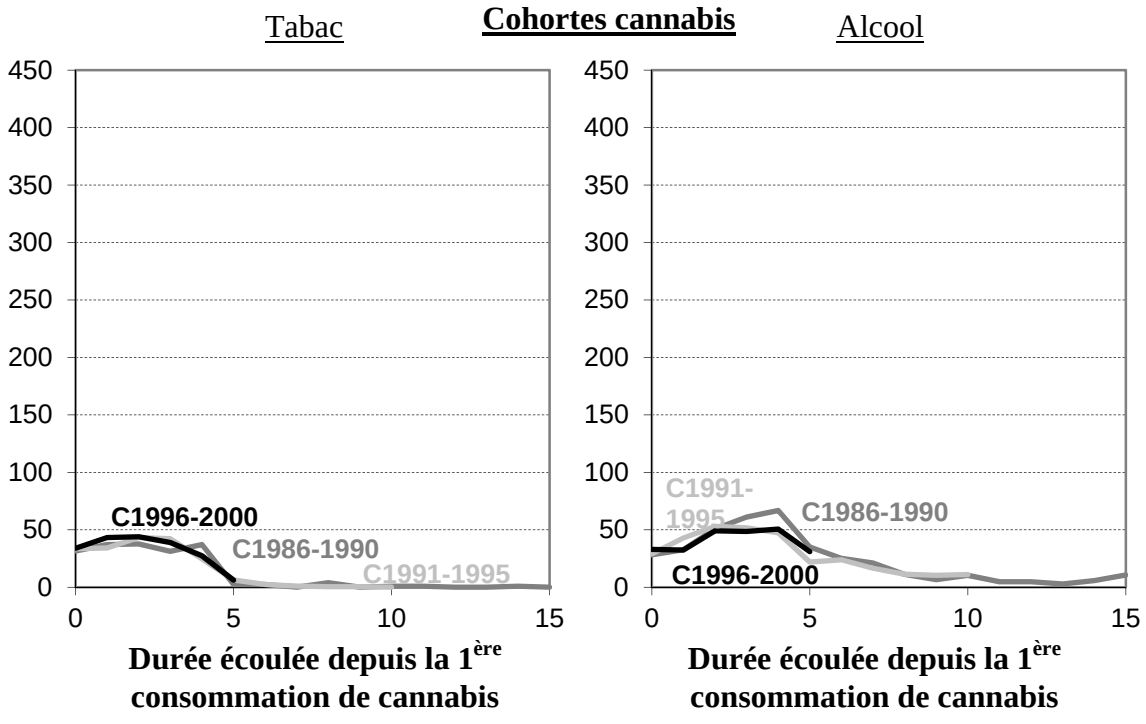
substances consommées. N'étant toutefois pas en mesure de vérifier que les premiers produits consommés se distribuent également parmi l'ensemble des produits dont la consommation a été initiée au même âge, elle peut autant surestimer que sous-estimer les mesures effectuées. Il apparaît alors ici préférable d'arbitrer en faveur d'une troisième méthode, qui, si elle s'avère nécessairement biaisée, présente l'avantage de savoir quelle est la nature de ce biais. Celle-ci consiste à faire deux hypothèses extrêmes qui se traduisent de manière identique, mais peuvent être appréhendées distinctement. En effet, il est fait l'hypothèse que lorsque les consommations de plusieurs produits sont initiées au même âge celles-ci sont simultanées. On peut alors considérer qu'aucune des substances n'est prioritaire, ou qu'elles sont, au contraire, chacune la première consommée. En d'autres termes, si on considère qu'aucune substance n'est prioritaire, les usagers que l'on nommera « polyconsommateurs simultanés » n'appartiennent à aucune des cohortes de primo-usagers. Au contraire, appréhender les « polyconsommations simultanées » comme nécessairement premières, fait que les individus seront identifiés comme appartenant à autant de cohortes de première consommation que de produits consommés à un même âge. Les autres produits sont alors automatiquement identifiés comme des consommations de rang supérieur.

Puisqu'il est ici décidé de prendre la mesure des quotients d'entrée dans la consommation d'un second produit par cohorte d'entrée dans la consommation d'un premier, ces deux mesures se confondent. Dans l'une des situations, les entrées de durée inférieure à un an ne sont pas considérées, et au-delà les nouvelles entrées sont rapportées à un même effectif de population susceptible de connaître l'évènement consommation d'un nouveau produit. L'hypothèse de simultanéité des consommations étant presque assurément erronée, les mesures effectuées prendront alors des valeurs *a maxima*. Les cohortes de primo-usages de substances ont été regroupées en classes quinquennales, et permettent ainsi de disposer des évolutions de trois groupes de cohortes allant de1986 à 2000. Une fois encore ne sont représentées les mesures des cohortes qu'aux durées écoulées pour lesquelles l'ensemble des cohortes constitutives d'un groupe quinquennal est susceptible d'avoir connu ces durées. Par ailleurs, si la cocaïne est prise en compte en tant que produit d'ordre secondaire, les effectifs ne permettent pas de présenter les mesures d'entrée dans la consommation de nouveaux produits où elle serait le premier produit consommé.

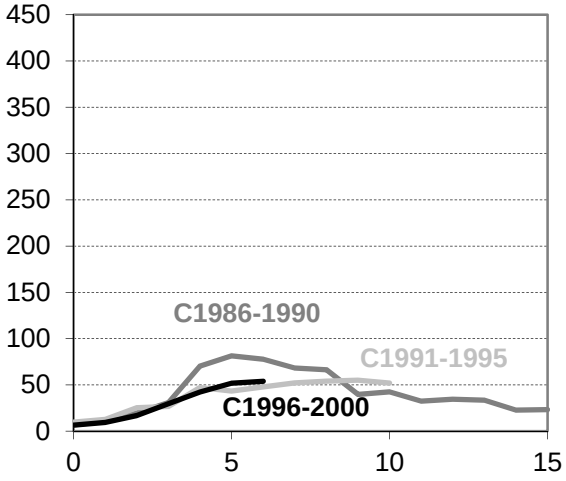
Que la première consommation de substance s'effectue par celle de tabac, d'alcool ou d'héroïne, c'est par celle du cannabis que la probabilité de consommer une seconde substance s'avère la plus élevée (graphique n° 39). Cette dernière s'avère également plus élevée que n'importe quelle consommation d'autre substance au sein de cohortes de

primoconsommateurs de cannabis. Les premières consommations de cannabis au sein de cohortes de primo-usagers de tabac et d'alcool ont une probabilité plus importante de se réaliser au sein des cohortes les plus récentes. Elles n'ont au contraire que peu varié parmi les cohortes constituées par une première consommation d'héroïne et s'avèrent également plus faibles et plus concentrées, puisque quasiment nulle après cinq années de consommation d'héroïne. Bien que chaque groupe de cohortes n'ait pas connu la même durée au cours de laquelle la survenue de la consommation de cannabis fut possible, les niveaux plus élevés au sein des nouvelles cohortes à chaque durée écoulée ne pourraient être compensés que par une forte inversion de tendance. L'entrée dans la consommation d'héroïne et de cocaïne est bien plus tardive. La probabilité la plus élevée apparait autour de cinq années de consommation, et ce, quel que soit le produit ayant initié la première consommation de substance. S'il ne peut être assuré que l'entrée dans la consommation d'héroïne tende à se réduire chez les cohortes les plus récentes, il apparaît dès à présent un calendrier plus tardif. La probabilité de consommer de l'héroïne lorsque les consommations de substances ont été initiées par le cannabis atteint les niveaux les plus élevés, comparativement aux autres produits. Cela explique qu'ait été constaté plus avant un même effet de date s'agissant des premières prises en charge des consommateurs de cannabis, qui par conséquent semblent également, dans des proportions relativement importantes, consommateurs d'héroïne.

**Graphique nº 39 : Quotient de 1ère consommation de substances (pour 1000 individus) selon la durée écoulée depuis la 1ère consommation de produit constitutif des cohortes**

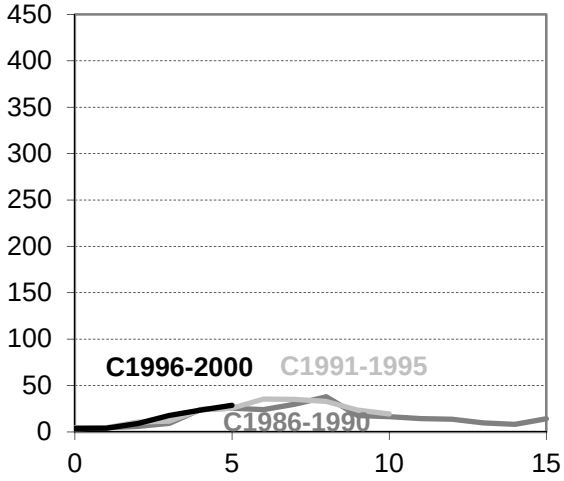


Héroïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de cannabis**

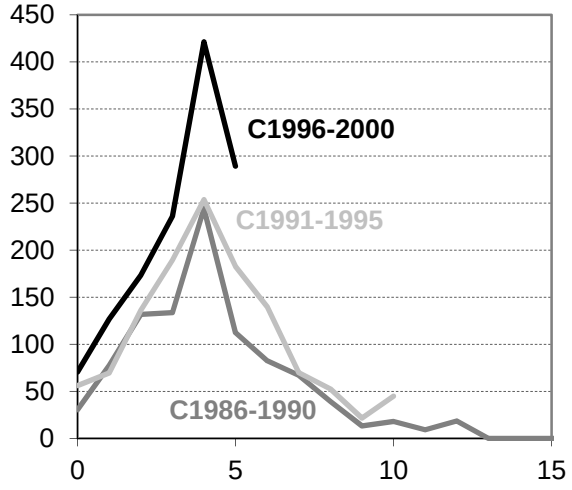
Cocaïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de cannabis**

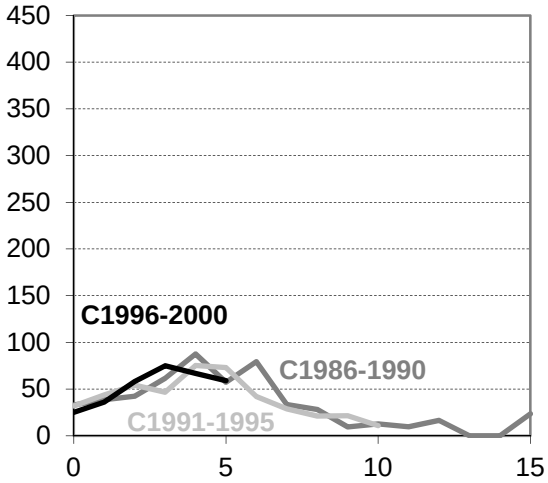
**Cohortes tabac**

Cannabis



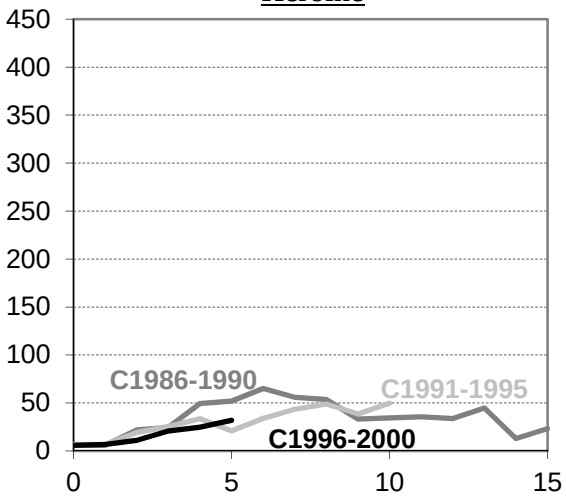

**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de tabac**

Alcool



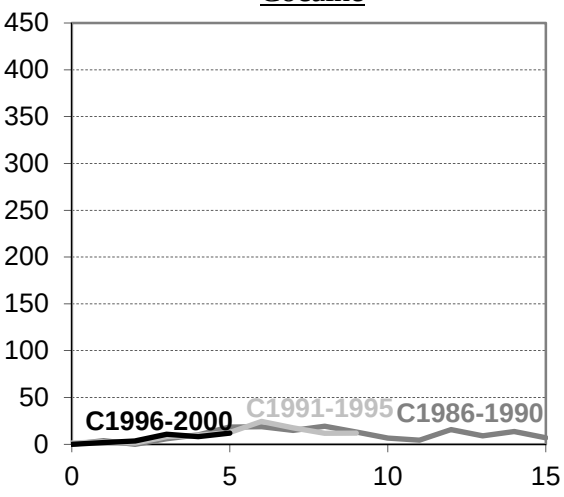

**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de tabac**

Héroïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de tabac**

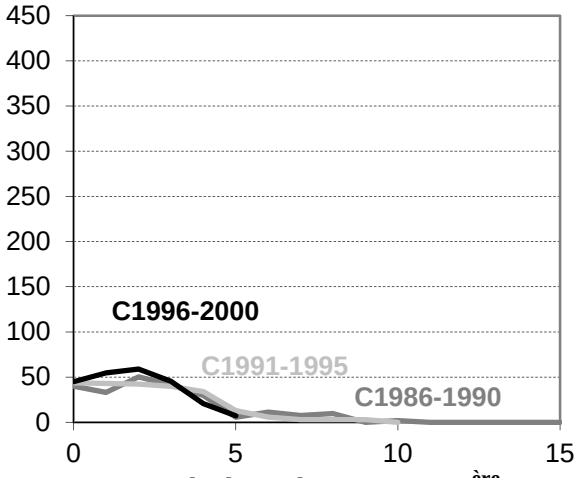
Cocaïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation de tabac**

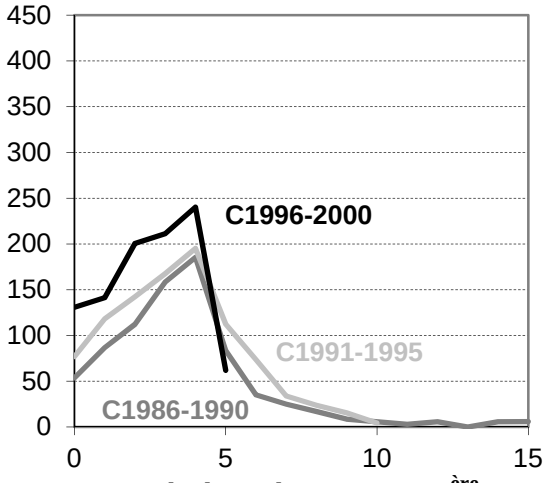
**Cohortes alcool**

Tabac



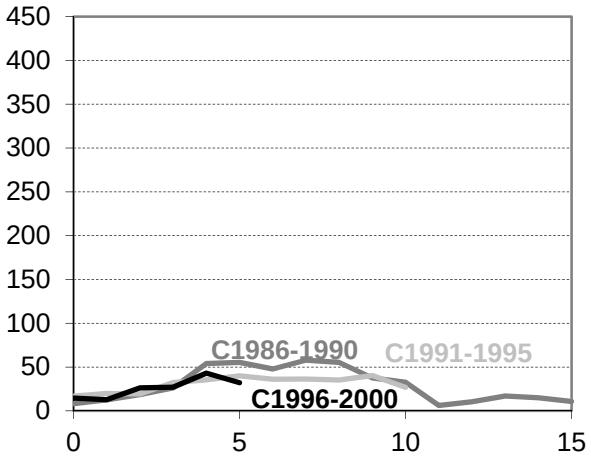

**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d'alcool**

Cannabis



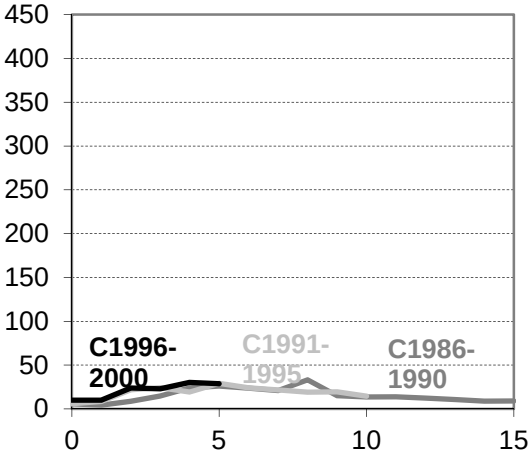

**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d d'alcool**

Héroïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d'alcool**

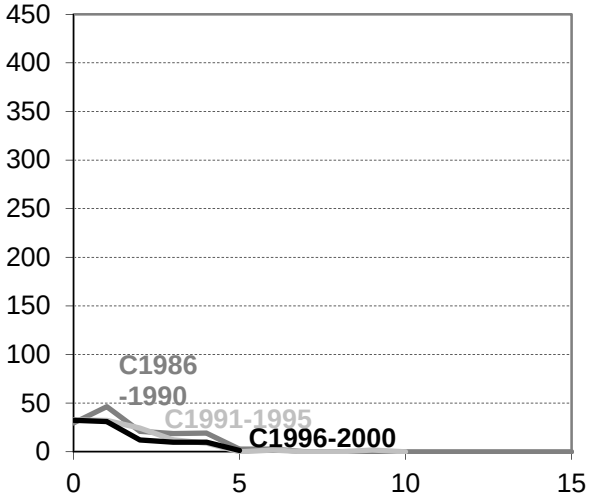
Cocaïne




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d'alcool**

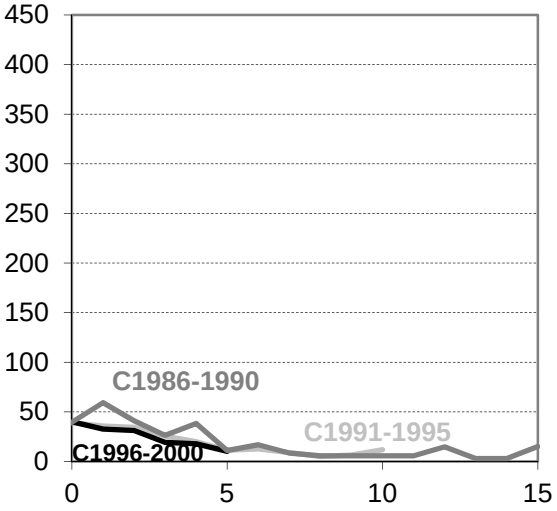
**Cohortes héroïne**

Tabac

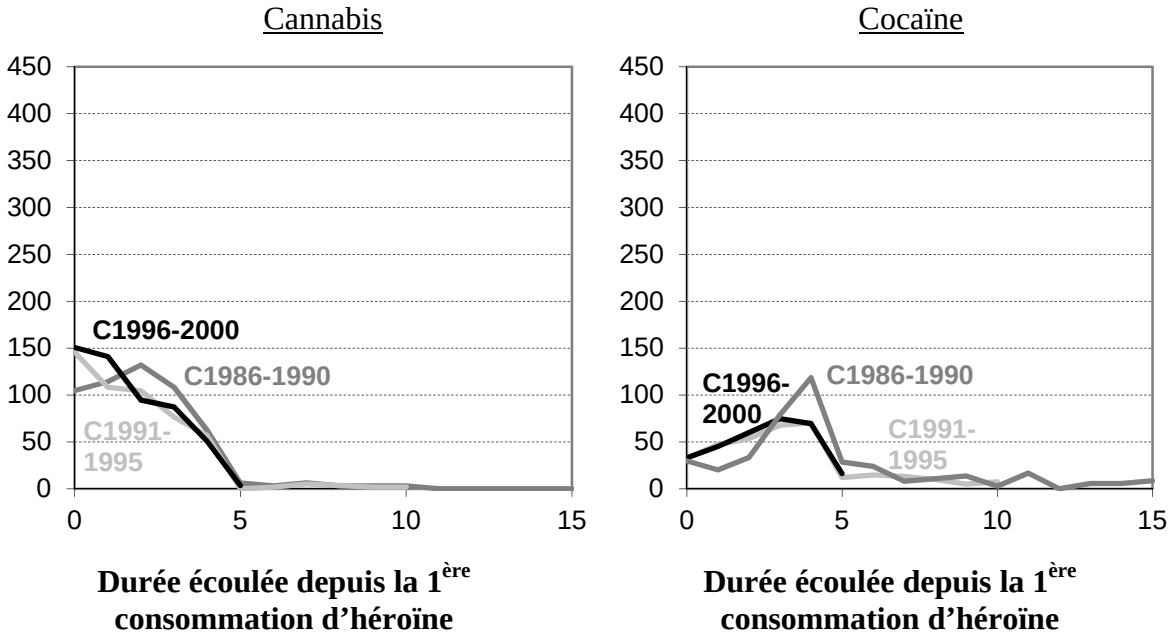



**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d'héroïne**

Alcool




**Durée écoulée depuis la 1ère consommation d'héroïne**




Source : RECAP/OFDT

Bien que les cohortes les plus récentes ne soient pas exclusivement constituées des individus appartenant aux plus jeunes générations, elles en sont toutefois majoritairement composées. Le retard à la consommation d'héroïne parmi les usagers de cannabis s'explique donc plus par l'accélération du calendrier des premières consommations de cannabis lié à une stabilité de celui de l'héroïne, que par une réelle augmentation de la durée espaçant la première consommation de chacun des produits. En raison du fait qu'il s'agisse ici d'une sous-population très spécifique d'usagers de drogue, il serait hâtif de conclure à l'absence d'une relation entre consommation de cannabis et d'héroïne. Toutefois, puisqu'il s'agit d'usagers ayant les usages les plus importants, du moins assez pour qu'ils aient entraîné une prise en charge, il pourrait être supposé qu'ils soient d'autant plus sujets à un éventuel « effet d'escalade », stipulant que les usagers consommant du cannabis s'orientent par la suite vers des substances de plus en plus fortes. L'absence de relation entre le début de la consommation du cannabis et celle de l'héroïne infirmerait donc l'existence d'une telle relation de cause à effet[145].

## §3 – Les traces de la politique de réduction des risques

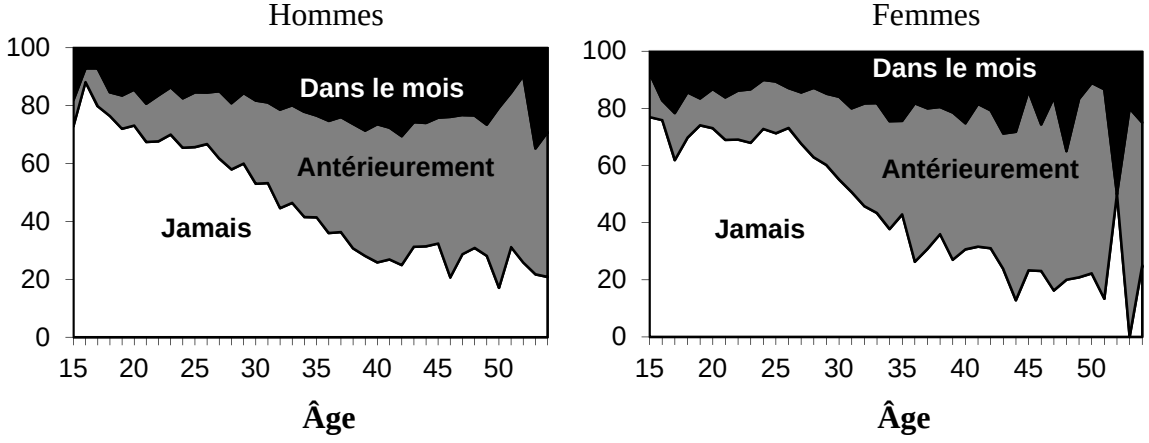
[145] La thèse de « l'escalade », ainsi que celle de la « porte d'entrée » qui lui est souvent opposée seront exposées plus en détail dans le second chapitre de la deuxième partie de ce travail.

## I – Les évolutions des pratiques d'injection…

Observer les comportements d'injection de l'ensemble des patients pris en charge par les structures d'accueil n'aurait que peu d'intérêt en raison des modalités de consommation différentes selon les produits consommés. Par conséquent, les mesures effectuées ne concerneront que les consommateurs d'héroïne. Toutefois, puisque ne peuvent être identifiés comme consommateur que les individus ayant consommé de l'héroïne au cours du mois passé, ou pris en charge pour cette substance, il est important de rappeler que malheureusement, ce ne sont pas les évolutions de l'ensemble des personnes ayant déjà consommé de l'héroïne qui pourront être présentées, mais bien celles des consommateurs actuels. Les résultats obtenus ne peuvent par conséquent être généralisés à l'ensemble des usagers d'héroïne qu'à condition qu'il n'existe pas de relation entre mode d'absorption et durée de la consommation. Dans cette optique, et afin de disposer de données satisfaisantes concernant la France, l'ajout de questions relatives aux consommations au cours de la vie permettrait de répondre à ce questionnement.

Parmi les 15-44 ans,[146] la moitié des hommes et 55 % des femmes déclarent n'avoir jamais pratiqué l'injection. La part des injecteurs au cours du mois passé décroît au fil des générations (graphique nº 40) et révèle une modification de comportement parmi les plus jeunes d'entre elles. En outre, l'importante part que représentent les anciens injecteurs parmi les plus anciennes générations indique de leur part une modification des pratiques d'injection.

**Graphique nº 40 : Proportion d'usagers d'héroïne ayant utilisé l'injection intraveineuse comme mode d'administration (en %) selon le sexe et l'âge**

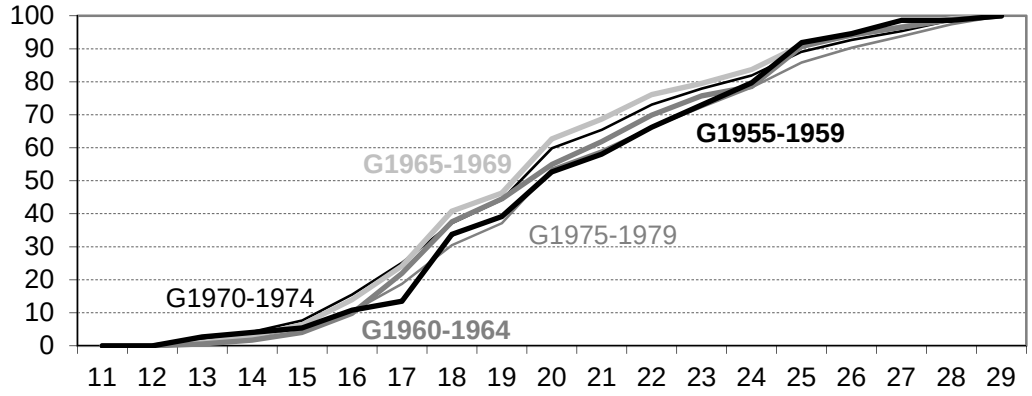



Source : RECAP/OFDT

[146] Le faible effectif de consommateurs d'héroïne en dehors de ces bornes justifie qu'ils ne soient pas considérés dans l'analyse.

Afin d'éviter d'observer une évolution du calendrier de l'âge à la première injection, ne résultant que d'une période plus courte au cours de laquelle les générations les plus jeunes auraient eu l'occasion d'utiliser l'intraveineuse comme mode de consommation, sont présentées les parts cumulées croissantes d'injecteurs selon l'âge à l'injection au sein des différents groupes de générations ayant atteint 30 ans, âge après lequel les nouvelles injections sont marginales. L'évolution de l'âge à la première injection s'avère difficilement interprétable. Quelques variations s'observent, mais ne présentent pas de tendance continue au fil des générations (graphique nº 41), celles-ci pouvant autant résulter d'évolutions effectives que de sorties différentielles des consommations d'héroïne (pour lesquelles les données sont indisponibles).

**Graphique nº 41 : Proportion cumulée croissante des injecteurs au fils des âges à la 1ère injection (en %) selon la génération**

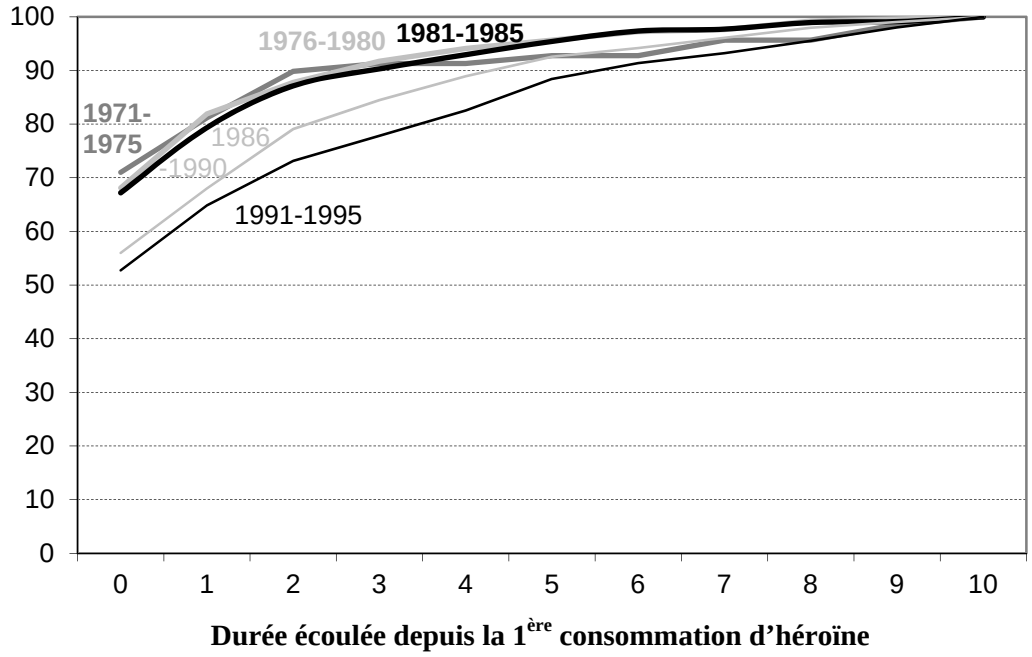



Source : RECAP/OFDT

L'âge à l'injection étant la résultante de l'âge à la première consommation d'héroïne et de la durée écoulée entre sa première consommation et la première injection, il est, afin de délier ces composantes, nécessaire d'observer qu'elle est l'évolution de cette durée. Il nous faut éviter le biais qu'induirait la part cumulée croissante selon l'âge à la première injection puisque toutes les cohortes n'ont pas eu la même période au cours de laquelle il leur a été possible de débuter leur pratique d'injection. Pour cela, c'est la part cumulée croissante selon l'âge à la première injection rapportée à l'ensemble des individus ayant initié l'injection avant dix années de consommation d'héroïne qui sera calculée. Cette part est peu variable parmi les cohortes 1985 et plus anciennes. Les cohortes constituées à partir du milieu des années 1980 retardent quant à elles sensiblement la survenue de la première injection (graphique nº 42). Une telle évolution parmi les cohortes d'usagers d'héroïne constituées à une période où

l'infection par VIH croît certainement au rythme le plus important, révèle la réactivité des usagers de drogues par intraveineuse à l'épidémie de SIDA. S'ils ne se résolvent pas à n'utiliser que d'autres modes d'absorption de la substance, ils retardent la survenue de l'injection. Malgré cela, la part de ceux qui injectent dès la première année de consommation reste élevée puisque plus de la moitié des injecteurs ont débuté l'injection avant leur premier anniversaire de consommation, 90 % après cinq années de consommation.

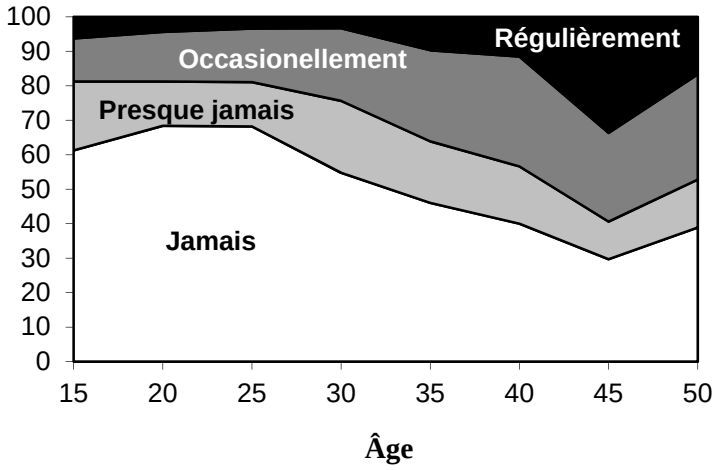
**Graphique nº 42 : Proportion cumulée croissante des injecteurs au fils des durées écoulées depuis la 1ère consommation d'héroïne (en %) selon la génération.**




Source : RECAP/OFDT

La politique de réduction des risques se traduit effectivement par le retard à l'injection, mais prend également forme, une fois ce mode de consommation adopté, au travers du « *shoot* propre », c'est-à-dire l'utilisation de matériel stérile à usage unique. Sans disposer d'un tel niveau de détail, il est possible grâce aux déclarations des usagers de savoir si l'injection a également déjà occasionné un échange de seringues au cours de leur parcours d'injecteur de drogues par voie intraveineuse. Malgré tout, le très fort taux de non-réponse impose que les résultats qui suivent soient pris avec beaucoup de mesure, puisque cette information n'est disponible que pour moins d'un quart des consommateurs d'héroïne ayant déclaré avoir déjà pratiqué l'injection. Les générations les plus récentes utilisant moins souvent l'injection partagent également moins souvent leurs seringues (graphique nº 43).

**Graphique nº 43 : Proportion d'usagers d'héroïne ayant partagé leurs seringues (en %) selon l'âge**




Source : RECAP/OFDT

Quant à distinguer des variations du partage de seringue, selon la durée des consommations, ou d'autres mesures il est illusoire de pouvoir y parvenir avec de tels niveaux de non-réponse.

## II –… et leur influence sur les contaminations virales

S'agissant des contaminations virales, qui au travers du VIH furent le moteur de la mise en place de la politique de réduction des risques, les données du dispositif RECAP permettent de disposer de la sérologie VIH/VHC, de la date du dernier test concernant ces virus, ainsi que l'éventuelle vaccination au VHB. Toutefois, alors que les modalités relatives à la vaccination VHB permettent de distinguer les non-réponses de l'absence de vaccination (« ne sait pas/non renseigné », « sans objet », « non »), celles relatives au VIH et VHC ne peuvent que faire regretter l'absence d'un tel niveau de détail. En effet, à la question « sérologie VIH (ou VHC) », trois modalités sont distinguées « Inconnue », « Résultat positif » et « Résultat négatif ». Aucun des enregistrements ne s'avérant non renseigné, il pourrait être considéré que ces variables bénéficient d'un parfait enregistrement. Cela s'avère cependant peu probable. Non seulement, car il a déjà pu être souligné des taux de réponse parfois très faibles. De plus, s'agissant de la vaccination VHB, information relativement proche de la sérologie VIH/VHC, voire moins sensible du fait qu'elle s'apparente plus à une mesure de prévention qu'à l'existence d'une pathologie, il existe malgré les nombreuses modalités de réponse (dont la non-réponse) des enregistrements vides. Il peut donc en être

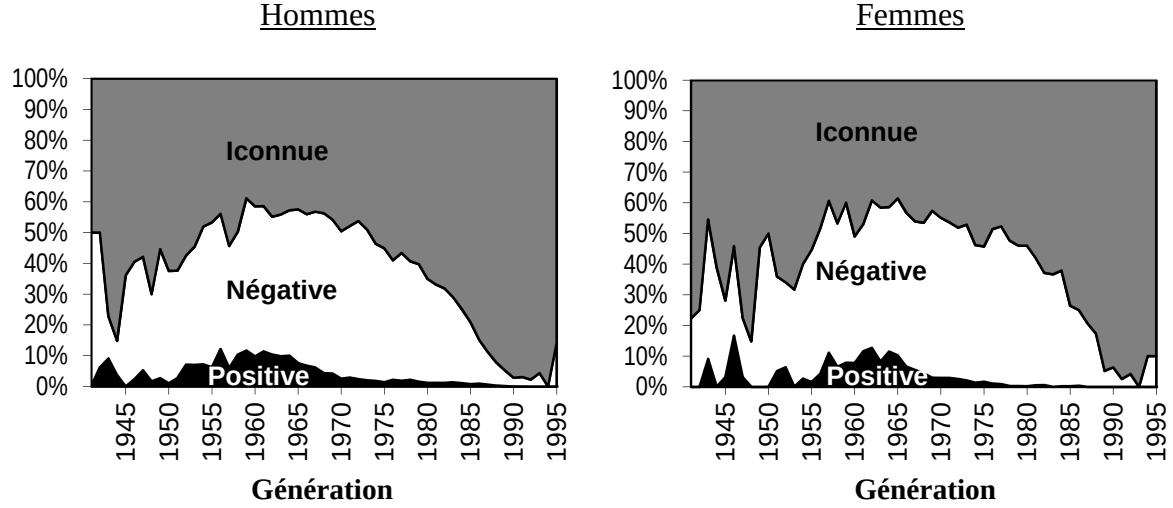
déduit simplement que la valeur « Inconnue » est enregistrée par défaut. Paradoxalement, on regrettera, une fois n'est pas coutume, que soit de cette manière renseignée l'information relative à la sérologie virale. Il serait au contraire préférable qu'en l'absence d'information l'enregistrement soit vide, ou prenne la valeur par défaut « non renseigné ». Car ainsi enregistré, comment interpréter les près de 61 % d'individus pour lesquels apparaît la valeur « Inconnue » ? Sous ce terme se regroupent en fait deux formes distinctes de la non-connaissance de la sérologie des usagers de drogues pris en charge. L'une où l'usager lui-même n'a pas connaissance de sa sérologie, l'autre où le centre de soins n'a pas connaissance de celle-ci indépendamment du fait que l'usager la sache ou non. Par ailleurs, 446 enregistrements font état d'une sérologie VIH inconnue, mais pour lesquels la date du dernier test VIH est renseignée. Ceux-ci peuvent n'être que la conséquence de mauvaises saisies concernant la sérologie[147]. Il est également possible qu'une partie des patients considèrent leurs sérologies comme inconnues, car, bien qu'ayant déjà effectué un ou des tests de dépistages *a priori* négatifs (puisque dans le cas contraire la sérologie ne peut par la suite être modifiée), ils ont eu depuis des comportements à risques qui invalident les résultats des tests et ne peuvent se prononcer à l'égard de leur situation actuelle.

Près de 3 % des hommes et 2,5 % des femmes âgées de 10 à 64 ans déclarent être séropositifs au VIH, et respectivement 11,6 % et 11,2 % l'être à l'égard du VHC. Si ne sont considérés que les individus pour lesquels la sérologie est connue, 7,7 % des hommes et 5,9 % des femmes sont infectés par le VIH, ils sont respectivement 30,5 % et 27,7 % à être infectés par le VHC. On constate, comme pour les 1$^{ères}$ entrées dans le SIDA une plus forte infection en ce qui concerne les générations du début des années 1960 [Bergouignan (2005)]. Toutefois, alors que les premières entrées dans le SIDA réduites chutent rapidement chez les générations suivantes en raison de l'interférence de trois facteurs (un effet d'âge, de génération, mais aussi d'une conjoncture épidémique et thérapeutique favorable) la part des personnes infectées par le VIH chez les patients pris en charge décroît plus lentement (graphique n$^{o}$ 44). Cela s'explique du fait que sont répertoriés ici les séropositifs survivants alors que les premières entrées dans le SIDA réduites font état de l'ensemble des entrées constatées[148] et que si ces dernières nécessitent l'infection antérieure au VIH, elles restent un stade plus avancé de la maladie. Ainsi, alors que le développement des multithérapies a permis de rallonger la période de séropositivité sans entrée dans le SIDA, elle n'interfère en rien sur la contamination au

[147] Si l'erreur de saisie n'est pas non plus totalement à rejeter, elle est moins probable puisque se traduirait par l'enregistrement d'une date pourtant non révélée par l'usager.
[148] À l'erreur de sous-déclaration près.

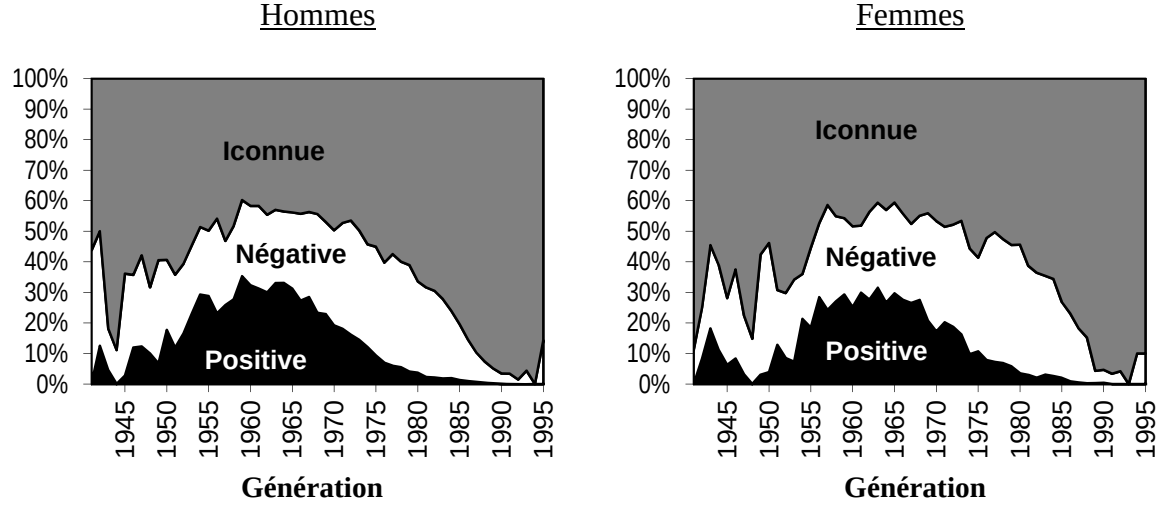
virus[149]. La prévalence des sérologies VHC des patients suit des évolutions similaires bien qu'à des niveaux bien plus élevés (graphique nº 45). Si les contaminations au VHC ont indirectement bénéficié des campagnes de préventions liées au VIH, la moindre promotion de cette infection explique certainement une moindre attention, ainsi qu'un dépistage moins systématique. Ainsi, la hausse de la prévalence à laquelle il a été fait référence dans la première partie de ce travail, peut également résulter d'un dépistage plus tardif qui, s'il n'influence pas la prévalence effective, altère largement la prévalence connue.

**Graphique nº 44 : Proportion des sérologies VIH des patients selon le sexe et la génération.**




Source : RECAP/OFDT

**Graphique nº 45 : Proportion des sérologies VHC des patients selon le sexe et la génération**

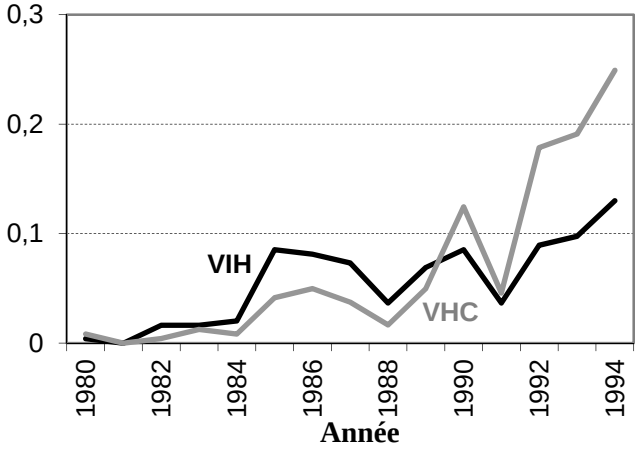



Source : RECAP/OFDT

[149] Il existe depuis 1999, un traitement, dit d'urgence, consistant à prescrire une multithérapie moins de 48 heures après un risque d'infection pendant un mois, permettant de réduire considérablement le développement de l'infection. Sa diffusion s'est toutefois avérée très restreinte et peu adaptée aux expositions régulières (notamment l'échange de seringue).

L'indisponibilité des données relatives à la réalisation de test de dépistage de VHC et VIH de longue date sur l'ensemble du territoire français empêche que soit apprécié avec rigueur un développement plus récent de l'un ou l'autre des tests qui leur sont relatifs. À défaut d'une telle collecte, il est possible d'utiliser les déclarations des patients pris en charge pour tenter de représenter ce développement. Toutefois, puisque n'est connue que la date du dernier test effectué, les différences de diffusion passées sont en partie gommées par les tests effectués plus récemment. Il faudrait, pour parfaire la mesure réalisée, disposer de l'année du premier test de dépistage de chacune des pathologies. Il est vrai qu'il est à craindre un fort biais de mémoire s'agissant de cette information, et ce d'autant plus que s'est généralisé depuis quelques années un dépistage simultané du VIH/VHC/VHB. Par conséquent, il pourrait être à craindre que les individus extrapolent cette tendance récente à leurs dépistages plus anciens, ce qui effacerait donc toute éventuelle différence d'accès au dépistage. Reste qu'en raison de l'absence de collecte réalisée au cours des années 1980, peu d'autres alternatives s'offrent alors à nous, cette dernière méritant par conséquent que lui soit accordée une tentative. S'il est possible de constater que la part des dépistages du VHC, antérieurs à 1990, est plus faible à celle du VIH, et ce, que la population de référence soit l'ensemble des patients pris en charge, ou ceux pour lesquels ont est assuré qu'ils aient effectué un dépistage (graphique nº 46), cette évolution peut autant résulter d'un effectif retard des dépistages du VHC comme d'un renouvellement plus important de ceux-ci au cours des périodes récentes.

**Graphique nº 46 : Proportion des derniers dépistages VHC et VIH réalisés chaque année (en %) au fil des années[150]**




Source : RECAP/OFDT

[150] La population de référence est ici celle des patients dont la sérologie est connue. La représentation des années plus récentes masque les quelques différences apparentes, c'est pourquoi seule la période 1980-1994 est présentée. L'évolution sur l'ensemble de la période 1980-2006 ainsi que cette même mesure réalisée sur la population de référence constituée de l'ensemble des patients sont présentée en annexe nº11 p. 431.

Il est vrai qu'on ne peut pas être certain que la date du dernier test VIH ou VHC corresponde à la date de la découverte de la séropositivité des individus. En effet, certains individus peuvent être susceptibles de renouveler le test de dépistage, dans une volonté par exemple de s'assurer du résultat obtenu. Il est toutefois probable que l'erreur ne soit que marginale. Il aurait donc pu être espéré que soit illustrée la dynamique de la contamination, et révélés d'éventuels effets d'âge et de génération que ne permet pas la mise en place trop récente des déclarations de VIH et de VHC. Il n'est toutefois aucunement possible d'établir de telles mesures en raison, d'une part d'effectifs relativement faibles d'individus ayant à la fois répondu à la date du test de dépistage et de leurs sérologies, et d'autre part de l'effet de sélection qu'entraîne l'inclusion des individus dans la sous-population observée. Il apparaît en effet que les tests de dépistage des personnes séropositives, qu'il s'agisse du VIH ou du VHC, se concentrent de manière très importante lors des récentes années. Ainsi, plus de la moitié des contaminations du VIH – ou du moins de la connaissance de celles-ci – et 2/3 de celles du VHC auraient eu lieu entre 2003 et 2006. Pourtant, s'il n'est pas surprenant que les contaminations les plus anciennes n'apparaissent pas du fait de la forte mortalité qu'entraîne l'infection des personnes en l'absence de traitement, la plus faible contamination observée entre 1996 et 2003 que par la suite laisserait supposer qu'il existe une corrélation entre connaissance de l'infection au VIH et entrée dans la prise en charge. Les limites du mode d'observation ici utilisé ne nous permettent pas de distinguer clairement les raisons d'une telle relation.

Distinguer les patients pris en charge selon leurs pratiques d'injection, permet d'observer de nettes différences sur la prévalence constatée de la séropositivité des individus, qu'il s'agisse de celle au VIH ou au VHC. Elle est particulièrement marquée entre ceux n'ayant jamais fait l'expérience de l'injection et ceux ayant déjà injecté l'une des substances considérées. Cette différence apparaît également dans une moindre mesure entre ceux qui utilisent actuellement l'injection comme mode de consommation et ceux qui ont déjà utilisé la voie intraveineuse, mais pour qui cela n'est plus le cas actuellement. Parmi les seuls individus dont on sait qu'ils ont effectué un test, la prévalence du VIH chez les 10-64 ans est de 4,6 % chez ceux n'ayant jamais utilisé l'injection, alors qu'elle est de 8,8 % chez les injecteurs actuels et de 9,7 % chez les anciens injecteurs. Les écarts sont plus importants, mais hiérarchisent identiquement les différentes sous-populations à l'égard de la séroprévalence du VHC. Ainsi, le taux de prévalence du VHC n'est que de 9,6 % chez les individus n'ayant jamais injecté, alors que les injecteurs actuels ont un taux de prévalence de 50,9 % et les anciens injecteurs de 53 %. Bien que les niveaux soient bien évidemment en deçà de ceux

observés parmi les patients pour lesquels on connaît l'existence préalable d'un test de dépistage, les taux de prévalences présentent des tendances identiques lorsqu'ils sont mesurés parmi l'ensemble des patients, c'est-à-dire lorsque sont pris en compte ceux dont la sérologie est « inconnue » (tableau nº 7)

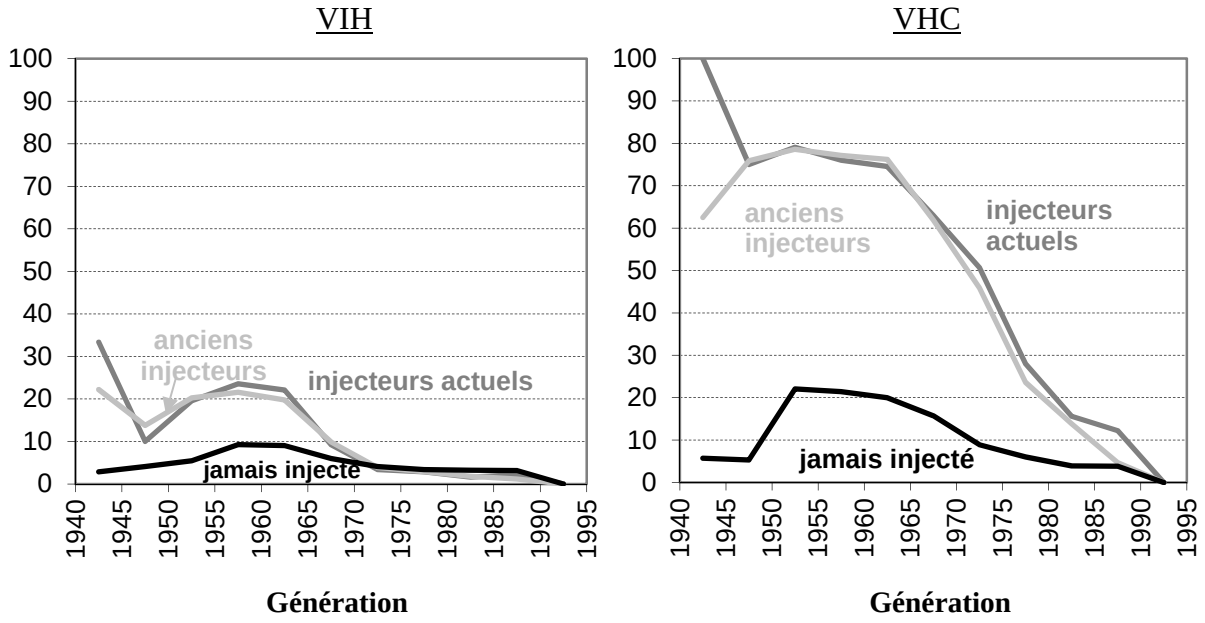
**Tableau nº 7 : taux de prévalence des différentes sérologies parmi l'ensemble des patients pris en charge âgés de 10 à 64 ans (en %)**

| **Utilisation de la voie intraveineuse** | **VIH** | **VHC** |
|---|---|---|
| *Oui, au cours du mois passé* | 5,25 % | 30,71 % |
| *Oui, antérieurement (mais pas dans le mois)* | 6,99 % | 38,59 % |
| *Jamais* | 1,66 % | 3,27 % |

Source : RECAP/OFDT

La prévalence plus importante de chacun des virus parmi ceux qui ont déjà utilisé la voie intraveineuse s'explique tout simplement du fait qu'ils souffrent d'un vecteur de contamination supplémentaire que les personnes n'ayant jamais injecté. La plus faible prévalence de la séropositivité chez les injecteurs actuels que chez les anciens injecteurs ne relève en fait quant à elle que d'une structure par âge différente ; les injecteurs actuels étant légèrement plus jeunes que les anciens injecteurs. En appliquant à chacune des sous-populations la structure par âge des injecteurs actuels, la prévalence est plus élevée chez les injecteurs actuels. Les prévalences du VIH et VHC par groupe de générations quinquennales au sein des différentes sous-populations permettent en effet de s'apercevoir que celle-ci n'est que très rarement plus élevée chez les nouveaux injecteurs (graphique nº 47). Ainsi, légèrement plus jeunes, les injecteurs actuels, bien qu'ils partagent moins souvent leur matériel d'injection que les générations les plus anciennes (et donc les anciens injecteurs), en ne cessant pas cette pratique restent bien évidemment plus soumis au risque d'infection au VIH ou VHC que ceux pour qui la pratique d'injection est terminée.

**Graphique nº 47 : taux de prévalence des différentes sérologies parmi l'ensemble des patients pris en charge au fil des générations (en %)**




Source : RECAP/OFDT

Quant à dire que l'arrêt des pratiques d'injection moins « propres » entraîne moins de risque d'infection que continuer celles où les partages sont plus restreints, il est illusoire de pouvoir le vérifier par les seules données disponibles. Les risques d'être séropositif dépendent des pratiques actuelles et passées et, alors que l'éventuel échange de seringues des anciens injecteurs nous permet de connaître les « anciennes » pratiques des individus dont la voie intraveineuse n'est plus utilisée, celui des injecteurs actuels ne concerne certainement que les pratiques actuelles[151]. Par ailleurs, la distinction entre anciens et actuels injecteurs n'est certainement que peu pertinente, du fait qu'ils se différencient par leurs pratiques au cours du mois passé. Elle confond des usagers dont l'injection est encore courante (plusieurs fois dans l'année), mais qui réduisent l'occurrence de sa réalisation, de ceux ayant totalement arrêté cette pratique.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 2*

L'utilisation des données récoltées lors des prises en charge présente l'avantage de concerner une sous-population aux contours bien définis. Ici, aucune incertitude sur les

[151] L'énoncé des modalités relatives au partage de seringue peut également faire craindre que ne se cache sous certains termes, notamment « presque jamais » et « occasionnellement », une appréciation des pratiques anciennes et actuelles des nouveaux usagers.

produits considérés ou non comme des drogues, puisque ceux pouvant occasionner une prise en charge sont définis comme tels. Malgré cela, la récente mise en place de ces données ne permet d'obtenir que des mesures rétrospectives qui souffrent non seulement d'une éventuelle mortalité différentielle, mais, et c'est ce qui réduit fortement l'analyse qui peut être menée ici, également de sorties différentielles des prises en charge. Dès lors, si quelques évènements marquants restent visibles, notamment l'impact conjoncturel des traitements de substitution aux opiacés sur l'initiation de prises en charge, la plupart ne concernent réellement que les patients récemment pris en charge. Si les mesures effectuées présentent les limites actuelles de ce système d'observation, elle en révèle également tout le potentiel à venir.

Une partie de l'amélioration des données disponibles viendra tout simplement de la continuité de se système d'observation qui, pour les périodes à venir, permettra de disposer d'une observation continue et non plus rétrospective. Une autre partie, plus difficile à mettre en place, pourrait être obtenue par la collecte d'informations supplémentaires détaillées au fur et à mesure des indicateurs présentés. L'une d'entre elles, par l'évidence du biais qu'elle induit, importe d'être rappelée. Il s'agit de la consommation ayant déjà eu lieu au cours de la vie et non pas les seules consommations au cours du mois passé puisqu'il existe indéniablement une corrélation entre l'âge à l'entrée dans la consommation et la sortie de celle-ci. L'autre amélioration à laquelle il conviendra de procéder est la qualité de la collecte. Certaines questions présentent en effet des taux de non-réponse qui rendent les résultats inexploitables. La présentation des mesures qui n'ont pas pu être réalisées et leurs intérêts sensibiliseront, espérons-le, le public en charge de collecter l'information. Parmi celles-ci, nous rappellerons l'intérêt que représenterait la connaissance des pratiques d'injections actuelles et passées. Car s'il a pu être observé qu'un retard à l'injection a été entrepris chez les cohortes d'usagers ayant débuté leurs consommations au milieu des années 90, ce qui présente d'ailleurs partiellement la réussite de la politique de réduction des risques, il est primordial de savoir si l'échange de seringues résulte de nouveaux comportements parmi les nouvelles générations, ou si cela s'explique par une injection plus tardive.

L'observation des patients pris en charge en raison de leurs consommations de produits psychotropes ne peut permettre une analyse suffisante des usages de drogues et nécessite d'élargir le cadre d'observation. En élargissant la sous-population considérée, plusieurs questions nécessitent d'être résolues. La première est de savoir comment définir qui sont les usagers de drogues. L'observation doit également être adaptée à une sous-population en partie marginalisée. Il convient donc d'exposer le cadre d'analyse et d'observation susceptible de répondre à ces questionnements.

# <u>Chapitre 3</u> : Élaboration théorique de l'observation de l'usage de drogues : réflexions sur la collecte des données et présentation de l'analyse quantitative à mener

Jusqu'à présent, il a parfois été fait référence aux usagers de drogues, d'autres fois aux toxicomanes, et d'autres encore aux consommateurs de stupéfiants. Chacun de ces termes a toutefois été utilisé selon qu'il était le plus à même de définir les sous-populations concernées. Afin de ne pas complexifier le propos, nous avions délibérément choisi de ne pas encore souligner cette diversité. D'une part, l'objectif n'était pour l'heure que de présenter les évolutions relatives à l'objet de notre étude et d'autre part, d'indiquer les limites qu'imposent les sources de données disponibles aux analyses quantitatives qui peuvent être effectuées à partir de celles-ci. Afin de se dégager de la variabilité des sous-populations d'usagers de drogues auxquels il est fait référence, nous avons par la suite restreint notre analyse aux seuls consommateurs de psychotropes pris en charge dans les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Ainsi, il a été possible de présenter quelques-unes des questions qui se posent lorsque l'on souhaite étudier cette sous-population, et tenter d'y apporter une réponse lorsque cela s'avérait possible. *A priori*, on pourrait penser qu'appartenir à cette sous-population implique que les individus qui la constituent fassent également partie de la sous-population, plus large, des usagers de drogues. Nous indiquerons au cours de ce chapitre que cela ne s'avère pas nécessairement vérifié. En effet, nous verrons que l'incertitude liée aux substances pouvant être considérées comme des drogues et aux types d'usage qu'il peut en être fait permet en réalité de distinguer diverses sous-populations qui se recoupent plus ou moins. On comprend alors aisément que les modalités d'entrée dans une même sous-population pourront varier selon que les individus sont issus de l'une ou l'autre des sous-populations qui lui sont connexes. C'est en fait en qualifiant dans un premier temps ces évènements (et ceux qui font sortir les individus des différentes sous-populations) que pourra être dans un second temps exposé comment transposer les méthodes de l'analyse démographique à notre objet d'étude. L'intérêt de ces méthodes réside dans le fait qu'elles présentent l'avantage de ne pas se restreindre à la seule analyse des stocks, mais en expliquent également les évolutions au travers de l'étude des flux qui participent à leurs constitutions. La

mise en place d'enquêtes en population générale a permis d'avoir une meilleure connaissance de l'ampleur des stocks d'usagers, mais ne permet pas de distinguer les parcours d'usages de drogues. Cela s'explique en partie par une caractérisation des sous-populations ne respectant pas les principes de l'analyse démographique, mais également par leur mode d'observation. Nous tenterons d'élaborer les indicateurs qu'il conviendrait de réaliser pour étudier l'importance des différents phénomènes qui concourent à l'évolution des usages, en faisant parfois référence aux données disponibles et aux compléments informationnels qu'il est possible de réaliser. Enfin, nous proposerons une collecte des données qui selon nous pourrait permettre de disposer d'indices non biaisés qui informeraient entre autres des raisons pour lesquelles les stocks d'usagers se modifient. À cette occasion nous réintégrerons la dimension logistique d'un tel chantier.

## ***Section 1*** *- Les sous-populations d'usagers de drogues*

Une première difficulté dans l'analyse des usagers de drogues est de définir les frontières de cette sous-population. Celle-ci prendra des contours différents selon que l'on s'y intéresse par exemple d'un point de vue juridique ou sanitaire. Alors que l'un s'intéressera exclusivement aux consommateurs de psychotropes illicites, l'autre considérera également les usages de substances légales, mais nocives. Nous avons déjà pu constater qu'il convient d'aborder cette thématique des consommations de drogues au travers d'une approche globale, qui ne se limiterait pas à dégager une vision première dans l'explication des phénomènes qui lui sont liés. C'est dans cette optique que sont effectuées les recherches à présent exposées.

### §1 – Identifier les différents types d'usage

#### I – Concepts cliniques usuels des types d'usage

##### *A – Définitions*

Les définitions couramment admises pour différencier les différents types d'usage de

drogues sont celles de la DSM-IV[152] et de la CIM-10[153]. Trois types d'usage sont alors à distinguer : l'usage (simple), l'usage nocif (ou abus) et la dépendance.

La dépendance : elle désigne un type d'usage où le consommateur ne peut se passer du produit sans souffrance psychologique et/ou physiologique. Il s'agit selon la DSM-IV d'un *« mode d'utilisation inapproprié d'une substance, pouvant entraîner une détresse ou un dysfonctionnement clinique significatif »*. Elle s'identifie par la manifestation d'au moins trois des éléments suivants, au cours d'une période de douze mois :

- tolérance, définie comme l'un ou l'autre des éléments qui suivent :
  - le besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
- sevrage, pouvant s'identifier comme l'une ou l'autre des propositions suivantes :
  - un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - la même substance (ou une substance apparentée) est consommée dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
- substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ;
- désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
- poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance.

Considérée du point de vue de la CIM-10, la dépendance signifie que certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée. Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance ;

[152] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4e édition.
[153] Classification Internationale des Maladies – 10e révision.

- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

L'abus ou l'usage nocif : il fait référence à une consommation pouvant entraîner des dommages sanitaires et sociaux pour l'usager ou autrui. Deux critères doivent être respectés pour qu'il s'agisse d'abus au sens de la DSM-IV :

- Le mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :
  - utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
  - utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors que l'on est sous l'influence d'une substance) ;
  - problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
  - utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarre).

- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

En ce qui concerne la définition de l'usage nocif selon la CIM-10, il s'agit d'un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

L'usage : il se définit comme une consommation de substances psychoactives, quel que soit son caractère licite ou illicite, n'entraînant ni complication ni dommage. Il peut s'agir d'une consommation régulière ou non, mais n'ayant pas entraîné les critères de l'usage nocif ou de la dépendance.

### *B – leurs limites face à une approche quantitative*

Avant de discuter de la possible utilisation de ces définitions lors d'une collecte de données à visée quantitative, notons qu'il est toujours ici fait référence à l'usage de substances. La notion de *« dépendance sans produit »* est apparue dès 1945 (Fenichel [1953]), mais n'a occasionné d'importantes recherches que depuis peu. Lorsqu'il est alors fait référence à des comportements et non plus à des produits, ces addictions se voient attribuer des dénominations propres aux domaines concernés. On a ainsi pu découvrir les noms de jeu pathologique, d'achats compulsifs, de travail pathologique, de cyberdépendance, ou plus simplement d'addiction au sport, et d'addiction sexuelle. Les débats relatifs à ces notions font toutefois encore l'objet de nombreuses controverses. De plus, les données quantitatives qui abordent cette question ne sont que très rares. N'étant alors pas en mesure de participer utilement à ces réflexions, nous les exclurons de notre analyse et centrerons nos propos sur les seuls usages de substances. S'agissant des produits à considérer comme drogue, nous y reviendrons ultérieurement.

Au regard des définitions de l'usage, de l'abus et de la dépendance, il apparaît évident que l'une des difficultés que l'on rencontrera pour tenter de définir les différentes sous-populations d'usagers de drogue est que l'addiction est un processus, et non un phénomène qui se manifeste par la réalisation d'un évènement. En effet, habituellement, l'entrée d'un individu dans une sous-population s'opère par la réalisation d'un évènement qui par la même occasion le faire sortir d'une autre. Ainsi, un premier mariage fait sortir de la population des célibataires les individus qui connaissent cet évènement pour les faire entrer dans celle des mariés. Le divorce d'un couple avec un enfant fait entrer une partie des membres de la famille au sein d'une famille monoparentale, la personne restante devenant une famille constituée d'une personne isolée. De la même manière, entrer dans la sous-population des personnes n'ayant qu'un usage simple de drogues[154] se traduit par la réalisation d'une première consommation de substance. Une même transposition des principes de l'analyse démographique ne peut toutefois être réalisée dès lors que l'on souhaite définir la sous-population des « usagers abusifs » et celle des « usagers dépendants ». En effet, chacune des définitions relatives à l'usage nocif et à la dépendance fait référence à la manifestation de plusieurs événements au cours d'une même période (de douze mois[155]) pour que puisse être identifié l'un ou l'autre des types d'usage. Il ne peut donc être espéré que soit effectuée une mesure de la saisonnalité de la dépendance (ou de l'abus). Cette restriction n'apparaît *a priori* pas comme une contrainte. Bien que les évènements habituellement étudiés par la démographie puissent être datés avec précision, les mesures effectuées le sont sur des cohortes d'individus les ayant connus au cours d'une même période, le plus souvent annuelle. Par conséquent, si on ne peut pas dater l'entrée dans la dépendance ou l'usage nocif, il serait néanmoins possible de constituer des groupes d'usagers entrés une même année dans ces types d'usage. Sans discuter encore du mode de collecte le plus adapté pour l'objet d'étude qui nous intéresse, notons tout de même les contraintes qu'une telle caractérisation des types d'usage implique pour chacun d'entre eux.

Dans l'absolu, un mode d'observation continu impliquerait que soit enregistré l'évènement lorsqu'il se réalise. Puisqu'il s'agit en fait de la survenue de plusieurs événements au cours d'une même période, l'apparition d'un type d'usage aurait par conséquent lieu lorsque le dernier élément se réalise. Il est toutefois peu probable que ces événements puissent être clairement identifiés au moment où ils ont effectivement lieu. C'est

[154] C'est-à-dire un usage non nocif et n'entraînant pas de dépendance.

[155] Cette période de 12 mois n'est pas clairement précisée dans la définition de l'usage nocif de la CIM-10. Toutefois, puisqu'elle se définit notamment par l'absence de syndrome de dépendance, elle-même identifiée au cours de la dernière année, cette même période s'applique implicitement à l'usage nocif.

notamment le cas *« des conséquences sociales négatives »*, et *« la désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel »*. On imagine alors plus facilement, mais encore théoriquement, qu'il soit plus évident de déclarer chaque année l'éventuelle apparition d'un des types d'usage. Pour que les types d'usage puissent être regroupés par leur survenue au cours d'une même année, ces déclarations devraient par ailleurs avoir lieu un même jour, ou du moins au cours d'une courte période de temps. Dans le cas contraire, il ne pourrait être assuré que les déclarations effectuées le 1er juin et le 31 décembre d'une même année concernent des types d'usage survenus au cours de celle-ci. Observation suivie et rétrospective seraient contraintes de la même manière. À cela s'ajoute, pour l'observation rétrospective, la difficulté d'identifier les comportements d'usage antérieurs. La datation d'évènements uniques s'avère déjà soumise au biais de mémoire. Ce biais est d'autant plus important que la réalisation des évènements est ancienne, ou que l'évènement en question ne relève pas d'une grande importance pour l'individu lui-même[156]. La complexité relative à la caractérisation des types d'usage laisse alors craindre que ce biais ne soit alors d'autant plus fort. D'une part, c'est bien la survenue, une année donnée, d'un nème élément, alors que les n-1 autres ont eu lieu au plus tôt 12 mois avant, qui date l'apparition d'un type d'usage et non la survenue au cours d'une même année de ces n évènements[157]. D'autre part, ces définitions ne se prêtent pas aux enquêtes quantitatives.

Les définitions précédemment présentées ont en effet été produites dans le cadre d'une application clinique. Le corps médical, par sa connaissance de celles-ci et de possibles entretiens de longue durée avec les usagers de drogues, peut alors être en mesure d'identifier la nature de l'usage des individus. Il serait possible que ces usages soient identifiés par des enquêteurs préalablement formés lors d'entretiens assez approfondis. Plus longs, ces entretiens s'avèreraient alors plus coûteux, et restreints à un effectif de moindre importance que ce qu'il pourrait en être grâce à un questionnaire type. Or il serait nécessaire de formater ces définitions sous forme de questions à plusieurs modalités de réponse. La conséquence en serait également une identification de moins bonne qualité. En effet, l'*« utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux »* peut être plus facilement décelée lors d'une discussion avec l'enquêté où, au gré des informations dispensées auparavant, l'enquêteur peut inciter l'enquêté à se prononcer sur cette éventualité. L'utilisation d'un questionnaire impliquerait que l'on précise une liste de « problèmes

[156] On comprend aisément qu'un individu se souvient plus facilement le la date de naissance de ses enfants que de celle d'une critique de son entourage à l'égard de ses consommations de substances.

[157] n correspond à deux ou trois selon qu'il s'agisse de la dépendance ou de l'abus selon la DSM-IV. Il n'est pas spécifié pour l'usage nocif selon la CIM-10.

interpersonnels » qui, bien que la plus exhaustive possible risque d'omettre certaines situations. Par ailleurs, l'enquêté, par la répétition trop fréquente de modalités qui ne le concernent pas, pourrait ressentir une certaine lassitude l'entraînant soit à répondre ce qui lui semblerait permettre d'écourter l'enquête, soit refuser plus simplement de la continuer.

## II – L'apparition de questionnaires visant à identifier les usages

Divers questionnaires ont été élaborés en vue d'identifier simplement le niveau de dépendance des usagers de drogues. Certains tentent d'évaluer ce niveau de dépendance pour tout un ensemble de substances ; c'est le cas de l'Addiction Severity Index (ASI) ou de la DEP-ADO[158]. D'autres, au contraire, sont spécifiques à un produit. Parmi eux, le test de Fagerstörm mesure la dépendance au tabac, le test DETA[159] celle à l'alcool, et le CAST[160] est relatif à l'usage de cannabis. Ces derniers ont l'avantage de ne contenir qu'un nombre très réduit de questions (au maximum six) et se prêtent particulièrement bien à une diffusion massive auprès de la population, notamment dans le cadre de campagnes de prévention[161]. Ils ne peuvent pas, en contrepartie, se suffire à eux-mêmes en tant que questionnaires susceptibles d'être utilisés lors d'une enquête ayant d'autres objectifs que la seule mesure du stock d'usagers présentant tel ou tel niveau de dépendance. La distinction entre les différents niveaux de dépendance est par ailleurs relativement limitée. Le test de Fagerstörm est celui qui présente l'échelle la plus détaillée avec 5 échelons, allant de *« pas de dépendance »* à *« très forte dépendance »*. De plus, si le test de Fagerstörm questionne sur les comportements actuels, les tests CAST et DETA questionnent tous deux sous la forme « avez-vous déjà », sans préciser aucune période au cours de laquelle cela a eu lieu. En d'autres termes, si des personnes ayant actuellement une consommation excessive ne peuvent pas être identifiées comme n'ayant pas ce type de consommation, l'inverse ne s'avère pas être vrai. En effet, puisqu'il s'agit des situations qu'ont pu connaître les individus sans qu'il en soit de même actuellement, on peut identifier, grâce à ces tests, des individus comme ayant des consommations excessives sans que cela ne soit encore le cas.

Plus complète, la DEP-ADO interroge sur la fréquence des consommations au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours, l'âge auquel les consommations régulières de

[158] Dépistage de consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes.
[159] Diminuer, Entourage, Trop, Alcool. Il est basé sur le test CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener).
[160] Cannabis Abuse Screening Test.
[161] Les questionnaires de ces tests sont présentés en annexe nº 12 p. 431.

substances ont débuté, l'éventuelle utilisation de la voie intraveineuse comme mode d'injection, et les difficultés qu'ont pu rencontrer les adolescents au cours de l'an passé. Comme il l'est rappelé dans ses notes explicatives, la DEP-ADO *« sert à jauger l'importance de la problématique entourant la consommation de substances psychoactives afin d'orienter l'individu vers des services appropriés. Toute utilisation de la DEP-ADO pour des fins de catégorisation ne conduisant pas une offre de service contrevient à l'essence même de l'instrument »*. Précisons donc ici que nous ne remettons pas en question l'intérêt que représente cet outil pour l'objectif qui lui est assigné, mais bien qu'il s'agit de discuter de l'utilisation qui pourrait être faite de questions similaires dans une enquête quantitative[162]. Bien évidemment, puisque le public concerné par ce questionnaire est une population d'adolescents, il conviendrait d'adapter les situations exposées comme difficultés que les individus pourraient rencontrer. Contrairement aux tests DETA, CAST, et Fagerstörm, la période au cours de laquelle ont eu lieu les difficultés et les consommations est clairement spécifiée. Non seulement cela permet d'identifier plus certainement des consommations excessives actuelles, mais permettrait lors d'une observation suivie annuelle d'apprécier les modifications de consommation des individus. Dès lors que la période au cours de laquelle ont eu lieu les consommations enregistrées est plus courte que celle espaçant deux observations de ces consommations, ces informations n'ont pas d'autre utilité que de distinguer les individus par rapport à leurs consommations récentes, sans qu'il soit possible de réellement connaître leurs évolutions. Ainsi, les consommations au cours des 30 derniers jours n'auraient pas de réel intérêt, en ce sens qu'il serait possible de connaître l'intensité du passage d'un type d'usage à un autre que par le renouvellement mensuel de l'enquête ; cela s'avère difficilement réalisable lorsque l'échantillon est de taille conséquente. Enfin, parce qu'elle n'a pour objectif que de révéler les consommations abusives, la DEP-ADO ne collecte aucune autre information que les comportements d'usage, l'âge, le sexe, et le niveau d'étude, ce qui s'avèrerait limité dans une volonté plus large de distinguer la survenue des différents types d'usage, selon les consommations antérieures ou d'autres caractéristiques supposées comme discriminantes.

L'addiction severity index, par les multiples thèmes qu'il aborde, se présente alors comme le questionnaire le plus complet. Réalisé en 1980 par Mac Lellan et ses collaborateurs du centre d'étude des dépendances de l'université de Pennsylvanie[163] (Mac Lellan *et al.*

[162] Cette possibilité n'est d'ailleurs pas totalement hypothétique puisque les enquêtes en population générale réalisées en France utilisent effectivement des questions très semblables.

[163] University of Pennsylvania's Center for the Studies of addiction.

[1980]), il est traduit en français et validé en 1992 sous la version Indice de Gravité d'une Toxicomanie (Bergeron *et al.* [1992]). Utilisé pour les patients qui débutent un traitement, il existe un test semblable où les situations ont été adaptées aux adolescents (Friedman et Utada [1989]). Il permet de collecter des informations dans sept domaines : l'état médical, l'emploi et les ressources, les consommations de substances, la situation légale, l'historique des difficultés alcooliques, toxicomaniaques ou psychologiques de la famille, les relations familiales et sociales ainsi que l'état psychiatrique. À partir de celles-ci sont calculés un score de sévérité et un score composite qui permettent d'apprécier la situation du patient. Ce questionnaire est en effet utilisé lors d'une prise en charge et explique que l'on fasse référence au patient. Le score de sévérité traduit à la fois le besoin de traitement ou d'aides exprimé par le patient selon le domaine concerné et le ressenti de l'enquêteur. Le patient autoévalue son besoin sur une échelle de 0 à 4 (tableau nº 8). À chaque score correspond une fourchette de valeurs parmi lesquelles l'enquêteur décide de l'une ou l'autre selon la gravité des problèmes que rencontre le patient.

**Tableau nº 8 : Construction du score de sévérité**

| Autoévaluation | Gravité | Problème | Traitement |
|---|---|---|---|
| 0 | 0-1 | Absent | Non nécessaire |
| 1 | 2-3 | Léger | Probablement pas nécessaire |
| 2 | 4-5 | Modéré | Probablement nécessaire |
| 3 | 6-7 | Considérable | Nécessaire |
| 4 | 8-9 | Extrêmement grave | Absolument nécessaire |

Le score de sévérité est donc une mesure subjective du besoin de traitement, puisque face à une même situation des individus peuvent éprouver un besoin différent de traitements. Le score composite a alors pour but de prendre une mesure objective de l'état du patient. Au sein de chaque domaine, plusieurs items font l'objet d'une notation pondérée selon l'importance de chacun. Variant entre 0 et 1, la situation est considérée comme d'autant plus problématique que la valeur du score s'approche de 1[164]. Il semblerait toutefois que le calcul de ces scores soit remis en question pour certains sous-groupes d'usagers (Zanis et al. [1994])

[164] Les scores ne sont pas comparables d'un domaine à l'autre. Un score de 0,4 dans le domaine familial ne signifie pas nécessairement que la situation soit deux fois moins problématique que dans le domaine légal où le score serait de 0,8.

ou plus généralement pour certains des domaines dont l'ASI tient compte (Mäkelä [2004]). Du point de vue du démographe qui s'efforcera, comme il le ferait pour l'évolution de la fécondité, de distinguer l'évolution des composantes de ces scores composites, leur validité ou non n'a alors que peu d'importance[165]. C'est donc bien ici la richesse du questionnaire plus que sont éventuelle aptitude à noter les difficultés des individus qui nous intéresse.

Lors du premier entretien avec le patient, une première évaluation dite « de base » est réalisée. L'ensemble des questions lui est posé. Par la suite est mis en place un suivi, se traduisant par la répétition de l'évaluation, trois mois, puis six mois après l'évaluation de base, puis tous les 6 mois. Au cours des évaluations de suivi, les questions relatives aux évènements connus au cours de la vie ne sont pas renouvelées. Le questionnaire se limite aux évènements connus au cours d'une période plus courte, celle des 30 derniers jours. On retrouve alors le même problème que celui énoncé plus avant, à savoir qu'une partie des évènements ne sera pas répertoriée. Les évolutions de consommations ayant lieu au cours des deux mois qui suivent l'évaluation de base, la première évaluation de suivi ainsi que celles des cinq mois qui suivent les évaluations suivantes sortent du champ de l'observation. Parce que l'ASI est réalisé auprès de patients en difficulté avec leurs consommations des substances, il est probable que le changement de comportement d'usage ne soit que relativement lent et donc que le biais d'observation soit relativement faible. L'utilisation d'un même questionnaire auprès d'une population dont l'usage est plus restreint ne pourrait se permettre une même approximation. La lourdeur du questionnaire empêcherait cependant qu'il soit effectué auprès d'un échantillon trop important selon une même fréquence d'occurrence.

## III – L'émergence de nouvelles notions

Dans l'objectif de distinguer au mieux les consommations dont on considère qu'elles n'entraînent pas d'externalité négative de celles qui s'avèrent dommageables, « l'usage problématique », notion utilisée par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) se présente comme une nouvelle alternative. Cette notion reste cependant encore trouble et tient compte du produit consommé, ce qui s'oppose à l'idée d'une étude des drogues en termes de comportement et non de spécificité par produits. Ainsi, on

[165] L'analyse des composantes de ces scores et leurs évolutions respectives pourraient cependant être un indicateur du bien-fondé des scores composites.

entend par usage problématique, *« l'usage par injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines »*. Si on comprend aisément que l'usage par injection soit assimilé à un usage problématique, puisque ce mode de consommation favorise la transmission des maladies virales, cette distinction pose toutefois quelques problèmes. Elle stigmatise en effet l'injection comme mode de consommation alors que, plus que le mode de consommation en lui-même, c'est l'échange de seringue qui s'avère être une pratique à risque. C'est donc plus l'échange du matériel d'injection que l'injection qu'il conviendrait d'assimiler à une pratique à risque, ou encore plus largement les conditions d'hygiène dans lesquelles a lieu l'injection (celles-ci pouvant également entraîner abcès et septicémies). Par ailleurs, si l'injection est un vecteur de contaminations virales, le *sniff* est comme nous avons déjà pu le mentionner également incriminé s'agissant des infections par le VHC. Notons d'ailleurs que si l'injection nécessite l'utilisation d'une seringue, le *sniff* n'impose pas l'utilisation de matériel spécifique. Certains usagers disposent de pailles qu'ils destinent exclusivement à cette pratique, mais le *sniff* se réalise la plupart du temps par le détournement d'objet divers et quotidiens tels que les billets de banque, ou de simple prospectus égarés sur le lieu de la consommation. C'est donc bien le matériel utilisé pour la consommation et non le mode de consommation qu'il conviendrait d'assimiler à un « usage problématique ». Concernant à présent la périodicité de l'usage (longue durée ou régularité), cette distinction présuppose que régularité ou continuité des produits précités implique nécessairement une consommation entraînant des conséquences négatives pour l'usager ou son entourage. Cette appréciation de l'« usage problématique » s'oppose alors à la définition de l'« usage nocif », qui n'exclut pas l'existence de consommations régulières n'entraînant pas de dommages sanitaires et/ou sociaux. Il est regrettable de constater qu'en raison de la difficulté que représente l'identification de la diversité des usages de drogues soit institué un concept qui apparaît, sous volonté d'être simplificateur, comme rétrograde.

Enfin, notons que depuis le développement des enquêtes en population générale, quelques types d'usage ont été établis empiriquement : l'expérimentation, l'usage occasionnel, l'usage régulier, et l'usage quotidien. L'expérimentation signifie, pour l'ensemble des substances, que les individus en ont consommé au moins une fois au cours de leur vie. L'usage occasionnel fait référence à la survenue d'une consommation au cours de l'année, hormis pour le tabac où il s'agit d'individus déclarant fumer de temps en temps. La définition de l'usage régulier varie largement selon le produit considéré : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois. L'usage

quotidien, à l'exception du tabac, signifie que les produits sont consommés au moins une fois par jour. Ces distinctions ne sont cependant qu'arbitraires et ne révèlent aucunement qu'il s'agit d'usages plus ou moins nocifs ou entraînant une dépendance. Ils sont d'ailleurs établis *a posteriori* en raison des informations collectées, et ne constituent pas la base sur laquelle ont été définies les questions posées.

## §2 – Les choix opérés pour l'identification et le dénombrement des usagers de drogues

### I – Respecter la nature multidimensionnelle du phénomène

Les définitions relatives à la dépendance et à l'usage nocif de drogues indiquent que l'analyse des usages de drogues ne peut être effectuée qu'au travers d'une approche multidimensionnelle. En effet, certains des éléments qui permettent de distinguer tel ou tel type d'usage ne font référence qu'à l'usage lui-même. C'est notamment le cas des syndromes de sevrage et de tolérance. Le diagnostic ne peut toutefois être réalisé qu'en considérant également le cadre social dans lequel l'usager évolue ; par exemple lorsqu'il s'agit de s'informer de la cessation d'activités sociales ou occupationnelles. Mais la nature multidimensionnelle du phénomène s'explique également du fait qu'il convient, selon nous, de qualifier les types d'usage non seulement au travers d'une échelle normative, devant encore être adaptée pour être applicable aux études quantitatives, mais également par l'appréciation subjective qu'ont les consommateurs de substances psychotropes à l'égard de leurs consommations.

#### *A – Qualifications normatives et subjectives*

C'est en justifiant des substances à considérer comme drogues que l'on expliquera par la même occasion la nécessité de tenir compte du point de vue de l'usager. Selon le Petit Robert, une drogue peut être définie de trois manières différentes :

> *« 1- Ingrédient, matière première employée pour les préparations médicamenteuses confectionnées en officine de pharmacie.*

*2- Médicament confectionné par les non-spécialistes, et qui généralement, n'est pas utilisé par la médecine.*

*3- Stupéfiant (substance toxique agissant sur le système nerveux […] dont l'usage provoque une dépendance). »*

Nous retiendrons évidemment au minimum la troisième définition proposée, c'est-à-dire celle assimilant les drogues aux stupéfiants, soit l'ensemble des produits définis comme tels par leur simple présence sur la liste des produits classés comme stupéfiants[166]. Il est, depuis quelques années, unanimement accepté que le cadre légal ne suffit pas à considérer qu'une substance soit considérée comme une drogue. Le tabac et l'alcool ont par conséquent, en raison de leur nocivité et de la dépendance qu'ils peuvent entraîner, été jugés comme des drogues « licites ». Hormis qu'ils ne soient pas inscrits sur la liste des stupéfiants, ils répondent néanmoins au critère de *« substance toxique agissant sur le système nerveux […] dont l'usage provoque une dépendance »*. L'incertitude relative aux produits à considérer comme étant une drogue porte alors sur les médicaments psychotropes. Alors que la première des définitions attribue de manière exclusive la dénomination de drogue aux médicaments (psychotropes ou non), la seconde les en exclut. L'Académie Nationale de Médecine (ANM) répond catégoriquement à cette incertitude puisqu'elle considère qu'une drogue est une *« substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. À un certain degré de ce besoin correspond un asservissement (une addiction) à la substance ; le drogué ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active »*[167]. L'exclusion des médicaments de l'ensemble des produits pouvant être considérés comme une drogue n'apparaît toutefois pas justifiée, puisqu'ils

[166] Il n'y a pas de caractéristique chimique, biologique, ou médicale qui permette de définir une substance comme un produit stupéfiant. Un produit ne l'est que parce qu'il est considéré comme tel par les États. Une partie commune de substances est considérée ainsi par un grand nombre de pays, car ils sont signataires de la convention des Nations Unies de 1988, contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ratifiée le 20 décembre 1988 et mise en application à la fin de 1990. Chaque pays peut toutefois ajouter tout produit qu'il considèrerait également comme stupéfiant.

[167] Définition présentée devant l'Assemblée nationale le 21 mars 2007 par Pierre Delaveau, président de la commission XVII « Langue française – langage médical – dictionnaire de l'académie nationale de médecine (ANM) », à la suite du texte voté à l'unanimité par l'ANM lors de la séance du 28 novembre 2006.

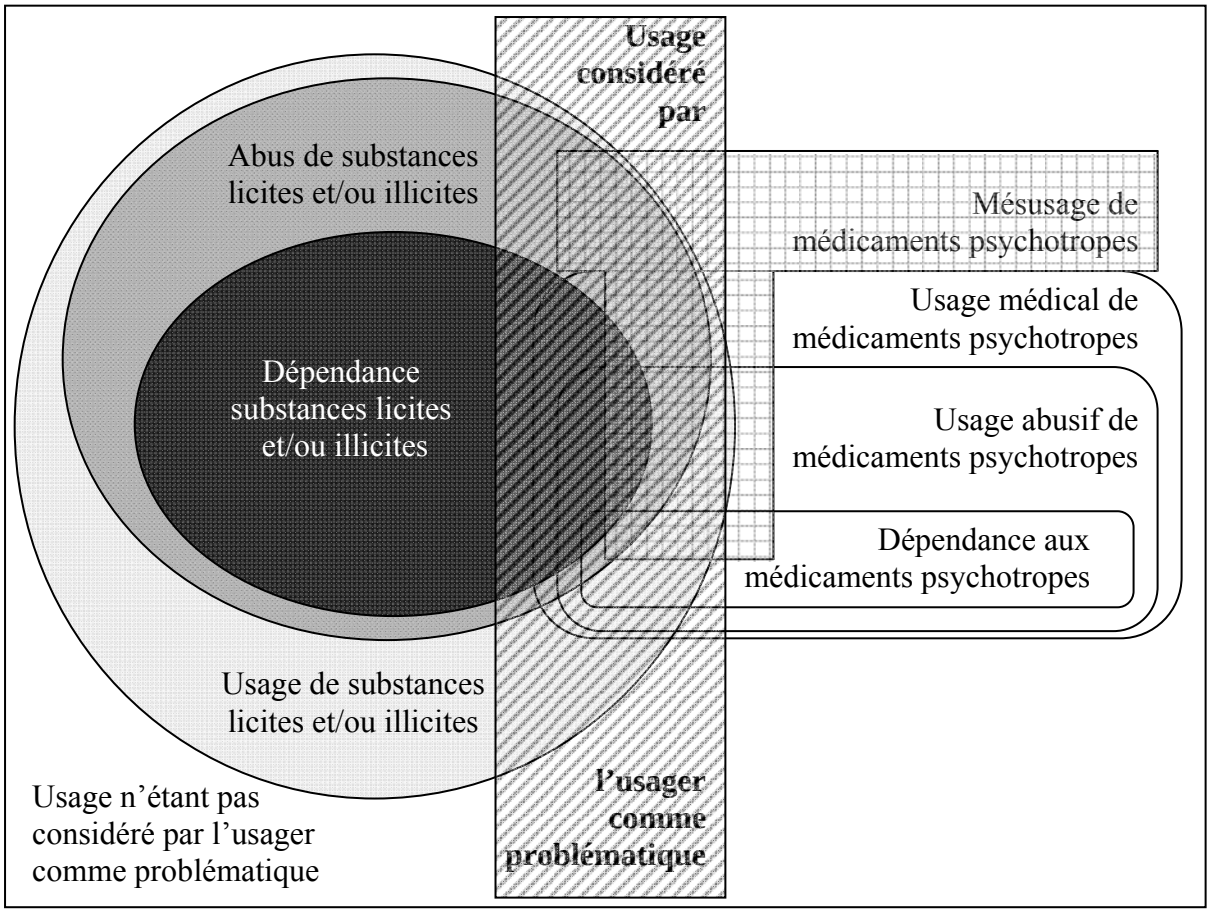
semblent parfaitement répondre aux caractéristiques énoncées par l'ANM. C'est alors à cet égard qu'il apparaît important d'intégrer dans notre analyse le point de vue de l'usager.

Nous avons en effet pu constater que la majeure partie des prises en charge effectuées en Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) résulte de la décision du patient lui-même. Cela signifie donc que l'usager a lui-même considéré sa consommation comme excessive comparativement à ce qu'il aimerait qu'elle soit. On pourrait donc décider de considérer comme « problématique », la consommation non contrôlée de substance, donc tous les patients pris en charge dans les CSST et plus largement tout usager qui considère de lui-même sa consommation comme problématique. Or, parmi les prises en charge effectuées en CSST, certaines ont été initiées en raison des consommations de médicaments psychotropes. Il est possible que certaines de ces consommations aient débuté dans le cadre d'une prescription médicale. Notons de plus que les primo-usages de médicaments psychotropes peuvent avoir lieu hors d'une prescription. On parlera alors de mésusage. En cela, on serait tenté de ne pas assimiler les médicaments psychotropes à une drogue. L'incapacité à contrôler leur usage, et le besoin que peuvent ressentir certains individus d'être assisté pour limiter les consommations de médicaments psychotropes nous font toutefois prendre le parti de les considérer comme des drogues. C'est donc bien ici le potentiel usage problématique qu'il peut en être fait qui leur attribut le statut de drogue.

Nous aurions pu considérer de manière alternative que ce n'est pas cette potentialité qui attribue le statut de drogue, mais au contraire que des produits n'étant pas des drogues peuvent le devenir lorsque l'usage problématique devient effectif. C'est d'ailleurs sous cette dernière conception que l'on pourrait éventuellement considérer les addictions sans produit. Ainsi, le travail, la sexualité, le jeu peuvent devenir une drogue. Ayant rejeté précédemment ce champ d'études, notre parti pris ne présente pas d'incohérence. Mais notre décision s'appuie également sur une autre justification. Considérer que les médicaments ne deviennent des drogues que lorsque l'usage devient problématique impliquerait réciproquement que les produits couramment appelés « drogues licites et illicites » que sont par exemple le cannabis, l'héroïne et le tabac ne le sont pas non plus *a priori,* mais ne le deviendraient que par la dépendance qu'elle engendre. Or, comme nous y avons déjà fait référence, il existe un usage contrôlé de ces substances, ce qui les exclurait également du champ des drogues. Schématiquement, cela reviendrait à dire que rien n'est drogue, mais que tout peut le devenir. Parce que nous refusons de répondre à la difficulté que nous présentons en l'évinçant ainsi, notre choix d'assimiler les médicaments psychotropes à une drogue nous parait plus pertinent.

Se pose alors la question de savoir comment qualifier les consommations de médicaments psychotropes issues de prescriptions médicales. Bien que cela ne soit pas le cas en France, l'usage thérapeutique de cannabis, en vue de soulager principalement les traitements que suivent les personnes atteintes d'un cancer ou contaminées par le VIH, est reconnu dans plusieurs pays. Cet usage a fait l'objet d'une législation dans plusieurs états des États-Unis depuis 1990. Depuis 2001, la réglementation de l'usage de la marijuana à des fins médicales est mise en place au Canada. Plus récente en Europe, la délivrance de cannabis en pharmacie est permise aux Pays-Bas depuis 2003, et le cannabis thérapeutique est reconnu en Finlande depuis décembre 2006. Enfin, très récemment, le 7 février 2009, pour la première fois en Allemagne, une femme a pu bénéficier d'un traitement au cannabis. L'héroïne est quant à elle utilisée à titre expérimental comme traitement de substitution aux opiacés en Suisse, aux Pays-Bas et en Espagne. On parlera alors, de manière similaire, d'usage thérapeutique, ou médical, de médicaments psychotropes. Afin de clarifier l'ensemble des informations présentées depuis le début de ce chapitre, il est utile de faire la synthèse de celles-ci à l'aide de la figure nº1.

**Figure nº 1 : Sous-populations d'usagers de drogues**



*B – Du sens de la causalité*

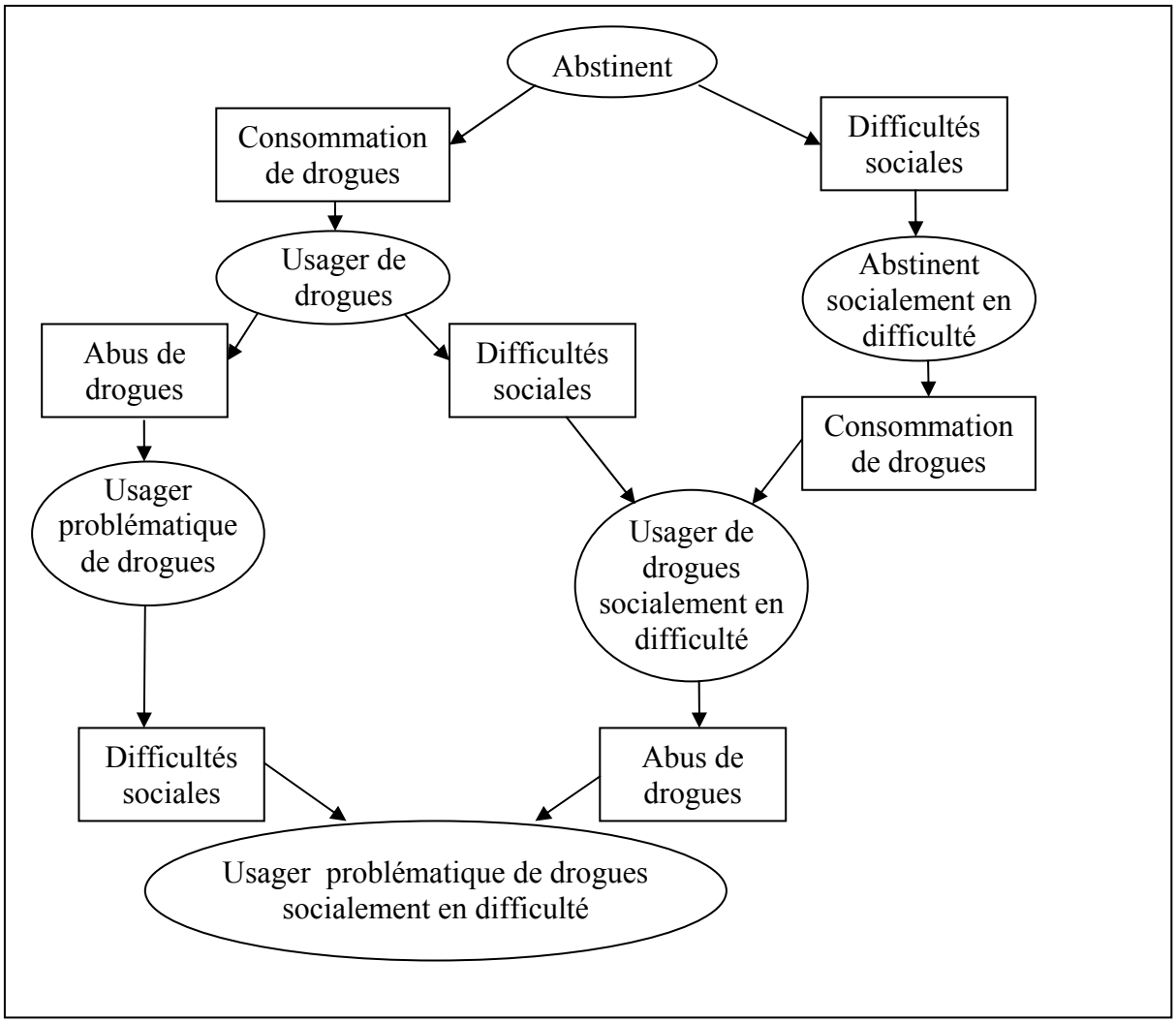
Les différents types d'usage, lorsqu'ils font référence à l'interaction qu'il existe entre l'usage de drogues et l'environnement social, ne relèvent que les cas où l'usage influe négativement sur les relations et activités sociales de l'usager ; l'usage est alors qualifié d'abusif ou de dépendance. Nous avons toutefois eu l'occasion de montrer en quoi l'environnement social pouvait expliquer certaines consommations. Nous avions alors pris soin de signaler que ces interprétations des raisons de l'usage de drogues portent à discussion. Le manque de données quantitatives explique d'ailleurs en partie que celles-ci ne puissent, en ce qui nous concerne, n'être énoncées qu'au conditionnel. Ce n'est pas tant en fait que l'une où l'autre des explications soit ou non vérifiée (et par conséquent qu'il faille la remettre en question) qui s'avère problématique, mais plus qu'il ne puisse être identifié dans quelle mesure chacune d'entre elles participe à ces consommations. Les approches qualitatives ont permis que soient à la fois révélées la diversité et la complexité des usages de drogues, mais également les possibles facteurs explicatifs de ces usages. À présent, l'analyse quantitative dispose d'une base d'informations à collecter en vue d'infirmer ou confirmer l'existence de ces facteurs. Les enquêtes réalisées actuellement tiennent la plupart du temps compte de ces facteurs en collectant des variables qui en seraient l'illustration. Celles-ci ne peuvent malheureusement donner lieu qu'à des observations instantanées sans que puisse être identifié quel a été l'enchaînement des évènements. On parle ici d'observation instantanée en ce sens qu'il est possible de connaître la fréquence d'un caractère au sein des différentes sous-populations. Par exemple, on pourra mesurer la part des usagers de drogues (tous usages confondus) parmi chacune des CSP[168], ou encore la répartition par CSP des usagers de drogues d'une part et des non-usagers d'autre part. Appartenir à l'une ou l'autre des CSP et être usager de drogues sont tous deux des caractères acquis. Une répartition différentielle de l'un de ces caractères, au sein des sous-populations définies à partir du second caractère, ne permet pas de savoir si l'appartenance à une CSP influe sur la survenue de l'usage de drogues. De même, cela n'indique pas que l'usage de drogues agit sur la possibilité d'accéder plus favorablement à l'une ou l'autre des CSP. Lorsque le caractère discriminant est au contraire inné, le sens de causalité est nécessairement connu. Ainsi, sous condition qu'il n'y ait pas de phénomène perturbateur différentiellement lié au sexe des individus[169], une proportion

[168] Catégorie socioprofessionnelle.

[169] C'est-à-dire que dans l'éventualité où il existerait une mortalité et/ou une migration différentielle entre usagers et non-usagers, elle serait de même importance chez les hommes et les femmes.

d'usagers différente selon le sexe s'expliquerait, toutes choses égales par ailleurs, nécessairement par des comportements différentiels liés au sexe des individus. Tenir compte des multiples facteurs qui participent au phénomène d'usage de drogues ne signifie donc pas qu'il faille être en mesure de constater des usages distincts entre différents groupes d'individus, mais bien de mettre au point une collecte de données qui soit susceptible de distinguer les différents parcours qu'ont pu rencontrer des individus qui lors d'une observation à un moment donné présentent pourtant les mêmes caractéristiques. La figure nº 2 permet d'exposer une présentation théorique de ces parcours. Cette présentation reste schématique afin d'exposer simplement notre objectif. Les usages n'ont d'ailleurs pas été diversifiés selon le même niveau de détail qu'ils l'ont été précédemment. De plus, l'environnement social n'est ici apprécié qu'au travers des difficultés que pourraient rencontrer les individus.

**Figure nº 2 : Présentation théorique des parcours de transition entre sous-populations**



Puisqu'il s'agissait d'illustrer ici en quoi il importe de tenir compte de la succession des évènements et non du seul résultat qui peut en être observé à un instant donné, l'interaction des différents phénomènes a été largement simplifiée. Quelques éléments doivent toutefois être précisés à présent, bien que ces considérations seront exposées plus en détail dans la seconde section de ce chapitre. Seuls deux phénomènes ont été pris en compte, « la rencontre de difficultés sociales » et « l'usage de drogues », qui se décompose en usage, et usage problématique.

L'intensité de l'usage problématique ne peut être estimée qu'au sein de cohortes d'individus ayant connu l'évènement nécessairement et immédiatement antérieur[170] qu'est l'usage de drogues, il est plus rigoureux de considérer qu'il est fait état de trois phénomènes différents. N'ayant pas encore exposé les principes de l'analyse démographique et leur transposition à l'objet qui nous intéresse, nous assimilons les diverses formes de l'usage comme un seul phénomène, mais avons bien conscience que la mesure de la survenue de l'usage problématique au sein de générations d'individus ne pourrait en fait n'être que des taux composantes. Cette simplification nous semble ici acceptable en ce sens que l'usage de drogues, qu'il soit ou non problématique, et la rencontre de difficultés sociales sont l'un et l'autre perturbateur du second. En effet, l'usage de drogues empêche par exemple que soit observée la rencontre de difficultés chez des abstinents, car ils sont entre-temps devenus usagers de drogues. De manière similaire, la rencontre de difficultés sociales empêche que soit observée la survenue de l'usage chez des personnes sans difficulté. On pourrait par conséquent être tenté de prendre la mesure de l'intensité de la « survenue de difficultés sociales » dans une génération en l'absence d'usage de drogues, ou encore l'intensité de l'usage de drogues en l'absence de difficultés sociales. En outre, il est impossible de prendre la mesure de l'intensité de l'usage problématique en l'absence d'usage, et ce, car l'usage est constitutif des cohortes au sein desquelles la mesure pourra être effectuée. Développer dès à présent la méthode d'analyse à appliquer selon nous risquerait toutefois de brouiller le propos qui consiste à souligner l'importance de la chronologie des évènements. En disposant de cette chronologie, il sera possible de calculer la probabilité, en l'absence de phénomènes perturbateurs, de la survenue de difficultés sociales parmi les abstinents, les usagers, et les usagers problématique, ce qui s'avère bien plus riche que la seule proportion d'individus ayant des difficultés sociales au sein de chacun des groupes d'usagers. En effet, une part plus importante de personnes ayant des difficultés sociales parmi les usagers problématiques

[170] Au cours d'une même période afin d'éliminer un facteur d'hétérogénéité [Blayo (1991)]. Cf. section 2.

pouvant s'expliquer par une probabilité plus importante de difficultés une fois que l'usage est problématique, comme d'une probabilité plus importante de devenir un usager problématique une fois que des difficultés ont été rencontrées.

Notons également que nous avons considéré qu'aucun retour en arrière n'était possible. Ici, les usagers le restent, et lorsque l'usage est problématique il n'est pas envisagé qu'il puisse ne plus l'être. Cette représentation peut alors être considérée comme « l'unité la plus réduite constitutive d'un objet fractal plus complexe ». En effet, tenir compte de la chronologie des évènements implique en conséquence qu'il n'existe pas de transformation réversible. Similairement au fait qu'un marié qui divorce ne redevient pas célibataire, mais devient divorcé, et qu'un divorcé qui se marie se distingue des célibataires qui connaissent un premier mariage en devenant un « remarié », les usagers de drogues ne peuvent pas redevenir des abstinents, mais n'être, en cas d'arrêt de leur consommation, que des anciens usagers. Le renouvellement de l'usage se traduira alors par l'acquisition d'une caractéristique qui contient en elle le rang du renouvellement. Dès lors, avoir présenté la possibilité de sortir de l'usage n'aurait fait que présenter un nouveau parcours identique à celui-ci dont l'origine ne serait plus « abstinent », mais ancien usager n'ayant pas de difficultés sociales, et ainsi de suite.

Enfin, nous n'avons pas non plus présenté les phénomènes perturbateurs qui cette fois modifieraient la population observable, à savoir la migration et la mortalité. Nous verrons toutefois comment tenir compte de ceux-ci par la suite s'agissant des migrations, et la mortalité fera l'objet de larges développements dans la seconde partie de ce travail. Pour exposer l'ensemble des éléments que nous n'avons alors fait qu'effleurer, il convient de bien définir les évènements que devront rencontrer les individus pour intégrer, ou au contraire quitter, les différentes sous-populations.

## II – Les évènements entrées et sorties des sous-populations d'usagers

Identiquement à ce qu'il en serait pour le passage d'un type de famille à un autre, les sous-populations d'usagers de drogues présentées plus avant doivent être définies de manière à ce que les individus ne puissent y entrer que par un seul évènement et que les évènements de transformation d'un usage à un autre puissent être subit par tous les individus de cette sous-population (Blayo [1990]). La modification du type d'usage résulte d'un processus, et donc d'une succession d'évènements pouvant parfois être simultanés. Si on identifie les types d'usage à partir des déclarations des individus, la condition d'unicité de l'évènement entrée

est respectée. Même si le type d'usage est défini subjectivement par chacun des individus, et que cela peut refléter une grande variabilité des évènements annexes qu'a connu un individu pour qu'il considère que son usage est, ou non, problématique, il pourrait être considéré que sont reflétées les diverses formes d'une même réalité se manifestant par « l'identification de l'usage problématique par l'usager lui-même ». Ces déclarations devront pouvoir également faire l'objet de confrontations à la distinction objective des différents types d'usage. En d'autres termes, il faudrait pouvoir vérifier que les définitions normatives des types d'usage se distinguent sensiblement des déclarations des individus. Dans l'éventualité où cela ne serait pas le cas, la seule déclaration des individus serait suffisante. Toutefois, l'usage problématique ne relève certainement pas d'une même signification pour les usagers que celle qui est sous-entendue dans les types d'usage de la CIM-10 et DSM-IV. Il est probable que l'on doive également demander aux individus s'ils se considèrent dépendants, car il est possible que certains individus se considèrent dépendants au produit sans pour autant estimer que cela soit problématique.

Si on souhaite s'appuyer sur les définitions de l'usage, de l'abus et de la dépendance, deux possibilités extrêmes s'offrent à nous pour respecter la condition d'évènement unique :

*« - l'événement entrée correspond à un événement précis ayant lieu au début du processus,*

*- l'événement entrée correspond à un événement précis ayant lieu en fin de processus.*

*Si les résultats diffèrent peu selon les deux hypothèses, le problème est directement résolu. S'il existe une différence significative, le choix de l'événement entrée va être une étape primordiale.* » [Rebière (2006]). Parce qu'actuellement les éléments qui définissent les différents types d'usage, lorsqu'ils sont collectés, ne font pas l'objet d'une datation de leur survenue, il n'est pas possible de savoir si le choix arbitraire de l'une ou l'autre de ces hypothèses modifie de manière conséquente les résultats obtenus. Dès lors, il conviendrait, dans une première collecte respectant les règles que nous énonçons peu à peu, de faire en sorte que de telles mesures soient effectuées. Celles-ci seront présentées dans la section suivante.

Une partie des sorties que peuvent connaître les individus ne sont en fait que les entrées dans une autre sous-population d'usagers. D'autres les font sortir de l'usage, voire de la population observable. Lorsque c'est cette dernière situation qui est vérifiée, la question est relativement simple. Soit c'est la mortalité qui se manifeste, auquel cas l'évènement est clairement identifiable par le décès des individus, soit c'est la migration qui se traduit par un départ du territoire. Lorsqu'il s'agit d'une immigration, cela relève en fait d'une nouvelle modalité d'entrée, mais alors on utilise un « *artifice (qui) consiste à imaginer qu'ils sont*

*entrés dans la sous-population dans les mêmes conditions que les ressortissants du territoire* » (Blayo [1996]). Dès lors que la sortie d'un type d'usage se traduit par l'entrée dans un autre, l'identification relève des considérations précédemment présentées. Lorsqu'elle se traduit par un arrêt de l'usage, son identification est d'une apparence faussement évidente. On pourrait *a priori* considérer qu'il suffirait de demander aux individus la date à laquelle ils ont arrêté de consommer des drogues. L'usage de drogues n'est pas un état constant qui ne se modifie qu'à l'occasion d'un nouvel évènement. Une mariée le reste tant qu'elle n'a pas divorcé ou que son mari ou elle-même n'est pas mort. L'usager de drogues l'est, car il renouvelle sa consommation. Dans une fragmentation microscopique du temps, l'usage de drogues n'est alors que la succession de consommations et d'arrêts de ces consommations. Il ne pourra donc être défini d'arrêt de l'usage que par la non-consommation de substance, au cours d'une période de temps que l'on statue arbitrairement.

## ***Section 2 - Modalités d'analyse des sous-populations d'usagers de drogues***

### §1 – La transposition des questions fondamentales de l'analyse démographique au phénomène d'usage de drogues

#### I – Présentation des questionnements de l'analyse démographique

De manière très synthétique l'analyse démographique a pour objectif d'étudier les phénomènes au travers de la mesure des deux éléments qui les caractérisent, l'intensité du d'une part et le calendrier d'autre part. L'intensité du phénomène correspond à la proportion des individus appartenant à une cohorte qui connaîtrait l'évènement étudié en l'absence de tous phénomènes perturbateurs (à l'« état pur ») jusqu'à ce qu'il ne puisse plus connaître cet évènement[171]. La distribution de l'intensité, selon la durée écoulée entre l'événement

[171] Si cette mesure est effectuée alors que les individus sont encore susceptibles de rencontrer l'évènement étudié on parle alors d'intensité partielle.

origine[172] et l'événement étudié, constitue le calendrier du phénomène. Toutefois, « le *phénomène démographique lié à [l'évènement par lequel il se manifeste] n'est jamais observé à l'état pur ; on n'observe jamais qu'une sorte de mélange de deux ou de plusieurs phénomènes* » (HENRY, 1959). En effet, la rupture d'union par divorce empêche que soient observées des naissances légitimes, et réciproquement les naissances légitimes empêchent que soient observées des ruptures de couples mariés sans enfant. Afin d'obtenir une mesure du phénomène à l'état pur, on rapporte alors les individus ayant subi l'évènement étudié aux individus susceptibles de connaître cet évènement au prorata du temps au cours duquel ils en ont eu la possibilité[173]. Une telle méthode s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle les individus n'ayant pas pu connaître l'évènement étudié, en raison du fait qu'ils aient connu un évènement perturbateur, l'auraient subi dans les mêmes conditions que ceux n'ayant pas rencontré de phénomènes perturbateurs. Pour que cette hypothèse puisse être le plus proche possible de la réalité, il importe de prendre la mesure des phénomènes au sein de cohortes homogènes, c'est-à-dire composées d'individus qui ont tous la même probabilité de vivre événements étudiés et perturbateurs. « *Le meilleur critère d'homogénéité pour un groupe est d'avoir vécu à une même date l'événement nécessairement et immédiatement antérieur (ia) à celui qu'on étudie* » (Blayo [1991]), c'est-à-dire que les individus sont entrés au cours d'une même période au sein de la sous-population susceptible de connaître l'évènement étudié. Il sera également possible d'« *accroître l'homogénéité d'une cohorte ia en la subdivisant en sous-cohortes d'individus classés selon la date à laquelle ils ont vécu un événement [nécessairement antérieur]* » (Blayo [1991]). En d'autres termes, on distinguera les individus d'une cohorte *ia* selon qu'ils aient ou non connu au cours d'une même période les évènements qui leurs ont permis d'entrer dans la sous-population susceptible de connaître l'évènement étudié. L'hypothèse forte d'homogénéité parfaite peut toutefois ne pas être vérifiée sans pour autant biaiser l'indicateur synthétique de l'intensité. Il importera alors de faire en sorte qu'il n'y ait pas de corrélation statistique entre phénomène étudié et perturbateur (Henry [1959]). Pour cela, il faut alors subdiviser les cohortes en sous-cohortes correspondant aux individus qui présentent des comportements différentiels.

## II – Application à la problématique des usages de drogues

[172] Évènement constitutif des cohortes dans lesquelles est calculée l'intensité.

[173] La méthode de calcul sera plus largement expliquée lors de la reformulation des questionnements ici présentés au phénomène de l'usage de drogues.

Considérons dans un premier temps l'expérimentation de drogues, c'est-à-dire avoir consommé au moins une fois au cours de sa vie une drogue. Il sera bien évidemment pertinent d'effectuer les mesures présentées par la suite pour chacun des produits, afin de distinguer si tous les produits ont la même probabilité d'être expérimentés ou non. Précisons qu'en spécifiant le rang de la consommation, ici la première, l'expérimentation devient un évènement non renouvelable. On va ainsi pouvoir prendre la mesure de l'intensité de l'expérimentation de drogues. Puisqu'elle est l'élément initiateur de tout autre usage, l'expérimentation ne connaît pas d'autre évènement nécessairement antérieur que la naissance des individus. Par conséquent, la naissance est l'évènement nécessairement et immédiatement antérieur qui constitue les cohortes au sein desquelles pourra être mesurée l'intensité de l'expérimentation. Cette mesure s'effectue par la combinaison de quotients, calculés en rapportant les expérimentations survenues au cours d'un intervalle de temps à la population susceptible de connaître cet évènement au cours de l'intervalle. En l'occurrence, la population susceptible de connaître cet évènement est l'ensemble des individus abstinents. Plus que leur abstinence, c'est également leur survie et leur sédentarité qui permettront qu'ils fassent partie de la population en mesure de connaître l'évènement étudié. Quand les émigrants et décédés sortent de la population étudiée, la mortalité et l'émigration sont alors des phénomènes perturbateurs du phénomène étudié. Au contraire, l'immigration d'abstinents perturbe l'observation en ajoutant des individus possiblement amenés à expérimenter des drogues au cours de la période de temps considérée. Afin de simplifier la formalisation, on regroupera les phénomènes perturbateurs faisant sortir les individus de la population sous le terme de « phénomène de sortie » et ceux qui les font entrer sous le terme de « phénomène d'entrée ». On note ainsi :

- $A_x$ : Le nombre d'individus d'une génération abstinents observés à l'âge $x$ ;
- $Exp(x;x+a)$ : les expérimentations observées entre l'âge $x$ et $x+a$ ;
- $S^A(x;x+a)$ : les sorties d'abstinents observées entre l'âge $x$ et $x+a$ ;
- $E^A(x;x+a)$ : les entrées d'abstinents observées entre l'âge $x$ et $x+a$.

La population susceptible de connaître l'expérimentation sur l'ensemble de la période $(x ;x+a)$ est constituée des individus n'étant ni entrés ni sortis en cours de période. Les autres n'ont subi cette éventualité qu'une partie de cette période. En l'absence d'information sur la distribution des entrées et des sorties au cours de celle-ci, on fait l'hypothèse qu'elles se sont également réparties sur la période. En conséquence, les entrées et les sorties ont eu lieu en moyenne au milieu de la période. Cela peut également s'interpréter comme si la moitié des

individus entrés/sortis l'a été au début de la période, et l'autre moitié à la fin. Cela signifiant donc qu'une moitié des individus entrés/sortis n'a pas du tout subi le risque alors que l'autre moitié l'a subi sur toute la période. La probabilité d'expérimenter des drogues au cours de la période *(x ; x+a)* pour des individus d'âge *x*, en l'absence de phénomènes perturbateurs s'obtient alors par le quotient : $_a\exp_x = \frac{Exp(x;x+a)}{A_x - \frac{S^A(x;x+a)}{2} + \frac{E^A(x;x+a)}{2}}$.

Ces quotients obtenus à partir des individus que l'on a pu observer sont combinés dans ce que l'on appellerait une « table d'expérimentation ». Cela consiste en fait à appliquer à l'effectif d'abstinents à l'âge *x*, pour chaque intervalle de temps considéré, les quotients calculés à partir des observations. Ceci revient à obtenir la part du nombre d'expérimentateurs au fil des âges au sein d'une génération en l'absence de phénomènes perturbateurs.

Au-delà de l'expérimentation, on pourrait être désireux de connaître l'intensité de l'abus de drogues. Contrairement à l'expérimentation, l'abus de drogues est un évènement renouvelable. On devra alors s'intéresser plus particulièrement à l'intensité d'un $n^{ème}$ abus de drogues. Son intensité devra alors être mesurée dans une cohorte d'usagers de drogues étant sortis de leur $n\text{-}1^{ème}$ abus au cours d'une même période. Lorsque l'abus de drogues considéré est de rang 1, l'évènement nécessairement et immédiatement antérieur devient alors l'expérimentation. Si on s'intéresse par exemple à la probabilité de connaître un $2^{ème}$ abus de drogues, l'évènement nécessairement et immédiatement antérieur est la sortie de l'abus de drogues de rang 1. Si on souhaite faire en sorte d'avoir la cohorte la plus homogène possible, on subdivisera la cohorte de sortie de l'abus de rang 1 en sous-cohortes constituée en raison du fait que les individus ont connu l'évènement nécessairement antérieur précédent au cours d'une même période, à savoir avoir connu leur premier abus en même temps. Celles-ci pourraient de la même manière être subdivisées en sous-cohortes d'expérimentateurs ayant débuté leur consommation une même année.

Comme nous l'avons présenté précédemment, l'usage de certaines substances est très marginal (moins de 1 % d'expérimentateur d'héroïne dans la population adulte). Opérer de telles subdivisions par sous-cohortes pourrait alors s'avérer peu productive. On a alors la possibilité de mesurer la part des individus qui auraient connu un abus dans une génération d'individus, c'est-à-dire dans une cohorte constituée par la réalisation d'un évènement nécessairement, mais pas immédiatement antérieur. On parlera alors cette fois de taux composantes et non d'intensité. Prendre de telles mesures et les confronter à celles d'autres

produits, ou encore suivre leurs évolutions nécessitera alors de bien tenir compte du fait qu'il ne s'agit pas d'une intensité, mais du mélange d'intensités de plusieurs phénomènes.

Enfin, il est également possible que l'on ne soit pas en mesure de distinguer le rang de l'abus, ou dans une même idée le rang de la dépendance. On pourra alors être amené à faire une analyse tous rangs confondus. On comptabiliserait par exemple le nombre d'abus qu'aurait connu une cohorte d'expérimentateur de drogues. L'indicateur obtenu est également un indicateur d'intensité, mais il revient à se demander quel serait le nombre moyen de survenues de l'abus que l'on observerait par expérimentateur en l'absence d'événements perturbateurs. Par ailleurs, si on s'intéresse à la sortie de la dépendance sans distinction de rang on pourra étudier les sorties selon la durée écoulée depuis l'entrée dans la dépendance. Mais la cohorte alors constituée mélangera des individus déjà entrés auparavant dans la dépendance et d'autres qui sont dépendants pour la première fois. Cela n'aura toutefois d'impact qu'à condition que le fait d'avoir déjà connu des dépendances antérieures influence la sortie de celles-ci.

## §2 – Apport théorique à la collecte des données

### I – L'influence du mode d'observation

Le mode d'observation choisi pour la collecte des données, influence les possibles indices qui pourront être obtenus. L'observation continue, c'est-à-dire le recensement exhaustif des évènements au moment de leur survenue, permet de disposer de l'information la plus complète. Toutefois, son application n'est pas adéquate pour l'ensemble des phénomènes que l'on pourrait souhaiter étudier. En effet, ce mode d'observation convient parfaitement aux phénomènes courants qu'étudie la démographie telles que sont la fécondité, la nuptialité, ou la mortalité. Trois éléments expliquent qu'un tel mode d'observation puisse être appliqué à ces évènements.

Tout d'abord, leur déclaration est obligatoire. Dès lors contraints, les individus répondent plus favorablement à une demande d'information statistique. Mais plus que l'obligation, c'est très certainement l'intérêt qu'ont les individus à déclarer ces évènements qui participe à leur bon enregistrement. Il est en effet de nombreuses occasions où les

individus ont intérêt à déclarer les enfants qu'ils ont, le fait qu'ils soient mariés, ou encore que leur mari/femme soit décédé(e). Il est vrai cependant que certaines collectes s'appuyant sur le mode d'observation continu ne concernent pas des phénomènes dont les individus auraient un intérêt quelconque à déclarer qu'ils ont connu cet évènement. Parmi elles nous mentionnerons les déclarations de premières entrées dans le SIDA[174], auxquelles nous avons déjà fait référence, ainsi que les interruptions volontaires de grossesses (IVG). Pour chacune de ces collectes, les individus ne bénéficient en aucune mesure d'avoir été soumis à ces phénomènes. Ce que nous avons donc émis comme raison de bon enregistrement pourrait alors apparaître comme infirmé. Doit alors être précisé que la charge de la déclaration ne concerne pas, pour ces deux observations, l'individu lui-même, mais le médecin en charge de l'IVG ou qui constaterait l'entrée dans le SIDA. La qualité de l'observation, et donc la possible mesure du phénomène, tient alors de la réalisation effective des demandes d'enregistrement imposées aux services de soins en question[175]. Par conséquent, il y a un déplacement de l'intérêt des individus, n'étant cette fois plus relatif à la déclaration de l'évènement en lui-même, mais relatif à celui de prendre contact avec le système de soin. La légalisation en 1975 de l'IVG en France, semble d'ailleurs avoir rapidement fait chuter *« les complications graves consécutives à des manœuvres abortives clandestinement, qui donnaient lieu naguère à hospitalisation »* (Blayo [1977]), ce qui illustre bien cet intérêt. Ainsi, s'agissant d'observer les phénomènes d'usage de drogues, on retrouve une même possibilité d'observation par un mode d'observation continue lorsque les individus ont un intérêt, non pas à déclarer leurs consommations, mais à entrer en contact avec les structures de soins que sont les CSST. C'est d'ailleurs sur ce principe que s'appuie le dispositif RECAP dont nous avons exploité les données de l'exercice 2006. Une telle logique ne pourrait espérer faire que les usagers de drogues viennent déclarer leurs consommations s'ils n'ont pas le souhait où l'obligation d'être pris en charge. En ce qui concerne alors la nature contraignante des déclarations du fait

[174] L'enregistrement des entrées dans le SIDA ne s'apparente pas parfaitement à un mode d'observation continu. En effet, lors de la première entrée dans le SIDA, les données sont rendues anonymes grâce à l'établissement d'un code s'appuyant sur la date de naissance, quelques lettres du prénom et du nom, et le sexe de l'individu. Les décès par SIDA peuvent alors ensuite être, grâce à cet identifiant, reliés aux entrées dans le SIDA. La collecte des données s'apparente donc plus à un mode d'observation suivi. Parce qu'une partie des décès d'individus entrés dans le SIDA n'est pas reliée, et que jusqu'en 2003, c'est l'entrée dans le SIDA donc l'évènement qui fait que l'individu est enregistré (depuis c'est l'infection par VIH), la collecte peut être considérée comme continue.

[175] Le médecin en charge de l'IVG doit remplir un bulletin statistique anonyme qu'il adresse à la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'exploitation statistique des données est sous la responsabilité de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) et de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Le médecin qui constate l'entrée dans le SIDA remplit un bulletin de notification à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui transmet par la suite les données à l'Institut de Veille Sanitaire.

qu'elles soient obligatoires, on imagine difficilement que les usagers de drogues, qui en partie transgressent la loi du fait des produits qu'ils consomment, se soumettent à celle-ci.

Ensuite, le caractère illicite d'une partie des substances pouvant être consommées, peut laisser craindre que les individus ne fassent pas la démarche d'aller déclarer l'usage de substances pour lesquelles ils pourraient être par ailleurs poursuivis. Précisons, si besoin est, qu'il n'est pas ici fait état d'une inquiétude qui pourrait être émise à l'ensemble des modes d'observations. Nous ne craignons pas, en effet, que les individus ne déclarent pas, quel que soit le mode d'observation, leurs consommations parce qu'elles sont illicites. D'une part, la déclaration des consommations de substances illicites peut avoir pour objet de montrer une autre réalité que celle perçue en vue de faire évoluer le regard porté à l'égard de l'usage. C'est notamment le cas lorsqu'est publié dans l'édition du 18 juin 1976 du journal *Libération « l'appel du 18 joint »* dans lequel, artistes, intellectuels, et politiciens déclarent *« publiquement avoir déjà fumé du cannabis en diverses occasions et avoir, éventuellement, l'intention de récidiver ».* D'autre part, la réalisation d'enquêtes en population générale montre que la déclaration du cannabis est loin d'être marginale. C'est en effet bien le mode d'observation continue qui ici discriminerait les usagers. Lors d'une enquête, tous les individus faisant partie de l'échantillon sont enquêtés, et parmi eux certains déclareront, sans qu'ils puissent être par la suite identifiés, avoir déjà consommé des drogues.

Enfin, l'occurrence des évènements par lesquelles se manifeste l'usage de drogues rend difficilement applicable un tel mode d'observation. Alors que pour les phénomènes démographiques courants l'évènement est unique en ce qui concerne la mortalité, et n'atteignent que rarement plus d'une dizaine de déclarations s'agissant de la nuptialité et la fécondité, l'usage de drogues se traduit par le renouvellement plus ou moins important des consommations. L'enregistrement ne pourrait par conséquent concerner que certaines de ces consommations. Parmi elles on pourrait distinguer la première, qui permet d'identifier les personnes ayant au moins fait l'expérimentation des différentes substances. Pour les autres on en reviendrait à tenir compte des difficultés déjà énoncées lors de la présentation des différents types d'usage qui pouvaient être définis. Ayant depuis, pris le temps de présenter en quoi les sorties devaient, autant que les entrées, être prises en compte, il nous est possible de préciser qu'une observation continue nécessiterait également l'enregistrement des sorties de l'usage. Lorsque l'on s'intéresse à la nuptialité, il est possible de prendre la mesure du phénomène à l'état pur car l'enregistrement des décès stipule le statut matrimonial des décédés. Il faudrait alors imaginer que les consommations de drogues des individus décédés puissent de la même manière être rapportées par un tiers, mais risquent d'être éloignées de la

réalité, par omission ou méconnaissance des usages qui auraient pu être faits par la personne décédée. C'est donc au travers des autres modes d'observation que l'on peut plus vraisemblablement tenter de collecter l'information relative aux usages de drogues.

L'observation rétrospective, mode d'observation le plus couramment utilisé pour prendre connaissances des usages de drogues, présente toutefois également plusieurs limites. Celle-ci consistant à retracer l'historique des individus en faisant appel à leurs souvenirs, elle peut entraîner ce qu'il est courant d'appeler un « biais de mémoire ». La signification attachée à l'évènement, ou à sa qualification influe alors grandement sur la qualité des déclarations. L'âge à la première cigarette, et peut être plus encore l'âge à la première consommation d'alcool, parce qu'il est un produit culturellement intégré à la société française et n'est donc quasiment pas marqué par l'interdit, seront certainement moins bien renseignés que l'âge à la première naissance d'un enfant par exemple. L'autre biais auquel soumet l'observation rétrospective vient du fait que la population observée est une population sélectionnée. Elle est en effet la population survivante et observable, c'est-à-dire celle n'ayant pas migré et/ou n'étant pas décédée. Cela n'a que peu d'importance si les phénomènes étudiés ne sont pas corrélés aux phénomènes perturbateurs. Rien ne laisse présumer pour l'heure qu'un tel lien existe notamment entre usage de drogues et migration. Il n'en est malheureusement pas de même entre usage de drogues et mortalité. Parce que la consommation de drogues entraîne une mortalité à laquelle ne seront pas soumis ceux qui ne consomment pas, il est très probable que les usages soient par conséquent sous-estimés puisque les individus susceptibles d'être présents lors de l'enquête sont ceux les moins soumis à la mortalité, et donc possiblement moins usagers de drogues que ceux décédés. Quelques mesures de cette mortalité différentielle seront présentées dans la seconde partie de ce travail.

Enfin, le mode d'observation suivi, en dehors des biais qui lui sont propres, contiendra en lui les restrictions des modes d'observation précédemment cités, selon la forme qu'il prendra dans son application. Soit le mode d'observation suivi s'appuie indirectement sur un mode d'observation continu, c'est-à-dire que les individus sont identifiés pour la première fois lorsqu'ils connaissent l'évènement qui les fait entrer dans la population observée ; puis, lorsqu'un nouvel évènement a lieu, celui-ci peut être rapporté à l'évènement antérieur grâce à un identifiant. Dans une telle situation, le parcours des individus est connu par l'enregistrement des évènements, identiquement à ce qui est effectué lors d'une observation continue. Soit le mode d'observation suivi s'effectue au travers du renouvellement d'observations rétrospectives. C'est le cas des enquêtes à passages répétés auprès d'un panel. Ici, le parcours des individus est bien collecté par le fait que l'on contacte un individu auprès

duquel on réalise un entretien qui permette de distinguer les évènements connus entre deux passages. Dès lors, le biais de mémoire sera d'autant plus faible que la durée qui sépare deux entretiens est courte. Afin que puisse être évincé le biais qu'entraîne une éventuelle mortalité différentielle, il faut que puissent être distingués les cas où l'entretien n'a pas pu être réalisé en raison du décès de l'enquêté des cas où celui-ci n'a pas pu être réalisé en raison d'un phénomène d'attrition (l'individu ne souhaite plus participer à l'enquête, ou ne peut être recontacté, …). Toutefois, par le renouvellement de l'enquête, les individus sont d'une part amenés à régulièrement prendre conscience des évènements qu'ils ont connu, et d'autre part possiblement plus sensibles à la relation qu'ils « entretiennent » avec l'enquêteur. La plus faible occurrence des consommations de cannabis dans une cohorte américaine laisse sous-entendre que le suivi s'avère alors néfaste pour les sujets sensibles. Cette sous-déclaration s'avère d'autant plus importante que la différence d'âge entre enquêteur et enquêté est élevée (Mensch et Kandel [1988]). Les résultats ne permettent toutefois pas de savoir si la figure parentale que semblerait prendre l'enquêteur influe sur la considération des usages de drogues qu'ont les individus qui réduiraient alors leurs consommations, ou si, parce que l'enquêteur devient familier, les déclarations seraient plus faussées que dans le cadre d'une enquête transversale à passage unique. De plus, s'il semble bien que le cadre normatif s'impose plus clairement lors d'une observation suivie par entretien à passages répétés, il est difficile de savoir si l'individu, parce qu'il prend conscience de ses usages « décide » de modifier ses usages pour correspondre à l'image de la normalité qu'il se fait, ou s'il adapte ses comportements par rapport à ce qu'il considère être ce l'enquêteur estime comme normal.

## II – Proposition des modalités d'une observation

Les raisons pour lesquelles l'utilisation d'un mode d'observation continu ne nous paraissait pas opportun dans le cadre d'une observation des phénomènes d'usages de drogues ont été largement présentées. La sélection d'un mode d'observation rétrospectif ou suivi, s'appuyant sur le renouvellement d'entretiens de nature rétrospective, nous semble plus discutable. Pour cette raison il apparaît plus rigoureux de présenter une proposition de collecte qui pourrait satisfaire à l'une ou l'autre des options. Nous verrons toutefois par la suite que cette « double » proposition ne s'explique pas par l'effroi d'un arbitrage insatisfaisant, mais au contraire du fait qu'il apparaîtrait optimal de ne pas effectuer cet arbitrage. Nous y reviendrons, mais en raison des deux modes d'observations conservés, il est nécessaire qu'un

échantillon soit réalisé. Intéressons-nous-y tout d'abord, puisque même dans l'éventualité où un seul des modes d'observation serait sélectionné, le plan de sondage qui nous semble le plus approprié ne serait guère différent. Conscient que l'application concrète d'une enquête pose des problèmes logistiques et financiers qui ne peuvent être écartés, précisons qu'il est préférable qu'il réponde à la fois aux objectifs de collecte d'informations nécessaires, mais également qu'il s'appuie sur les expériences déjà menées.

### *A – Couverture statistique de la sous-population*

La principale difficulté de l'observation des phénomènes d'usage de drogues par enquête est que les personnes les plus facilement intégrées à l'enquête sont celles qui s'avèrent les moins consommatrices, et inversement. Dès lors, tenter d'étudier les phénomènes d'usage de drogues ne peut, comme cela est le cas pour des sujets plus « standards »[176], se permettre de négliger les populations les plus marginales. Si on considère habituellement que leur omission n'influence que très peu les résultats obtenus de par leur faible poids dans l'ensemble de la population, il n'en est pas de même ici. C'est d'ailleurs pour cette raison que les enquêtes en population générale n'ont été mises en place que tardivement, la réalisation d'enquêtes auprès de populations spécifiques apparaissant plus adéquate. Mais par l'élargissement du concept de drogues (avec l'inclusion du tabac et de l'alcool) et l'engouement pour le cannabis, leur importance s'est également révélée capitale. Pourtant, malgré la difficulté d'entrer en contact avec les populations d'usagers de drogues, il est probable que par le cumul des enquêtes pour lesquelles une partie des informations collectées porte sur l'usage de drogues, l'ensemble des sous-populations concernées permette de recouvrir l'ensemble de la population française. Sans même avoir besoin d'être exhaustif, cela apparaît assez clairement en citant les quelques enquêtes suivantes :

- enquête « baromètre santé » réalisée par l'INPES[177] qui collecte des informations auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans parlant le français ;
- enquête nationale CAARUD qui cible les personnes entrées en contact avec un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues, réalisée par l'OFDT[178];

[176] Nous qualifions de « standard », les sujets qui par opposition ne sont pas considérés comme sujet « sensible ».
[177] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.
[178] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

- enquête sur l'infection à VIH en milieu pénitentiaire, réalisé par le Service des statistiques, des Études et des Systèmes d'Information (SESI) ;
- enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (Coquelicot), réalisée par l'InVS, où les usagers sont contactés au travers des services soins ;
- enquête auprès des personnes sans domiciles, dont l'INED est le maître d'œuvre ;
- …

À notre connaissance, la frange de la population la moins sujette à faire l'objet d'une collecte d'informations sur son usage de drogues est la population âgée, notamment lorsque les individus vivent dans des habitats collectifs. La difficulté d'avoir une bonne couverture statistique de la population, à l'égard du phénomène qui nous intéresse, n'est donc plus la mise en œuvre de méthodes particulières pour la contacter[179]. C'est en fait de l'indépendance de ces différentes enquêtes que naît le manque de représentativité. En effet, si l'ensemble des sous-populations susceptibles d'être usagères de drogues a fait l'objet d'une enquête, ces différentes enquêtes sont réalisées à différentes périodes. Par ailleurs, en supposant qu'elles aient été réalisées au cours d'une même période de temps, aucune information ne permet de savoir dans quelle mesure les populations parentes[180] de ces enquêtes se recoupent les unes avec les autres. C'est en nous appuyant sur ces constatations qu'il semble que le type de sondage qui doive être effectué est une synthèse de ces enquêtes.

Pour qu'il en soit ainsi il serait préférable de réaliser un sondage à plusieurs degrés, dont le premier distinguerait les strates suivantes :

- les personnes entrant en contact avec un CAARUD ;
- les patients pris en charge dans les CSST ou les CCAA[181] ;
- les personnes incarcérées ;
- les personnes sans domicile ;
- la population générale.

Il est toutefois possible d'appartenir à plusieurs strates, et nous présenterons dans le point suivant le moyen de résoudre ce problème de double compte. Pour l'heure, considérons qu'un individu ne puisse pas appartenir à deux strates différentes. Au sein de chacune de ces strates, le second degré d'échantillonnage varie selon les possibles réalisations d'enquêtes. S'agissant des patients ayant initié une prise en charge dans un CSST et/ou un CCAA, il n'y a en fait pas de second degré d'échantillonnage nécessaire. Le système d'observation RECAP, car il

[179] Pour autant, ces méthodes font encore l'objet d'améliorations du fait de l'expérience acquise.
[180] C'est-à-dire la population dont l'échantillon est représentatif.
[181] Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie.

s'appuie sur un mode d'observation continu et donc exhaustif, peut constituer l'« échantillonnage »[182] de cette strate. En ce qui concerne les personnes sans domicile, l'expérience des enquêtes de l'INED nous laisse à penser qu'une méthode similaire serait appropriée. Parmi elles, l'« enquête auprès des jeunes sans domicile » réalisée en 1998 permettait d'avoir une couverture totale des centres d'hébergement dits « pour sans-domicile » ainsi qu'une couverture partielle d'a*utres logements collectifs* portant d'autres « étiquettes » que le fait d'être sans domicile (centres pour sortants de prison, Services d'Accueil d'Urgence (SAU) et foyers dépendants de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ou de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)[183]), des personnes qui vivent dans des squats, des abris précaires, chez des amis ou dans la rue[184]. Enquêter cette frange de la population est toutefois très coûteux, ne serait-ce qu'en temps, c'est pourquoi il est probable que ne puissent être enquêtées les personnes sans domicile que dans quelques villes. Moins difficile, contacter les personnes en établissements pénitenciers et les personnes entrées en contact avec un CAARUD implique néanmoins le déplacement des enquêteurs sur place. Un sondage par grappes, où chacune d'entre elles s'apparenterait à un CAARUD ou un établissement pénitencier, nous semble le plus approprié. On pourra, dans les établissements les plus « visités », procéder à un troisième degré d'échantillonnage. Enfin, à l'égard de la population générale, un échantillonnage proche de celui que réalise l'INPES pour son enquête par téléphone baromètre santé pourrait, du fait de l'existence des autres strates, être suffisante. L'échantillon est réalisé par tirage aléatoire de ménages puis, au sein de chaque ménage, l'individu ayant la date d'anniversaire la plus proche de l'enquête est interrogé[185]. Deux éléments doivent toutefois être discutés. Le premier concerne l'individu statistique. En effet, enquêter l'ensemble du ménage plutôt que l'un des individus qui le compose pourrait paraître plus qu'intéressant. Disposer à la fois des consommations de drogues des parents et des enfants serait un apport non négligeable pour la connaissance des facteurs intergénérationnels de l'usage de drogues. L'un des éléments de la réussite de ce type d'enquêtes tient cependant au fait qu'elles permettent aux enquêtés de répondre à des questions « sensibles » sans qu'autrui sache de quelles questions il s'agit. En questionnant l'ensemble du ménage, cette précaution ne serait plus respectée. C'est donc par le jeu de questions relatives aux différentes

[182] Il ne s'agit pas à proprement parler d'échantillonnage puisque l'observation est au contraire exhaustive. La sous-population concernée ne représente toutefois qu'une partie de l'ensemble de la sous-population que l'on tente de présenter comme pouvant être enquêtée. C'est pourquoi on utilise ce terme.

[183] qui hébergent des jeunes en rupture familiale, souvent ayant fugué, ou ayant des problèmes de petite délinquance...

[184] Pour plus de détails cf. Marpsat *et al*.. La rue et le Foyer. Paris : Ined, 2000, 416 p.

[185] Nous présenterons plus en détail les modalités de l'enquête et la réalisation de l'échantillon dans la seconde partie de ce travail dans la mesure où les données qui en sont issues seront traitées par nos soins.

parties du ménage, présentées plus après, que nous pourrons tenter de parvenir à combler en partie ce manque d'information. Le second élément enfin, concerne la possibilité, au sein des personnes enquêtées par téléphone, de surreprésenter les sous-populations susceptibles d'avoir déjà consommé des drogues. Pour cela, il serait intéressant d'avoir recours à une méthode semblable à celle utilisée lors de l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels des Français). Réalisée en 1992 cette enquête s'appuyait sur deux questionnaires, un long et l'autre plus court. L'objectif était de poser le questionnaire long aux populations ayant une plus grande probabilité d'avoir des « comportements à risques ». Pour cela, à la fin du questionnaire court, était proposée aux individus une liste de comportements en leur demandant s'ils étaient concernés par au moins l'un d'entre eux, sans avoir à préciser lequel. Parmi eux on trouvait *« rapports avec un partenaire du même sexe ou recours à la prostitution depuis 5 ans, rapports avec plus d'un partenaire depuis 12 mois, consommation de drogue – dure ou douce – depuis 12 mois. À cette liste était ajouté un item "neutre" permettant de constituer un échantillon témoin : le fait d'être né le 4, le 17 ou le 20 d'un mois quelconque »* (Léridon et Bozon [1993]). Lorsque l'enquêté répond positivement à la question, le questionnaire long est alors rempli. L'utilisation d'une même question filtre[186] pour les comportements visant à cibler les usagers de drogues nous semble être une alternative intéressante en vue d'obtenir un échantillon d'usagers de drogues relativement important pour ne pas trop souffrir des variations aléatoires sans que la taille globale de l'échantillon ne soit démesurée.

Les différentes enquêtes déjà menées n'ont pas toutes pour objet principal l'usage de drogues. L'usage de drogues est parfois le caractère qui définit la sous-population, d'autres fois on s'intéresse spécifiquement au phénomène dans une sous-population plus large, d'autres encore ne font référence à l'usage de drogues que de manière anecdotique. Cela explique également que peu de comparaisons puissent être effectuées entre toutes ces enquêtes, qui dans leur ensemble couvrent toute la population. C'est pourquoi il convient d'élaborer un questionnaire qui devrait être « commun »[187] à chacun des sous-échantillons présentés. C'est ce à quoi nous allons à présent nous intéresser.

### *B – Interroger la population sur les usages de drogues*

[186] Le libellé de cette question est présenté dans le point suivant.

[187] S'agissant des questions relatives aux usages. Bien évidemment, il en est autrement pour connaître le recoupement des différents échantillons.

Comme nous l'avions mentionné, une partie de la population est susceptible d'appartenir à plusieurs strates. Or, pour que l'échantillon soit représentatif, il faut que chaque individu ait la même probabilité d'être tiré au sort. C'est pourquoi une partie du questionnaire doit permettre d'identifier les individus qui auraient éventuellement été amenés à subir plusieurs fois la même enquête. Afin de ne pas alourdir le propos, partons du principe que l'enquête que nous proposons soit réalisée au sein de chacune des strates sur une période de trois mois. Les questions nécessaires à la pondération des individus sont les suivantes :

Q1 : Disposiez-vous, au cours des trois derniers mois, du téléphone? [188]

1. □ Fixe et mobile 2. □ Fixe uniquement 3. □ Portable uniquement 4. □ Aucun des deux

Q2 : Avez-vous, au cours des trois derniers mois, été en contact avec l'une de ces structures ?[189]

1. □ CSST 2. □ CCAA 3. □ CAARUD 4. □ Établissement pénitencier
5. □ Logements collectifs pour sans domicile[190], précisez _____

Q3 : Avez-vous été contraint, au cours des trois derniers mois, de dormir dans un lieu précaire ?

1. □ Non 2. □ Oui, précisez :
   2.1. □ Squat 2.2 □ Rue 2.3. □ Autres abris, précisez _____

À présent, explicitons les situations de la question filtre qu'il serait possible de poser aux personnes soumises à l'enquête par téléphone. Notons par ailleurs qu'il conviendrait de présenter dans l'énoncé de la question une note explicative semblable à celle de l'ACSF *« Comme je vous l'ai dit c'est une enquête sur [xxxx] personnes. Il n'est pas utile de faire passer le même questionnaire à tout le monde. Pour savoir quel questionnaire je dois vous poser je vais vous lire une liste de situations et vous me direz juste si une de ces situations vous concerne, sans me précisez laquelle. Je dis bien sans me préciser laquelle : »* (Riandey et Firdion [1993]). Une partie des situations à même de surselectionner les usagers de drogues, parce que la question filtre répond au même principe que la sélection des strates, aura déjà été informée. Dans de tels cas, les individus devraient répondre au questionnaire détaillé. Les situations à présenter pourraient être :

[188] À l'exception des personnes enquêtées par téléphone.
[189] La modalité relative à la structure où l'individu est enquêté n'a pas à être énoncée.
[190] On précisera les types de structures parmi lesquelles la strate des sans domiciles a été contactée.

- Êtes-vous nés le 3, le 13, ou le 27 d'un mois de l'année ?
- Avez-vous eu au cours de votre vie une période sans domicile fixe ?
- Avez-vous au cours de votre vie été incarcérée pour quelle que raison que ce soit ?
- Avez-vous au cours des 12 derniers mois consommé une substance illicite autre que le cannabis ?

À l'issue de l'enquête ACSF, il est apparu que l'échantillon témoin était excédentaire de 30 % comparativement à ce qu'il aurait dû être *a priori*. L'une des explications pourrait être *« longueur excessive de la question filtre avec ses six propositions pour une seule réponse »* (Riandey et Firdion [1993]). Nous préférons par conséquent réduire leur nombre. Jusqu'à présent nous avions insisté sur l'importance de l'énoncé des questions posées. Ce fut notamment le cas lors du traitement des données RECAP. Nous regrettions, entre autres, que les modalités de la sérologie VIH/VHC, par manque de précision ne permettent réellement d'être interprétées. Or les propositions effectuées ici sont par choix relativement peu précises. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne *« une période sans domicile fixe »*. Il aurait en effet été possible de donner une définition plus précise telle qu'« un mois au cours duquel vous avez dormi dans la rue, dans un squat, une structure d'accueil pour sans domicile, ou un logement précaire, chez des amis par exemple ». D'une part, il ne faudrait pas lasser l'enquêté par un énoncé trop long. Celui-ci peut être effrayé d'imaginer la longueur du questionnaire qui suivrait et fournir trop de non-réponses, ou de fausses déclarations. D'autre part, il est à craindre que soit sélectionnée une partie de la population pour laquelle on ne souhaite pas qu'elle soit surreprésentée. Parmi eux, on pourrait notamment imaginer trouver de jeunes étudiants qui profitent de leur réseau social lorsqu'ils changent de logement le temps que leur nouvel appartement se libère. L'utilisation du terme « sans domicile fixe » nous semble paradoxalement mieux cibler la population souhaitée. Notons que l'exclusion du cannabis s'explique par son importante diffusion qui ne nécessite pas particulièrement que ses consommateurs soient surreprésentés.

En ce qui concerne la réalisation du contenu du questionnaire, les questions sont regroupées par grandes thématiques afin que la datation des évènements soit facilitée pour l'enquêté. Nous nous sommes appuyés sur l'ensemble des questionnaires déjà présentés plus avant, ainsi que sur d'autres plus spécifiques aux domaines concernés. La partie sociodémographique étant par exemple largement inspirée du questionnaire de l'étude de l'histoire familiale 1999.

## Caractéristiques sociodémographiques

**1. DATE DE NAISSANCE** : né(e) le _____ _____ _____ **SEXE** : 1. Masculin
jour mois Année 2. Féminin

**2. AVEZ-VOUS EU DES ENFANTS ?**
En comptant tous les enfants que vous avez eu ou adopté, y compris ceux décédés
1. □ Oui → si oui : combien __ __
2. □ Non → allez à la question 4.

**3. PRÉCISEZ LA SITUATION DE CHACUN DE VOS ENFANTS,** en commençant par le plus âgé

| PRÉNOM | SEXE Notez M pour masculin, F pour féminin | DATE DE NAISSANCE (mois et années) | | Si c'est un enfant que vous avez adopté, quand a-t-il commencé à vivre avec vous | | L'enfant est-il né en France métropolitaine notez 1 = oui 2 = non | Si l'enfant n'habite plus avec vous | | S'il est décédé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | mois | année | mois | année | | À quel âge a-t-il cessé de vivre avec vous | Vit-il en France métropolitaine notez 1 = oui 2 = non | Était-il décédé dès la naissance? notez 1 = oui 2 = non | Si non : À quel âge est-il décédé ? Si moins d'1 an, notez 0 |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | |

**4. EN DEHORS DE VOS PROPRES ENFANTS AVEZ-VOUS ÉLEVÉ OU ÉLEVEZ-VOUS ENCORE DES ENFANTS DE VOTRE CONJOINT (marié ou non) OU D'UN EX-CONJOINT ?**
1. □ Oui → si oui : combien __ __
2. □ Non → allez à la question 5.

| PRÉNOM | SEXE Notez M pour masculin, F pour féminin | DATE DE NAISSANCE (mois et années) | | Si c'est un enfant que vous avez adopté, quand a-t-il commencé à vivre avec vous | | L'enfant est-il né en France métropolitaine notez 1 = oui 2 = non | Si l'enfant n'habite plus avec vous | | S'il est décédé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | mois | année | mois | année | | À quel âge a-t-il cessé de vivre avec vous | Vit-il en France métropolitaine notez 1 = oui 2 = non | Était-il décédé dès la naissance? notez 1 = oui 2 = non | Si non : À quel âge est-il décédé ? Si moins d'1an, notez 0 |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |

**5. QUEL EST VOTRE STATUT MATRIMONIAL LÉGAL ?**

1. □ Célibataire
2. □ Marié(e)
3. □ Divorcé(e)
4. □ Veuf/veuve

→ depuis quelle date : __ __ (mois) __ __ __ __ (année)

**6. VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN COUPLE, MARIÉ(E) OU NON**

(même si votre conjoint occupe un autre logement pour des raisons professionnelles) ?

1. □ Oui
2. □ Non, mais vous l'avez fait dans le passé
3. □ Non, vous n'avez jamais vécu en couple → allez à la question 8

**7. LES PRINCIPALES DATES DE LA VIE EN COUPLE**

**Par « vie en couple », nous entendons la vie commune sous le même toit, pendant 6 mois ou davantage, avec ou sans mariage.**

| Période de vie en couple, avec ou sans mariage | Quand cette période de vie en couple a-t-elle commencé environ ? | | Avant de vivre avec vous, votre conjoint(e) avait-il (elle) déjà des enfants ? Notez 1=oui 2=non | Si oui : combien sont venus vivre avec vous ? | Si vous vous êtes marié(e) avec ce(tte) conjoint(e), quelle est la date du mariage | | Si votre union est rompue | | | | Si votre conjoint(e) est décédé(e) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | À quelle date environ votre union s'est-elle terminée ? | | Si vous avez divorcé, quelle est la date du divorce ? | | Quelle est la date du décès ? | |
| | Mois | An. | | | Mois | An. | Mois | An. | Mois | An. | Mois | An. |
| 1. | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | |

**8. QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE CONJOINT(TE) ACTUEL(LE), MARIÉ(E) OU NON OU VOTRE DERNIER CONJOINT, SI VOUS NE VIVEZ PLUS EN COUPLE**

a. Quelle est sa date de naissance (mois, année) ? __ __ (mois) __ __ __ __ (année) sexe : 1.□ M 2.□ F

b. Avant de vivre avec vous, avait-il (elle) déjà été marié(e) ?

1.□ non 2.□ oui → Si oui : était-il (elle) 1. □ Célibataire 2. □ marié(e) 3.□divorcé(e) 4. □veuf(ve)

**9. AVEC COMBIEN DE PERSONNES VIVEZ-VOUS ?** __ __

**10. QUI SONT CES PERSONNES ?**

1. □ conjoint(e) 2. □ enfant(s) 3. □ père 4. □ mère 5. □ beau-père 6. □ belle-mère

7. □ frères/sœurs 8. □ demi-FRÈRES/demi-seours 9. □ Quasi-frères/soeurs

combien __ __ __ __ __ __

10. Autre, précisez_____

**11. PLUS HAUT NIVEAU DE DIPLÔME OBTENU**

1. □ aucun diplôme 2. □ niveau primaire/CEP 3. □ BEPC 4. □ CAP/BEP

5. □ Bac professionnel 6. □ Bac technologique 7. □ Bac général 8. □ Bac+2

9. □ Bac+3 10. □ Bac+5 11. □ Supérieur à Bac +5

12.□ Autre, précisez _____

**12. EN QUELLE ANNÉE AVEZ-VOUS OBTENU CE DIPLÔME ?**

(si aucun diplôme, notez xxxx) __ __ __ __

## EMPLOI/RESSOURCES

**13. CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE**

1. □ Agriculteur exploitant 2. □ Artisan, commerçant et chef d'entreprise
3. □ Cadre et profession intellectuelle supérieure 4. □ Professions intermédiaires
5. □ Employé 6. □ Ouvrier 7.□ Retraité 8. □ Élève/étudiant
9. □ Homme/femme au foyer 10. □ Autre personne sans activité professionnelle

Veuillez indiquer votre profession _____

**14. OCCUPEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN EMPLOI ?**

1. □ Oui . 2. □Non Depuis quelle date __ __ __ __ __ __

(si n'a jamais travaillé, notez xx xxxx et allez à la question ) Mois Année

**15. TYPE D'EMPLOI HABITUEL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**

A. 1. □Temps plein 2. □ Temps partiel régulier 3. □ Temps partiel irrégulier

B. 1. □ C.D.I 2. □ C.D.D 3. □ Contrat d'intérim 4. □ À son compte/freelance

**16. COMBIEN D'ARGENT AVEZ-VOUS REÇU DES SOURCES SUIVANTES LE MOIS DERNIER?**

| | Vous | Votre conjoint(e) | Autres personnes |
|---|---|---|---|
| Emploi | | | |
| Chômage | | | |
| Aides sociales | | | |
| Pension | | | |
| Illégal | | | |

**17. AVEZ-VOUS DÉJÀ OCCUPÉ UN EMPLOI AU COURS DE VOTRE VIE ?**

1. □ Oui 2. □ Non Si oui, date du premier emploi __ __ __ __ __ __
Mois Année

**18. QUELLE EST LA DURÉE DE VOTRE PLUS LONGUE PÉRIODE DE CHÔMAGE ?**

__ __ an(s) et __ __ mois (si vous n'avez jamais été au chômage notez 00)

Date de début de cette période de chômage __ __ __ __ __ __ (Mois ; Année)

**19. QUELLE EST VOTRE PLUS LONGUE PÉRIODE DE TRAVAIL À TEMPS PLEIN ?**

__ __ an(s) et __ __ mois (si vous n'avez jamais travaillé à temps plein notez 00)

Date de début de cette période de travail __ __ __ __ __ __ (Mois ; Année)

**20. AVEZ-VOUS DÉJÀ RENCONTRÉ LES DIFFICULTÉS SUIVANTES AU TRAVAIL/À L'ÉCOLE ?**

1. □ démotivation 2. □ problèmes de concentrations 3. □ mauvaises appréciations
4. □ suspensions 5. □ absentéisme 6. □ mésententes avec vos collègues\camarades
7. □ Autres, précisez _____
8. □ Aucune difficulté (si aucune difficulté rencontrée allez à la question suivante)

Date des premières difficultés rencontrées : __ __ __ __ __ __ (Mois ; Année)

Date des dernières difficultés rencontrées : __ __ __ __ __ __ (Mois ; Année)

## DROGUES/ALCOOL/TABAC

**21. QUELQUES INFORMATIONS SUR VOS USAGES DE SUBSTANCES**

| Substances | Consommation Actuelle Notez, 1 – Oui 2 – Non | Déjà consommé ? Notez, 1. une fois 2. occasionnellement 3. régulièrement 4. Tous les jours 5. Jamais | Année 1ère consommation | Année consommation régulière | Arrêt(s) d'au moins un mois | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Nombres | 1ère tentative | | Dernière tentative | |
| | | | | | | durée | Année, du début de l'arrêt | durée | Année, du début de l'arrêt |
| 1. Tabac | | | | | | | | | |
| 2. Alcool | | | | | | | | | |
| 3. Cannabis | | | | | | | | | |
| 4. Ecstasy | | | | | | | | | |
| 5. Cocaïne | | | | | | | | | |
| 6. Amphêt | | | | | | | | | |
| 7. LSD | | | | | | | | | |
| 8. Héroïne | | | | | | | | | |
| 9. Solvants | | | | | | | | | |
| 10. Autres | | | | | | | | | |

**22. AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSOMMÉ LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES SUIVANTS ?**

1. □ Barbituriques 3. □Anxiolytiques 4. □ Antipsychotiques 5. □Benzodiazépines

6. □ Autres hypnotiques et tranquillisants, précisez_____

Était-ce toujours sur prescriptions médicales ? 1. □oui 2. □ non

Année de 1ère prescription : __ __ __ __ Année de dernière prescription __ __ __ __

Année de1ère consommation hors prescription __ __ __ __

Année de dernière consommation hors prescription __ __ __ __

**23. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ LA VOIE INTRAVEINEUSE (QUELLE QUE SOIT LA DROGUE) ?**

1. □ oui 2. □ non (utilisez les codes de la question 22)

si oui : quelle(s) drogue(s) injectez-vous habituellement ? __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

année de la 1ère injection : __ __ __ __, de la dernière injection __ __ __ __

Avez-vous déjà partagé votre seringue ? 1. □ oui 2. □ non

si oui, année du 1er partage : __ __ __ __, du dernier partage __ __ __ __

Plus généralement, avez-vous déjà partagé votre matériel de préparation à l'injection ?

si oui, année du 1er partage : __ __ __ __, du dernier partage __ __ __ __

**24. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ LE *SNIFF* OU VOIE NASALE (QUELLE QUE SOIT LA DROGUE) ?**

1. □oui 2. □ non (utilisez les codes de la question 22)

si oui : quelle(s) drogue(s) *sniffez* vous habituellement ? __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

année du 1ère *sniff* : __ __ __ __, du dernière *sniff* __ __ __ __

Avez-vous déjà partagé votre paille ? 1. □ oui 2. □ non

si oui, année du 1er partage: __ __ __ __, du dernier partage __ __ __ __

**25. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU L'IMPRESSION QU'IL VOUS FAILLE PLUS DE PRODUITS POUR AVOIR LES MÊMES EFFETS ?** 1. □ oui 2. □ non si non, allez à la question suivante

si oui remplir le tableau suivant

| Quelle(s) substance(s) ? | Année où ressenti pour la 1ère fois | Est-ce continu depuis ? Notez 1=oui 2=non | Sinon année de la dernière fois | Est-ce continu depuis ? Notez 1=oui 2=non |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**26. AVEZ-VOUS DÉJÀ RESSENTI UNE SENSATION DE MANQUE À L'ÉGARD D'UNE SUBSTANCE ?**

1. □ oui 2. □ non si non, allez à la question suivante, si oui, remplir le tableau suivant

| Quelle(s) substance(s) ? | Parleriez-vous d'un manque physique ou psychologique ? | Année où ressenti pour la 1ère fois | Année de la dernière fois | Combien de fois avez-vous ressenti cette sensation ? |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**27. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ PRIS EN CHARGE EN RAISON DE VOS CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES ?**

1. □ oui 2. □ non sinon, allez à la question suivante, si oui remplir le tableau suivant

| Pour quel(s) produit(s) ? | Année de la première prise en charge | Dans quelle structure ? notez 1. CSST, 2.CCAA, 3. Centre hospitalier, 4. Autre, précisez | Durée (en mois), si encore en cours notez « act » | Année de la dernière prise en charge | Dans quelle structure ? notez 1. CSST, 2.CCAA, 3. Centre hospitalier, 4. Autre, précisez | Durée (en mois), si encore en cours notez « act » |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**28. AVEZ-VOUS DÉJÀ INITIÉ UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS ?**

1. □ oui 2. □ non si non, allez à la question suivante ; si oui

Combien ? __ __ si un seul ne remplissez que la première ligne du tableau

| Rang du traitement | Année de début | Année de fin | Produit de substitution Notez 1.méthadone 2. Subutex | Est-il encore en cours ? Notez 1=oui, 2=non | Posologie moyenne en mg/jour |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**29. VOS PARENTS ONT-ILS CONNAISSANCE DE VOS CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES ?**

1. □ oui 2. □ non

**30. AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DE VOS PARENTS ?**

1. □ oui 2. □ non, si oui utilisez la codification de la question 22 pour préciser :

*Pour votre père :*

les substances qu'il a déjà consommées : __ __; __ __ ;__ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

les substances qu'il consomme actuellement : __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

*Pour votre mère :*

les substances qu'elle a déjà consommées : __ __; __ __ ;__ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

les substances qu'elle consomme actuellement : __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

**31. AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DE VOS ENFANTS ?**

1. □ oui 2. □ non, *si vous n'avez pas d'enfants passez à la question suivante*

si oui utilisez la codification de la question 22 pour préciser pour le plus âgé:

les substances qu'il a déjà consommées : __ __; __ __ ;__ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

les substances qu'il consomme actuellement : __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __ ; __ __

## ÉTAT MÉDICAL

**32. COMBIEN DE FOIS DANS VOTRE VIE AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ DANS VOTRE VIE ?**

__ __ fois. Si zéro, allez à la question suivante

Année de la 1ère hospitalisation __ __ __ __ ; Année de la dernière __ __ __ __

**33. SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU DE LONGUE DURÉE ?**

1. □ oui 2. □ non. si non, allez à la question suivante.

Lesquelles : 1. _____ ; année du diagnostic __ __ __ __

2. _____ ; année du diagnostic __ __ __ __

3. _____ ; année du diagnostic __ __ __ __

**34. Sérologies virales :**

| | Avez-vous déjà effectué un test de dépistage ? Notez 1 =oui, 2=non | Année du 1er test | Année du dernier test | Si test déjà effectué sérologie ? Notez « positive » ou « négative » | Si VIH positif | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Déjà entré dans le SIDA ? notez 1=oui, 2 =non | Année de 1ère entrée |
| VIH | | | | | | |
| VHC | | | | | | |

Nous nous limiterons ici à ces quelques questions qui permettent d'illustrer les quelques arbitrages qu'il nous semble nécessaire de réaliser. De nombreuses autres questions pourraient, et devraient, être ajoutées à un tel questionnaire. Nous nous sommes limités ici à quatre domaines. Il conviendrait bien évidemment d'y ajouter les autres domaines de l'ASI, sans pour autant utiliser des questions identiques. Nous allons à présent tenter de synthétiser les quelques principes sur lesquels nous nous sommes appuyés pour la réalisation de cette ébauche de questionnaire.

### *C – Les choix opérés, pour quels indicateurs ?*

S'agissant tout d'abord des questions qui portent sur les consommations de substances, nous avons fait le choix de nous limiter à quelques évènements du parcours d'usage. Dans l'objectif de prendre des mesures longitudinales de l'usage de drogues, l'utilisation de questions telles qu'*« avez-vous consommé au cours du dernier mois »* ou *« de l'année passée »* n'ont que peu d'intérêt. Bien évidemment, elles permettent d'avoir connaissance des pratiques ayant cours à un moment donné et ne sont pas en cela remises en question. Néanmoins, elles ne peuvent être les caractéristiques d'entrée ou de sortie des individus au sein des sous-populations, puisqu'elles ne peuvent pas être de nouveau identifiées lors d'enquêtes ultérieures. En effet, dans une situation où les enquêtes rétrospectives auraient lieu tous les cinq ans, il est fort probable que les individus ne soient pas à même de se rappeler s'ils ont consommé la semaine qui précédait l'enquête réalisée cinq années auparavant. *A priori*, seuls les usagers réguliers, voire quotidiens, pourraient être en mesure de s'en souvenir puisqu'alors c'est l'abstinence, plus rare, qui fait l'objet d'un évènement dont pourraient éventuellement se remémorer les usagers. C'est pourquoi il est préférable de se restreindre à quelques sous-populations pouvant être identifiées à plusieurs instants. C'est pourquoi doivent alors être connues les dates de première consommation de chacun des produits. Quant à la sortie de l'usage, elle ne peut s'identifier que par la délimitation d'une durée au cours de laquelle il y a eu abstinence pour que soit qualifié l'évènement en tant qu'arrêt ou tentative d'arrêt. Le choix dans notre présentation de questionnaire est, il est vrai discutable, et devrait certainement être modulé selon le mode d'observation choisi. Relativement bien adapté pour une observation suivie à passages répétés annuels ou semi-annuels, il serait peut-être préférable de retenir une durée d'un an pour des enquêtes rétrospectives. Les questions suivantes sont ici présentées, car elles seraient un complément d'information sur le mésusage

de médicaments psychotropes, la mesure d'une éventuelle contamination différentielle au VHC selon qu'il existe ou non un partage de seringue, ou encore l'influence du partage du matériel de préparation à l'injection indépendamment du fait qu'il y ait ou non partage de seringues. S'informer ensuite de la connaissance des usages de drogues des enfants ou des parents peut être une alternative à la difficile réalisation d'enquêtes au sein d'un même ménage.

Ensuite, notons qu'il a été décidé de ne pas mettre en relation dans le questionnaire les questions qui pourraient permettre d'identifier un usage problématique de drogues ou d'une dépendance, à l'exception de celles relatives aux sensations de manque ou d'accoutumance. En effet, il nous apparaît préférable de délier ces différents éléments, car prendre la part d'individu qui déclare avoir *« déjà eu des difficultés au travail ou à l'école en raison de ses consommations de drogues »* ne peut être qu'une mesure mêlée de la survenue de ces problèmes et de l'identification, par les individus, de la drogue comme en étant la cause. Ainsi, on trouve par exemple la question 20 dans le domaine qui la concerne sans qu'elle soit mise en relation avec les éventuels usages de drogues. Il pourrait en être de même s'agissant de la collecte d'informations relatives à des difficultés avec son partenaire, ses amis ou sa famille dans le champ des « relations sociales et familiales ». Comme pour l'ensemble des questions présentées ici, il conviendrait alors de dater au minimum la première et la dernière survenue de tels problèmes. Ainsi, on serait en mesure de calculer la probabilité d'avoir été démotivé au travail selon la durée et le type de l'usage. Une même mesure pourrait être effectuée au sein des abstinents. Des indices similaires pourraient être produits s'agissant de l'ensemble des items qui permettent de définir les différents types d'usages. Par ailleurs, par leurs confrontations, il serait possible de définir la date d'entrée dans chacun des usages.

Par ailleurs, l'influence du cadre social ne peut être estimée qu'en ayant recours aux nombreuses caractéristiques sociodémographiques distinguées ici. L'exemple le plus parlant est certainement celui des enfants qu'a eu un individu. Bien que ces questions puissent apparaître comme particulièrement nombreuses, ce n'est qu'à ce prix que l'on pourra espérer connaître l'impact d'une grossesse sur les consommations de substances, et non en se limitant aux seuls enfants qui vivent encore avec l'enquêté. Nous aurons également l'occasion de présenter par la suite en quoi les questions relatives au statut matrimonial et la datation des évènements s'avèreraient intéressantes.

Enfin, en vue de disposer de quelques informations sur les éventuelles relations qu'il existerait entre migration et usage de drogues, il conviendrait d'ajouter, au questionnaire présenté, des informations sur le lieu de résidence actuel, notamment le département ainsi que

sur les résidences antérieures entre deux enquêtes, afin de pouvoir connaître les migrations qu'ont connues les individus. Si les émigrations au niveau national ne peuvent être ainsi identifiées, il sera toutefois possible d'avoir connaissance des immigrations.

Reste alors à présent à statuer sur la question du mode d'observation dont nous avons, jusqu'à présent, plus présenté les problèmes qu'une éventuelle solution ou bien même un simple parti-pris. Le questionnaire répond ici à la possibilité de le réaliser autant dans une enquête à passages répétés que lors d'une enquête rétrospective. La nature rétrospective limite quelque peu la finesse des mesures qui peuvent être effectuées. On pourra par exemple difficilement prendre une mesure de la saisonnalité des usages, contrairement à ce qui pourrait être effectué lors d'une observation suivie, la période sur laquelle on rapporte les évènements étant plus réduite lors de cette dernière. Si nous ne nous prononçons alors pas plus en faveur d'une observation suivie, malgré cette possibilité, c'est que de la réalisation simultanée d'enquêtes rétrospectives et suivies pourrait s'obtenir des indicateurs corrigés des biais que chacun des modes d'observation induit.

## ***Section 3* - *D'une possible observation longitudinale non biaisée***

À de nombreuses occasions, il est possible de préférer l'un ou l'autre des modes d'observation selon l'importance que représente chacun des biais qui leur sont relatifs. Lors de l'étude de phénomènes n'entraînant pas de sorties différentielles (notamment en ce qui concerne la mortalité) on préfèrera, par sa simplicité de réalisation, l'observation rétrospective. Dans le cas contraire, l'observation suivie s'y substituera aisément dès lors que la norme et la représentation de celle-ci n'ont que peu d'influence. Observer l'usage de drogues se confronte alors à la difficulté qu'il soit à la fois marqué symboliquement, et donc sensible à la norme, et qu'il induise également un surplus possible de mortalité. Vouloir l'observer avec rigueur nécessite alors que l'on ait recours à des procédés innovants. À ce titre, nous tentons d'y participer en présentant l'intérêt que représenterait l'utilisation concomitante d'une observation rétrospective et suivie.

### §1 – Les fondements d'une confrontation des modes d'observation

## I – Modalités de la mise en place d'une enquête à observation duale

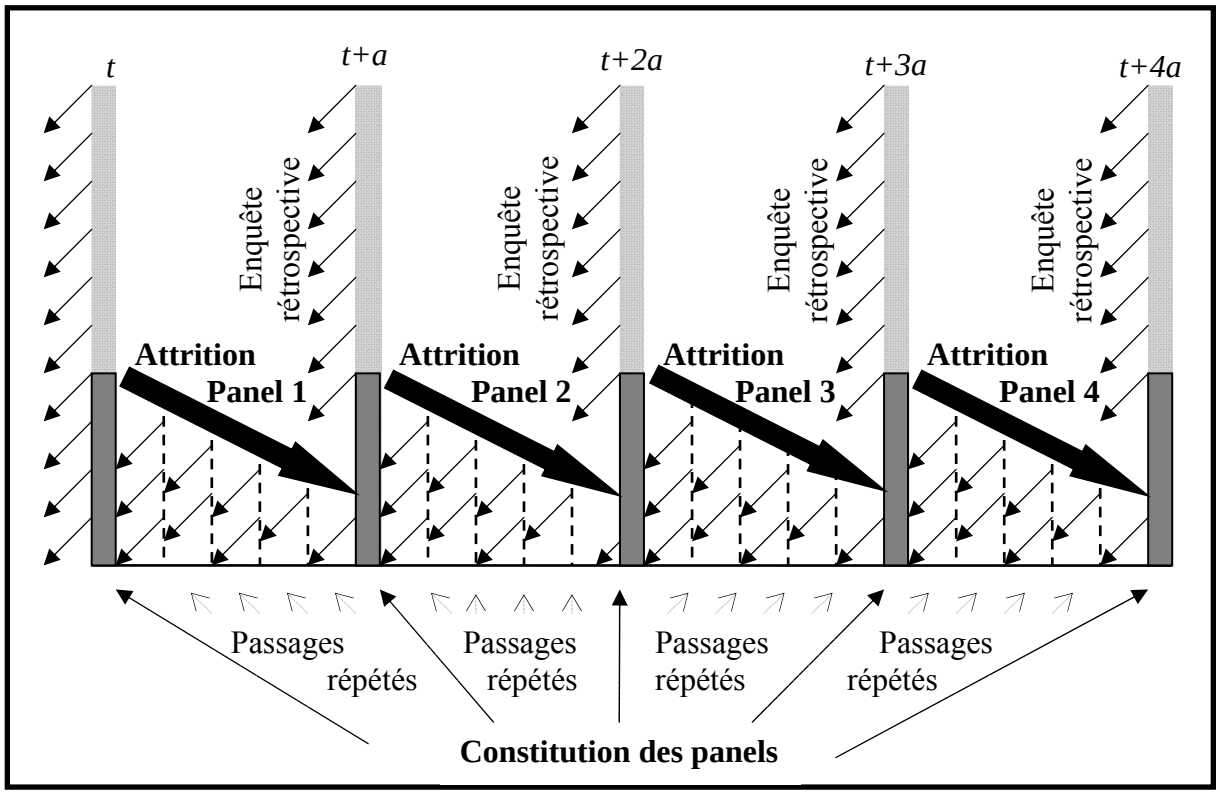
Les observations continues, sont plus difficiles et coûteuses à mettre en place que des enquêtes rétrospectives[190]. Il est alors parfois rappelé qu'une enquête rétrospective permet de reconstruire du longitudinal et présente l'avantage d'être directement exploitable contrairement aux suivis longitudinaux beaucoup plus longs (Beck [2006]). Nous avons toutefois déjà rapidement présenté en quoi cela ne s'avère pertinent qu'à condition qu'il n'y ait pas de corrélation entre phénomènes perturbateurs et phénomène étudié. Cela ne s'avère malheureusement pas être le cas en ce qui concerne l'usage de drogues et la mortalité. C'est donc bien pour cette première raison que s'explique la mise en place d'un suivi longitudinal, et non en raison d'une « apparence de la qualité ». Le temps que nécessite la réalisation de tels suivis est par ailleurs largement critiqué en raison du fait que devant l'urgence sanitaire il est parfois plus utile d'agir que de comprendre. À ce titre, Peretti-Watel et Leconte rappellent qu'un médecin écossais, James Lind, guérit en 1747 les marins scorbutiques de la Royal Navy sans encore savoir que c'est la vitamine C contenue dans les oranges et les citrons qu'il leur prodigue qui éradique la maladie (Peretti-Watel et Leconte [2005]). Prévoir pour agir, sans à la limite tout comprendre, a toutefois également montré ses limites. Avant que soit compris le mécanisme de la contamination par le VIH, et même que le virus ait été identifié, plusieurs études ont montré du doigt la consommation de poppers comme explicative de l'acquisition d'une immunodéficience (Vandendroucke et Pardoel [1989]). L'étude des variations de l'incidence du mal en fonction des facteurs modifiables - ici l'utilisation ou non de poppers – a, dans cette circonstance, été expliquée par un simple effet de structure. La population homosexuelle, plus utilisatrice de poppers en raison de leurs propriétés vasodilatatrices, est également une population à risque en raison d'autres vecteurs de contamination, ce qui biaise alors l'analyse. *A posteriori,* il apparaît évident qu'interdire les poppers n'aurait eu que peu d'influence sur l'épidémie de SIDA. Dans une même logique, peut-on considérer que *« l'augmentation du prix du tabac [soit] une mesure d'utilité publique »* ? (Hill [2003]). En effet, l'augmentation du prix du tabac, si elle fait baisser le nombre d'usagers, va par conséquent réduire la mortalité due au tabac dans l'ensemble de la population. Mais quel en est l'intérêt si les fumeurs substituent leurs consommations par d'autres, plus nocives ? C'est pour comprendre les causes et les restreindre, plutôt que de se limiter à en réduire les usages, que le temps de réalisation d'observation du longitudinal apparaît comme un plus faible prix à

[190] L'avantage est qu'elles peuvent, lorsqu'il s'agit d'une observation continue, être exhaustives.

payer. Par ailleurs, la mise en place d'un mode d'observation suivi n'implique pas nécessairement la remise en question d'enquête à un instant donné qui permette d'avoir des premières connaissances utiles pour l'action.

C'est au contraire en complétant les enquêtes qui sont déjà actuellement réalisées que l'on peut parvenir au système d'observation duale souhaitable. Nous ne reviendrons pas sur le fait qu'il faille élargir le plan de sondage à une population plus large que celle pouvant être interrogée au téléphone. Une partie du mode d'observation duale consiste à renouveler ce type d'enquêtes rétrospectives à intervalle régulier. C'est d'ailleurs ce qui a déjà été initié par l'INPES avec le baromètre santé renouvelé tous les cinq ans depuis 1995 (le baromètre précédent datant de 1992). En parallèle, un mode d'observation suivi doit être initié au même moment que l'une de ces enquêtes rétrospectives. Le renouvellement de l'enquête auprès du panel peut alors être renouvelé tous les ans ou tous les six mois[191]. Afin de ne pas trop souffrir du phénomène d'attrition, le panel d'individus suivis pourrait être recomposé lors de la réalisation de chacune des enquêtes rétrospectives. La figure nº3 permet de synthétiser les modalités de réalisation du double mode d'observation.

**Figure nº 3 : Mise en place du mode d'observation dual**




[191] Le renouvellement tous les 6 mois permettrait que l'application de la méthodologie présente plus après soit plus évidente.

La réalisation d'un tel système d'observation demande toutefois de nombreux moyens logistiques et financiers. C'est donc très certainement par la réalisation d'un partenariat entre plusieurs instituts qu'une telle entreprise sera possible. L'INPES et l'OFDT en raison de leurs expériences des enquêtes sur la thématique des drogues seraient bien évidemment naturellement destinés à être ceux qui entreprennent un tel chantier. L'INED, par son expérience des enquêtes auprès des populations sans domicile, semble être une ressource également plus qu'utile. L'IRDES[192] a quant à lui déjà mis en place des observations suivies portant notamment sur les consommations d'alcool et de tabac, et pourrait être en charge de la mise en place de la « composante suivi » du système d'observation dual. L'institut national de la santé et de la recherche médical, du fait qu'il s'agisse d'un objet d'étude lié à ses affiliations, pourrait cependant constituer un atout majeur dans l'application de ce système dont nous indiquerons qu'il permet d'obtenir des mesures non biaisées des comportements d'usage.

L'observation suivie des usages de drogues pose toutefois quelques questions éthiques. Le chercheur sera en effet tenté de mettre en place le dispositif qui influence le moins les comportements des individus, l'objectif étant d'avoir la représentation la plus fidèle possible de l'ensemble de la population qu'il étudie. Ici, le but serait donc de faire en sorte que les individus aient le même usage de drogues que s'ils n'étaient pas observés. La question est alors de savoir s'il est acceptable de prendre connaissance de comportements étant parfois partiellement nocifs, sans même tenter d'y remédier. À titre d'exemple doit-on, face à un individu qui présenterait sa détresse à l'égard de la dépendance à laquelle il est sujet, collecter cette information sans lui donner (ou redonner) connaissance des structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge des toxicomanies ? De même, ne devrait-on pas informer de l'existence des traitements de substitution aux opiacés à un injecteur d'héroïne qui souhaiterait « décrocher » ? Nombreuses sont les situations où l'objet d'étude rend difficilement acceptable le positionnement largement répandu en France de la collecte sans contrepartie. La contrepartie serait toutefois ici une information de l'existence d'une assistance possible, ou bien même de livret d'information sur la question des drogues, et non une contrepartie financière dont l'impact sur la qualité des déclarations est plus discutable. L'utilisation d'une observation duale répond alors assez simplement à cette problématique. Elle s'appuie, comme il va l'être expliqué à présent, sur le fait qu'elle utilise la mortalité liée aux usages, mesurée indépendamment des parts d'usagers dans la population. Aucune

[192] Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

explication méthodologique ne justifierait alors que ne soient pas, lors du suivi, dispensées par la même occasion quelques informations sur les structures et associations en charge de la prévention ou sur les structures de soins. Nous serions même tentés de croire, mais l'application d'un tel mode d'observation dual serait nécessaire pour en être assuré, que ces informations seraient favorables aux mesures effectuées.

## II – Concept théorique

Les individus observés lors d'un suivi de cohorte sont susceptibles de modifier leurs comportements :

- soit parce que, sachant qu'ils devront ultérieurement faire état de leurs consommations, les individus les considèrent avec plus d'importance et agissent plus sur elles que lors de consommations n'impliquant pas de « mise au pont » ;
- soit, parce que le renouvellement de l'enquête fait qu'il s'établit une relation entre enquêteur et enquêté, plaçant l'enquêteur dans une position de représentant normatif, vis-à-vis duquel ils « orientent » leurs comportements d'usage pour correspondre à ce que les enquêtés considèrent comme semblable à ce que se représenterait l'enquêteur de la « normalité », ou du moins de ce que devrait être ces usages.

Dans cette dernière situation, notons toutefois que le regard de l'enquêteur peut autant entraîner des modifications de l'usage que l'accentuation d'un éventuel différentiel entre consommations déclarées et consommations effectives. Lorsque le suivi influence le comportement des individus sans modifier la qualité des déclarations, cela ne modifie pas la relation entre mortalité et usage de drogues. S'il n'en est rien non plus sur la relation effective entre mortalité et usage de drogues lorsque la qualité des déclarations est liée à la relation enquêteur/enquêté, cela s'avère ne pas être le cas sur la relation qu'il est possible d'observer. En effet, dans les situations où la qualité des déclarations n'est pas différente de ce qu'elle serait par exemple dans le cadre d'une observation rétrospective, il est possible de prendre la mesure des différentes modalités de sortie de l'observation dès lors que celles-ci sont renseignées. On pourra notamment savoir quelle est la probabilité de décéder des usagers de drogues[193] en l'absence de sortie de la sous-population des usagers, ainsi que celles des

[193] En pratique, on distinguera selon la ou les substances consommées.

abstinents en l'absence d'expérimentation[194]. Lorsque la déclaration des usages est altérée, la mortalité mesurée n'est alors plus relative aux usages, mais aux déclarations effectuées. La différence de mortalité sera alors d'autant plus faible que les déclarations sont éloignées de la réalité. Dans une situation extrême où tous les consommateurs se déclareraient abstinents et où les abstinents se déclareraient consommateurs, la relation mortalité/usage de drogues pourrait être faussement inversée. Il est toutefois peu probable qu'une telle situation apparaisse. D'une part, cela signifierait qu'étonnamment la personnification par l'enquêteur de la norme sociale agirait différemment selon que les individus soient ou non usagers. Or, bien que les représentations que se font les individus de la norme soient variables et puissent être distinctes selon qu'ils soient ou non usagers, elles tendent à converger vers ce qui s'assimilerait à l'imaginaire collectif. Les plus consommateurs tendraient alors à déclarer une consommation moindre qu'elle ne l'est réellement, alors que les moins consommateurs auraient tendance à déclarer des usages qu'ils n'ont pas eus. Ceci se traduirait par la disparition de toute distinction entre usagers et non-usagers, puisque poussée à son paroxysme cette « adéquation » à l'imaginaire collectif impliquerait un seul type d'usage pour une diversité de mortalité effective (et ne pouvant être faussement déclarée). D'autre part, au sein de différentes enquêtes rétrospectives a été intégrée dans la liste des substances proposées une drogue leurre (*dummy drug*). En France c'est le « mop » qui fit figure de leurre ; sa déclaration n'était que très faible (Beck et Peretti-Watel [2000]). Par conséquent, c'est donc bien à une réduction du différentiel de mortalité entre usagers de drogues et non-usagers à laquelle il faudrait s'attendre lorsque le suivi modifie plus les déclarations que les usages.

Dans les situations où ce sont bien les comportements qui sont modifiés, et non les déclarations, la mortalité induite par chacun des types de consommation de drogues ne se distingue pas selon qu'elle résulte ou non de comportements d'usage modifiés par l'observation. Cela signifie donc que la répartition des individus pour chaque type de consommations diffère dans une population non observée, mais qu'à chaque type de consommations reste associée la mortalité induite par ces usages. En d'autres termes, si l'observation réduit les usages les plus nocifs, la mortalité qui en découle sera également réduite au niveau global. Pour autant, au niveau individuel, la mortalité reste « identique »[195] à chacun des types d'usages possibles.

[194] D'autres indicateurs pourront être réalisés selon le degré de distinction des différents types d'usage considérés.

[195] En considérant simplement qu'il existe un niveau de mortalité pour chacun des types d'usage.

S'agissant de l'observation rétrospective, et sous couvert d'un faible biais de mémoire, puisque les individus sont sélectionnés (seuls les survivants présents sur le territoire peuvent répondre à l'enquête), le principal biais est celui qu'induit une sortie différentielle selon le type d'usage. L'information relative au lien qu'il existerait entre migration et usage de drogues étant quasi inexistante, nous considèrerons que la sortie différentielle résulte principalement de la mortalité différentielle[196]. Dans la situation où les usagers de drogues seraient plus soumis au risque de décéder, leur part dans la population « s'effrite » alors plus rapidement que celle des non-usagers. En rapportant les nouveaux usagers survivants à ceux ayant été susceptibles de le devenir, soit les non-usagers et les nouveaux usagers, la proportion de nouveaux usagers est alors plus faible qu'elle ne le serait réellement ; c'est-à-dire si on pouvait rapporter les données observées aux personnes susceptibles de connaître l'évènement en début de période, déflatée de la moitié de celles décédées parmi elles. Ces enquêtes rétrospectives permettent toutefois de connaître la répartition des individus selon le type d'usage qu'ils ont des drogues, ainsi que la période au cours de laquelle les individus ont acquis ce type d'usage. On est donc en mesure de savoir parmi les usagers de drogues la part de ceux qui ne l'étaient pas auparavant, et plus précisément à la période depuis laquelle on souhaiterait connaître la probabilité qu'ils avaient de devenir usager.

Ainsi, si chacune des méthodes d'observations présente isolément des éléments générateurs de biais, elles disposent également chacune d'une partie des éléments nécessaires à la reconstruction des évènements que l'on constaterait s'il n'y avait pas de modification des comportements liée à l'observation. Cela permet ainsi de réaliser des indices non biaisés par la mortalité différentielle. Bénéfice indirect d'une telle réalisation, il est par la même occasion possible de prendre la mesure de l'influence d'une observation suivie sur la modification des comportements.

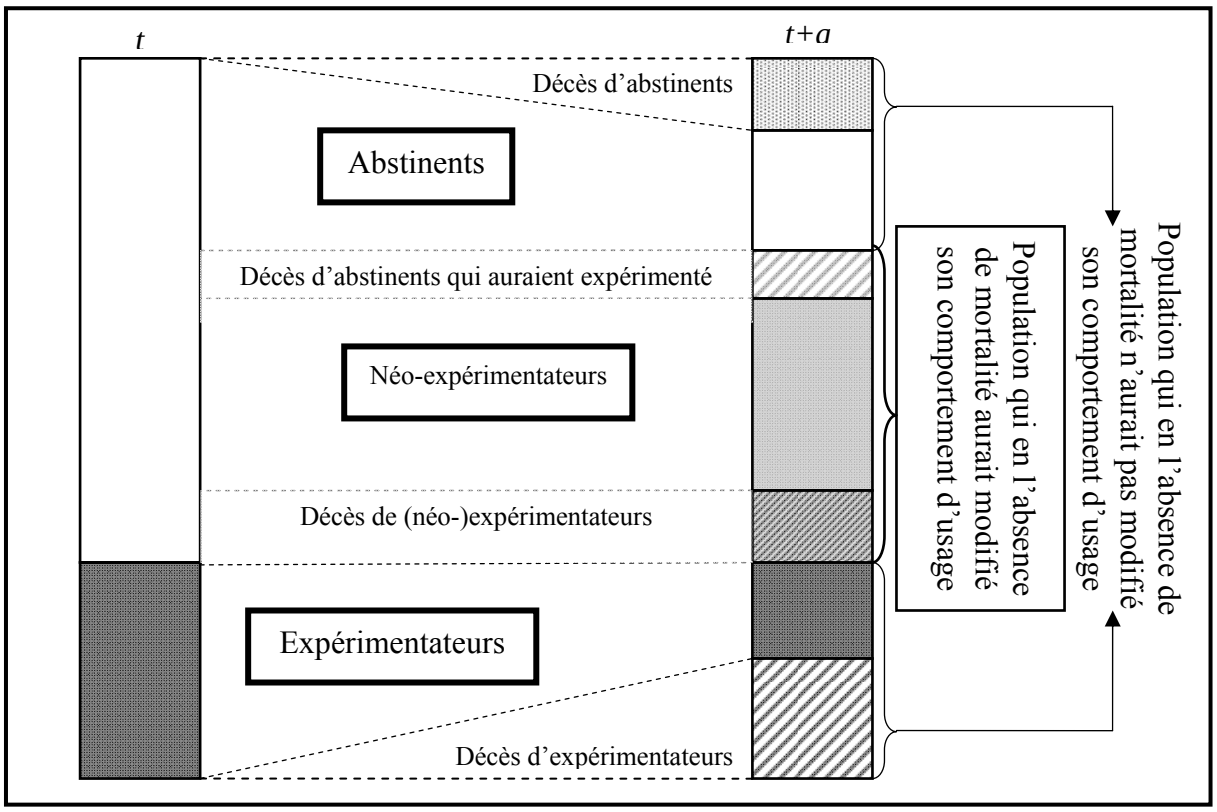
Considérons ici qu'il n'existe qu'un type d'usage de drogues que l'on assimilera à l'expérimentation[197]. Par conséquent, devenir usager de drogues signifie être expérimentateur de drogues et ne peut entraîner le retour à l'abstinence. Lors de l'observation d'une population, celle-ci est alors subdivisée en deux sous-populations distinctes, les abstinents et les expérimentateurs. Toutefois, si on connait l'âge (ou l'année) de l'expérimentation on est en mesure, au sein des expérimentateurs, de différencier ceux qui le sont devenus au cours de

[196] *A priori*, les *travellers* auxquels il a été fait référence au cours du premier chapitre, pour lesquels l'usage de drogues est plus fréquent que l'ensemble de la population sont également, comme leur désignation l'indique, plus mobiles. Par ailleurs, un autre vecteur de migration lié à l'usage de drogues est celui du trafic de drogue. Impossible pour l'heure toutefois de savoir dans quelle mesure ces éléments se traduisent au niveau global. On considère ici arbitrairement qu'ils se compensent.

[197] Le système sera complexifié lors de la présentation méthodologique.

la période que l'on souhaite étudier de ceux qui l'étaient déjà auparavant. On appellera les individus devenus expérimentateurs au cours de la période observée les néo-expérimentateurs. Lors de l'initiation d'une observation suivie de durée *a*, on connaît alors la part d'expérimentateurs et d'abstinents à l'instant *t*, c'est-à-dire au début de la période. Celles-ci ne sont *a priori* pas modifiées par l'observation. Lors d'une enquête rétrospective en fin de suivi, donc en *t+a*, on dispose de la part des individus (n'ayant pas modifié leurs comportements d'usage en raison de l'observation) étant toujours abstinents, de celle de néo-expérimentateurs et de la part de ceux restés expérimentateurs (figure n°4).

**Figure n°4 : transition entre sous-populations au cours d'une période**




S'agissant des sous-populations qui, si elles n'étaient pas soumises au risque de décéder, n'auraient pas changé leurs comportements d'usage entre *t* et *t+a*, il suffit de leur appliquer l'inverse de leur probabilité de survie, selon le type d'usage qu'elles ont au cours de la période, pour connaître leur effectif en *t*. Par différence avec les individus encore survivants, on en déduit le nombre de décès que l'on observerait au cours de la période s'il n'y avait pas de modification des comportements liée au suivi. Ces décès ne constituent toutefois pas l'ensemble des décès d'abstinents et d'expérimentateurs. En effet, parmi ceux

qui en l'absence de mortalité deviendraient expérimentateurs au cours de la période, une part décèdera en présentant le caractère abstinent, une autre le caractère expérimentateur. On considère alors que la moitié est susceptible de connaître l'évènement décès avant l'évènement expérimentation, et que l'autre moitié est susceptible de connaître les évènements dans l'ordre inverse. Dans l'absolu ces individus ont des comportements identiques et ont donc une même mortalité intrinsèque. Toutefois, si le décès à lieu avant l'expérimentation, les décès sont comptabilisés comme des décès d'abstinents, alors que dans le cas contraire ce sont des décès d'expérimentateurs qui sont enregistrés. Par conséquent, la mesure de mortalité des abstinents tient nécessairement compte de la mortalité intrinsèque de ceux qui expérimenteraient en l'absence de mortalité, au même titre que la mesure de la mortalité des expérimentateurs. La part qu'elle représente dans la mesure de mortalité de chacune des sous-populations dépend cependant du différentiel de mortalité entre celles-ci. S'il n'existe pas de mortalité différentielle, une même mortalité s'applique à chaque moitié de la population susceptible de devenir néo-expérimentatrice. Si la mortalité est distincte, on applique la mortalité de l'une ou l'autre des sous-populations selon que les individus connaissent l'un ou l'autre des deux évènements en premier, et par conséquent que leur décès soient comptabilisés comme ceux d'abstinents ou d'expérimentateurs. Disposant alors de l'ensemble des décès d'abstinents et des expérimentations ayant eu cours lors de la période observée, on est en mesure de calculer les quotients d'expérimentations.

Ces derniers quotients étant ceux que l'on observerait en l'absence de modification des comportements du fait de l'observation suivie, il est alors possible de les confronter à ceux obtenus au sein du seul panel d'individus suivis. Ainsi, on obtiendrait une mesure de l'influence de l'observation suivie sur les comportements d'usage.

## §2 – Présentation méthodologique

### I – Construction des populations fictives

L'utilisation de populations fictives a pour objectif de constituer le cadre d'application sur lequel la méthodologie de correction des biais va être présentée. Toutefois, si le mode

d'observation dual est ici proposé pour l'observation des usages de drogues il pourrait *a priori* être utilisé pour l'observation de phénomènes qui répondent à trois caractéristiques :

- le mode d'observation continu est inapplicable ;
- le phénomène étudié est corrélé au(x) phénomène(s) perturbateur(s), ce qui biaise les indicateurs réalisés lors d'une observation rétrospective ;
- le phénomène étudié est sensible aux représentations que l'on s'en fait, et peut donc être altéré par la mise en place d'une observation suivie.

Par conséquent, si nous prendrons soins de donner quelques exemples relatifs à l'usage de drogues, nous tenterons, dans la mesure du possible, de généraliser les situations. Par ailleurs, puisque l'on renouvellera le panel lors de chaque nouvelle enquête rétrospective, la méthode de correction sera identique d'un intervalle à l'autre. Nous nous situerons ici dans la situation où les enquêtes rétrospectives ont lieu tous les cinq ans.

### *A – Choix illustratifs*

- Les populations

Trois populations sont créées. Une première qui est la population de « référence », et dont on considère qu'elle est l'exacte reproduction des comportements des individus et des phénomènes auxquels ceux-ci sont soumis. Elle représente donc « la réalité » que l'on souhaite mesurer. Une seconde sous-population est tirée aléatoirement parmi la population de « référence » en début de période d'observation. Lui sont appliqués les mêmes phénomènes que ceux que connaît la population de « référence », à la différence près que leur intensité est transformée afin de reproduire la modification du comportement des individus, conséquence de l'observation dont ils font théoriquement l'objet. Elle constitue ainsi l'illustration d'un suivi de panel. Enfin, une dernière sous-population, subissant identiquement à la population de « référence » les différents phénomènes considérés, mais tirée aléatoirement une fois la période d'observation achevée. Elle a donc subi la sortie différentielle des individus, ce qui est alors assimilable à ce que serait une enquête rétrospective. Chacune de ces (sous-)populations sera distinguée selon l'âge et le sexe

- Les phénomènes et leurs manifestations

Nous considèrerons que l'ensemble de la population présente par défaut un même caractère $k_1$. Par exemple, tous les individus sont abstinents à la naissance. Ils peuvent au cours de leur vie devenir expérimentateurs. On intégrera alors au modèle le phénomène K2 qui se manifeste par l'évènement $k_2$, faisant entrer les individus dans une sous-population et acquérir le caractère du même nom. Une fois acquis on supposera que celui-ci ne peut être perdu. Toutefois, puisque les individus sont observés à partir de 15 ans[198], il est possible que certains aient déjà ce caractère. Au contraire, le phénomène K3, se manifestant par l'évènement $k_3$, est un phénomène renouvelable. Les individus pouvant ainsi passer de la sous-population $k_2$ à $k_3$ ou de $k_3$ à $k_2$. C'est notamment le cas de l'abus de drogues. Les expérimentateurs peuvent devenir des usagers abusifs qui, lorsque l'usage est de nouveau contrôlé, redeviennent de simples expérimentateurs. Un phénomène annexe enfin, qui représentera les sorties de la population, sera ici assimilé à la mortalité afin que puissent être utilisées les notations usuelles qui lui sont relatives.

On supposera que le phénomène K2 se manifeste plus chez les hommes que chez les femmes, alors que la relation est inversée pour le phénomène K3. Cela reviendrait dans notre exemple à dire que les hommes expérimentent plus que les femmes, mais que ces dernières deviennent plus souvent des usagères abusives que les hommes qui ont expérimenté.

Pour K2 et K3 sera introduit un effet de durée qui, s'agissant de K2, est assimilable à un effet d'âge. La probabilité d'entrer dans la sous-population $k_2$ augmente jusqu'à un certain âge puis diminue par la suite. Celle d'entrer dans la population $k_3$ ne cesse d'augmenter selon l'âge[199]. Les calendriers de K2 et K3 seront plus tardifs chez les femmes que chez les hommes.

Enfin, on simulera également un effet de génération où l'intensité de K2 augmente chez les générations les plus jeunes, alors que K3 diminue chez les plus récentes. On ferait

[198] Les questions relatives aux usages de drogues ne peuvent être posées aux plus jeunes en raison de restrictions de la CNIL.

[199] Il est important de souligner ici que nous faisons l'hypothèse que la probabilité de connaître l'évènement $k_3$ dépend, non pas de la durée écoulée depuis la survenue de $k_2$, mais bien de l'âge auquel les individus connaissent $k_2$. Une telle hypothèse va à l'encontre du principe que nous rappelions à l'égard de la nécessité d'étudier l'intensité d'un phénomène au sein d'une cohorte d'individus ayant rencontré l'évènement nécessairement et immédiatement antérieur au cours d'une même période. Nous y recourons en fait ici à des fins méthodologiques. En effet, nous avons assimilé la sortie différentielle à la seule mortalité en raison de la méconnaissance de migrations différentielles possiblement corrélées aux usages de drogues. Nous tenions à une telle assimilation dans la mesure où nous serons contraints à la renouveler lors des développements suivants. Pour autant, nous souhaitons présenter les corrections à apporter lors de l'utilisation d'un mode d'observation dual dans un cadre plus général. Recourir à une telle hypothèse nous permet alors de réintégrer « illusoirement » l'éventualité de migrations. Ainsi, la survenue, par exemple, de l'évènement $k_2$ fait entrer les individus dans la sous-population K2, et pourra être traitée comme une immigration. Cela se traduit par des mesures quelque peu plus complexes, mais qui présentent l'intérêt de se rapprocher de ce que seraient celles où les migrations pourraient être identifiées. L'intensité des différents $k_i$ pourra en contrepartie être calculée pour des individus appartenant à une même génération.

donc l'hypothèse que l'usage se diffuse, mais que la prévention et l'éducation aux drogues font que l'abus est plus rare. Selon ces hypothèses, le retour à K2 est également plus fréquent et plus précoce chez les cohortes nouvellement formées.

Enfin, la mortalité de la sous-population $k_1$ est plus faible que celle de $k_2$ également plus faible que celle de $k_3$. Le différentiel de mortalité entre $k_2$ et $k_1$ est toutefois plus important qu'entre $k_2$ et $k_3$. Cette mortalité différentielle entre $k_1$ et $k_2$ se réduit avec l'âge puis augmente par la suite, alors que celle entre $k_2$ et $k_3$ est constante. La mortalité différentielle est supposée plus importante chez les femmes qu'elle ne le serait chez les hommes.

S'agissant du nombre d'occurrences d'évènement au cours d'une même période, nous l'avons limité à trois, dont un correspondant au décès. Ainsi, un individu qui présente le caractère $k_1$ est susceptible d'appartenir à K2 puis K3 puis de décéder au cours de la même période. Le nombre d'aller-retour entre K2 et K3 est par conséquent également restreint. Ainsi, un individu appartenant à K2 peut être amené à appartenir à K3 puis retourner par la suite dans la sous-population K2. Si l'évènement suivant n'est pas le décès, il ne sera alors pas simulé de possible retour à K3.

- Influence de l'observation

Nous imaginerons que les femmes sont moins sensibles que les hommes au poids de l'observation, et que pour chacun des deux sexes cela tend à diminuer avec l'âge. L'entrée dans la sous-population K2 est plus rare lorsque les individus sont issus de K1 et plus courante lorsqu'ils sont issus de K3. Celle dans K3 est également plus restreinte.

### *B – Genèse du parcours des sous-populations*[200]

.

La population de référence est constituée à partir de la structure par âge de la population française âgée de 15 à 74 ans au 1er janvier 2006[201], à laquelle sont attribuées les parts respectives d'individus présentant les caractères $k_1$, $k_2$ et $k_3$. Selon les choix illustratifs

[200] La constitution de ces parcours aurait pu être réalisée « pas à pas » de manière empirique ne nécessitant alors aucune explication. Notre décision d'avoir recours à l'utilisation des microsimulations s'explique non seulement par le gain de temps qu'elles permettent, mais également car elles nous permettent de présenter dès à présent quelques principes qui faciliteront la compréhension de la méthode de correction.

[201] Reconstitution effectuée à partir des données des dernières estimations définitives de populations disponibles de l'INSEE. Nous avons restreint notre population au 15-74 ans pour correspondre à la tranche d'âge des individus enquêtés par l'INPES lors du baromètre santé.

exposés précédemment, ont été, pour chacun des phénomènes, établies les lois selon lesquelles ils se manifestent. Toutefois, parce que les phénomènes ne se manifestent jamais à l'état pur il faut alors tenir compte des interférences entre phénomènes pour reconstituer les évènements qui se réaliseront effectivement. Au cours d'une même période, et selon les limites que nous avons imposées, un individu appartenant à la sous-population K1 est susceptible de connaître trois évènements : $k_2$, $k_3$ et $q^{k_i}$ (qui représente la mortalité à laquelle sont soumis les individus appartenant à la sous-population $i = 1,2,3$). Alors que $q^{k_i}$ interfère avec chacun des phénomènes $k_i$, les $k_i$ n'interfèrent pas entre eux, mais ne peuvent se réaliser que si l'individu appartient à la sous-population $K_{i-1}$ ($i=2, 3$) où $K_{i+1}$( $i=2$). Du fait qu'il y a un ordre nécessaire à la réalisation de ces évènements, la probabilité[202] à laquelle sont soumis les individus dépend du temps au cours duquel ils ont réellement subi le risque de connaître ces évènements.

En l'absence de mortalité, une part (1- $k_2$) d'individus restera toute la période dans la sous-population K1, une autre part $k_2$ passera par la population K2. Une partie de ces derniers connaîtra également l'évènement $k_3$. Cependant, ceux-ci ne sont pas soumis au risque au cours de l'ensemble de la période, mais seulement lorsqu'ils sont entrés dans la population K2. On supposera que les entrées dans la sous-population K2 se distribuent également tout au cours de la période et donc que celles-ci s'effectuent en moyenne au milieu de l'intervalle. La probabilité de ne pas entrer dans la population K3 au cours de la période est donc $\sqrt{(1-k_3)}$, et $\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$ celle d'y entrer. Puisque la mortalité s'applique à ces sous-populations, tous les individus qui entreraient dans la sous-population K3 en l'absence de mortalité n'y auront en fait pas accès. La mortalité qui leur est attribuée dépend alors de la sous-population à laquelle ils appartiennent lors du décès. Intéressons-nous tout d'abord à la part des $k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$ individus (ceux qui intégreraient K3 s'il n'y avait pas de mortalité) qui connaîtront le décès. La moitié est susceptible de décéder avant d'être entrée dans la population K2. Ce sont donc des décès de personnes présentant le caractère $k_1$ qui seraient constatés, et représenterons donc une part $\frac{1}{2}q^{k_1}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$ de l'ensemble de la sous-population K1. La seconde moitié se voit quant à elle également subdivisée en deux selon qu'ils connaîtront le décès ou $k_3$ en premier. Pour les premiers d'entre eux, c'est le décès d'individus appartenant à la population

[202] Les lois de probabilité sont notées identiquement aux évènements par lesquels les phénomènes se manifestent. À noter que si on note identiquement $k_2$ la probabilité d'intégrer la population K2, que les individus soient issus deK1 ou K3, les valeurs sont quant à elles différentes.

K2 qui est constaté, pour les seconds celui d'individus appartenant à la population K3. Ils représentent alors respectivement $\frac{1}{4}q^{k_2}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$ et $\frac{1}{4}q^{k_3}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$ de la sous-population K1.

Au final, les individus décédés qui auraient connu les évènements $k_2$ et $k_3$ représentent une part de la population équivalente à :

$$\frac{1}{2}q^{k_1}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)+\frac{1}{4}q^{k_2}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)+\frac{1}{4}q^{k_3}k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$$

soit, $\left(\frac{1}{2}q^{k_1}+\frac{1}{4}q^{k_2}+\frac{1}{4}q^{k_3}\right)\times k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$.

Par conséquent, ceux issus de K1 et qui ne décèderont pas et appartiendront effectivement à la sous-population K3 survivante représentent une part de la sous-population K1 initiale égale à : $\left(1-\left(\frac{1}{2}q^{k_1}+\frac{1}{4}q^{k_2}+\frac{1}{4}q^{k_3}\right)\right)\times k_2\left(1-\sqrt{(1-k_3)}\right)$.

Selon les mêmes principes évoqués au cours de la présentation de la répartition de cette sous-population spécifique, il est possible de faire de même pour chacune des sous-populations $K_i$ ($i=1,2,3$). Les tableaux nº 9 à 11 offrent une présentation synthétique des interférences entre phénomènes. Celle-ci s'appuie sur celle utilisée par Roland Pressat à l'égard de la nuptialité et de la mortalité (Pressat [1961]).

**Tableau nº 9 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K1**

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">$k_2$</td><td rowspan="2">$(1-k_2)$</td></tr>
<tr><td></td><td>$\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$</td><td>$(1-k_3)^{1/2}$</td></tr>
<tr><td rowspan="2">q</td><td>$\frac{1}{2}q^{k_1}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$<br>Décès de K1</td><td>$\frac{1}{2}q^{k_1}\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$<br>Décès de K1</td><td rowspan="2">$q^{k_1}\times(1-k_2)$<br>Décès de K1</td></tr>
<tr><td>$\frac{1}{4}q^{k_2}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$<br>Décès de K2 | $\frac{1}{4}q^{k_3}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$<br>Décès de K3</td><td>$\frac{1}{2}q^{k_2}\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$<br>Décès de K2</td></tr>
<tr><td>$(1-q)$</td><td>$\left(1-\left(\frac{1}{2}q^{k_1}+\frac{1}{4}q^{k_2}+\frac{1}{4}q^{k_3}\right)\right)\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$<br>K3 survivants</td><td>$\left(1-\frac{1}{2}\left(q^{k_1}+q^{k_2}\right)\right)\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$<br>K2 survivants</td><td>$(1-q^{k_1})\times(1-k_2)$<br>K1survivants</td></tr>
</table>

**Tableau nº 10 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K2**

| | $k_3$ | | $(1-k_3)$ |
|---|---|---|---|
| | $\left(1-(1-k_2)^{1/2}\right)$ | $(1-k_2)^{1/2}$ | |
| q | $\frac{1}{2}q^{k_2}\times k_3\times\left(1-(1-k_2)^{1/2}\right)$ Décès de K2 | $\frac{1}{2}q^{k_2}\times k_3\times(1-k_2)^{1/2}$ Décès de K2 | $q^{k_2}\times(1-k_3)$ Décès de K2 |
| | $\frac{1}{4}q^{k3}\times k_3\times\left(1-(1-k_2)^{1/2}\right)$ Décès de K3 / $\frac{1}{4}q^{k_2}\times k_3\times\left(1-(1-k_2)^{1/2}\right)$ Décès de K2 | $\frac{1}{2}q^{k_3}\times k_3\times(1-k_2)^{1/2}$ Décès de K3 | |
| $(1-q)$ | $\left(1-\left(\frac{3}{4}q^{k_2}+\frac{1}{4}q^{k_3}\right)\right)\times k_3\times\left(1-(1-k_2)^{1/2}\right)$ K2 survivants | $\left(1-\frac{1}{2}\left(q^{k_2}+q^{k_3}\right)\right)\times k_3\times(1-k_2)^{1/2}$ K3 survivants | $(1-q^{k_2})\times(1-k_3)$ K2 survivants |

**Tableau nº 11 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K 3**

| | $k_2$ | | $(1-k_2)$ |
|---|---|---|---|
| | $\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$ | $(1-k_3)^{1/2}$ | |
| q | $\frac{1}{2}q^{k_3}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$ Décès de K3 | $\frac{1}{2}q^{k_3}\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$ Décès de K3 | $q^{k_3}\times(1-k_2)$ Décès de K3 |
| | $\frac{1}{4}q^{k_2}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$ Décès de K2 / $\frac{1}{4}q^{k_3}\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$ Décès de K3 | $\frac{1}{2}q^{k_2}\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$ Décès de K2 | |
| $(1-q)$ | $\left(1-\left(\frac{1}{4}q^{k_2}+\frac{3}{4}q^{k_3}\right)\right)\times k_2\times\left(1-(1-k_3)^{1/2}\right)$ K3 survivants | $\left(1-\frac{1}{2}\left(q^{k_2}+q^{k_3}\right)\right)\times k_2\times(1-k_3)^{1/2}$ K2 survivants | $\left(1-q^{k_3}\right)\times(1-k_2)$ K3 survivants |

## II – Formalisation du concept théorique et application

L'objectif est de corriger les différents indicateurs que l'on souhaiterait réaliser à partir d'une enquête rétrospective de la mortalité différentielle qu'il existe entre les différentes sous populations. La première étape de cette correction consiste donc à prendre la mesure de la mortalité de chacune de ces sous populations. Le calcul des quotients de mortalité s'effectue, à partir des données observées au sein de la population suivie, de la manière suivante :

- $${}_aq_x^{k_1} = \frac{D_{K_1}(x;x+a)}{K1_x - \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{2}}$$

- $${}_aq_x^{k_2} = \frac{D_{K_2}(x;x+a)}{K2_x + \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{2} + \frac{k_2^{k_3}(x;x+a)}{2} + \frac{k_2^{k_3^{k_2}}(x;x+a)}{4} - \frac{k_3^{k_2}(x;x+a)}{2} - \frac{k_3^{k_2^{k_1}}(x;x+a)}{4} - \frac{k_3^{k_2^{k_3}}(x;x+a)}{4}}$$

- $${}_aq_x^{k_2} = \frac{D_{K_3}(x;x+a)}{K3_x + \frac{k_3^{k_2}(x;x+a)}{2} + \frac{k_3^{k_2^{k_1}}(x;x+a)}{4} + \frac{k_3^{k_2^{k_3}}(x;x+a)}{4} - \frac{k_2^{k_3}(x;x+a)}{2} - \frac{k_2^{k_3^{k_2}}(x;x+a)}{4}}$$

où : - ${}_aq_x^{k_i}$ est la probabilité de décéder entre l'âge $x$ et $x+a$ ;

- $D_{K_i}(x;x+a)$ le nombre de décès observés entre l'âge $x$ et $x+a$ d'individus appartenant à la sous-population *Ki*
- $Ki_x$ le nombre d'individus d'âge $x$ appartenant à la sous-population *Ki*
- $k_i^{k_j}(x;x+a)$, le nombre d'entrées dans la sous-population *Ki* entre l'âge $x$ et $x+a$ d'individus issus de la sous-population *Kj* à l'âge $x$.
- $k_i^{k_j^{k_k}}(x;x+a)$, le nombre d'entrées dans la sous-population *Ki* entre l'âge $x$ et $x+a$ d'individus issus de la sous-population *Kj*, mais appartenant à la population *Kk* à l'âge $x$.

Pour que puisse être apprécié le bien-fondé de la correction appliquée aux mesures rétrospectives, il est alors intéressant de prendre trois séries d'indicateurs. Une première qui représente la mesure que l'on observerait dans une observation hypothétiquement parfaite, c'est-à-dire dans notre cas les quotients obtenus à partir des données simulées dans ce que nous avions défini comme étant la population de référence. Pour celle-ci l'ensemble des décès

des individus et de leurs parcours, et donc des caractéristiques des individus, est considéré comme connu. Il est alors possible d'utiliser la méthode classique du calcul des quotients. Selon des notations identiques à ce qu'il en est pour les quotients de mortalité on obtient les équations suivantes :

- $${}_a k_{2_x}^{k_1} = \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{K1_x - \frac{D_{K_1}(x;x+a)}{2}}$$
- $${}_a k_{3_x}^{k_2} = \frac{k_3(x;x+a)}{K2_x - \frac{D_{K_2{}^{K_2}}(x;x+a)}{2} - \frac{D_{K_2{}^{K_3}}(x;x+a)}{4} - \frac{D_{K_2{}^{K_1}}(x;x+a)}{4} + \frac{k_2^{k_3}(x;x+a)}{2} + \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{2}}$$
- $${}_a k_{2_x}^{k_3} = \frac{k_2(x;x+a)}{K3_x + \frac{k_3^{k_2}(x;x+a)}{2} - \frac{D_{K_3}^{k_3}(x;x+a)}{2} - \frac{D_{K_3}^{k_2}(x;x+a)}{4}}$$

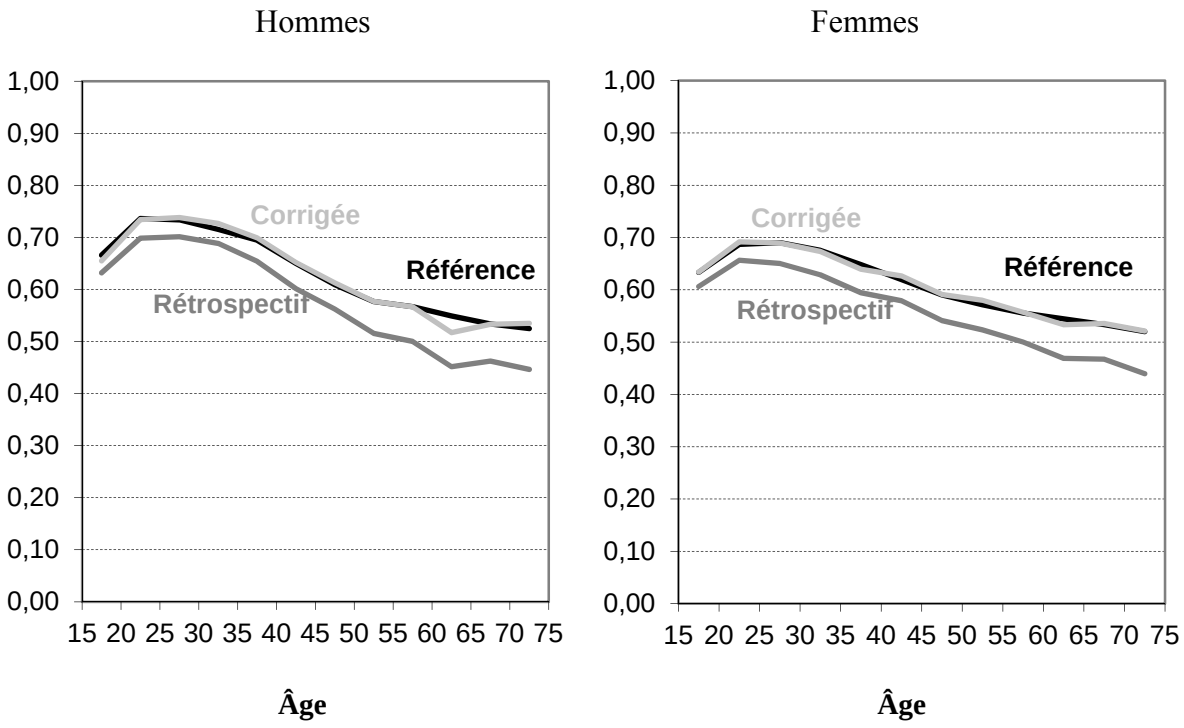
Afin de tenir compte de la durée au cours de laquelle les individus ont connu chacun des caractères, ont été distingués les évènements selon les parcours des individus pour acquérir ces caractéristiques. Il en est de même pour le calcul de ces mêmes quotients à partir d'enquêtes rétrospectives, qui correspond à la seconde série d'indicateurs. Pour celle-ci on applique une hypothèse à laquelle on est contraint lors d'une observation rétrospective, n'ayant aucune connaissance sur les décès et les caractères des individus décédés, à savoir que l'on suppose qu'il n'y a pas de mortalité différentielle. On rapporte alors, parmi les seuls survivants, les individus ayant connu un type d'évènement à ceux qui étaient susceptibles de le connaître et qui ont survécu. On obtient ainsi les calculs suivants :

- $${}_a k_{2_x}^{k_1} = \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{K1_x}$$
- $${}_a k_{3_x}^{k_2} = \frac{k_3{}^{k_2}(x;x+a) + k_3{}^{k_2{}^{k_3}}(x;x+a) + k_3{}^{k_2{}^{k_1}}(x;x+a)}{K2_x + \frac{k_2^{k_3}(x;x+a)}{2} + \frac{k_2^{k_1}(x;x+a)}{2}}$$
- $${}_a k_{2_x}^{k_3} = \frac{k_2^{k_3}(x;x+a) + k_2^{k_3{}^{k_2}}(x;x+a)}{K3_x + \frac{k_3^{k_2}(x;x+a)}{2}}$$

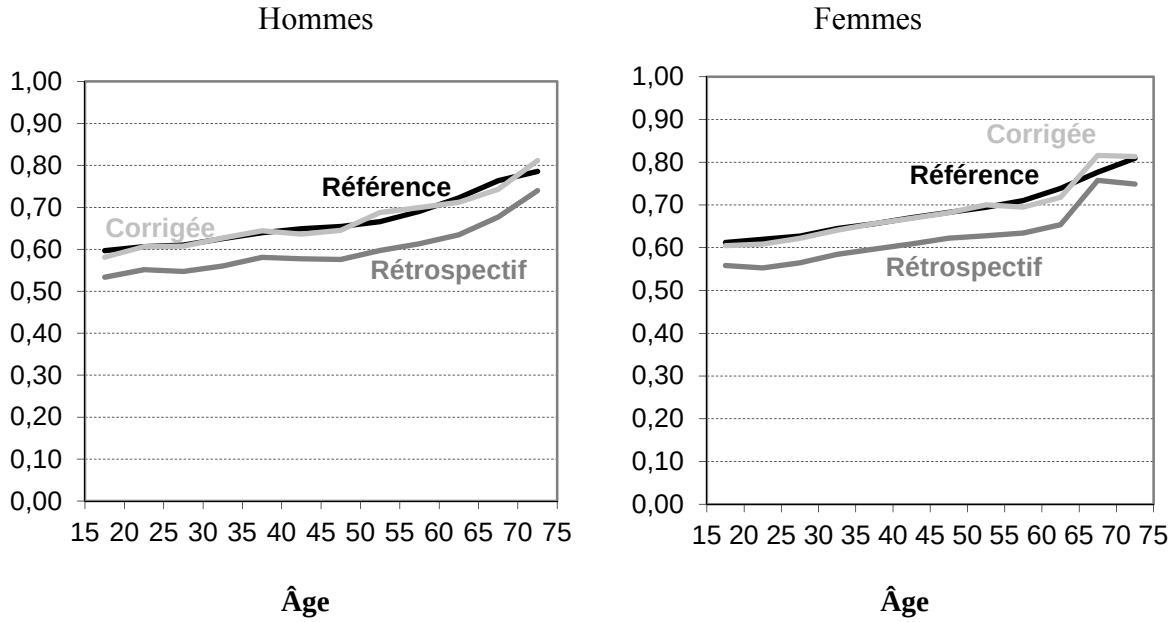
En ce qui concerne enfin la troisième et dernière série d'indices, les mesures effectuées seront identiques à celles de la série issue de l'observation rétrospective. À la

différence près qu'auront préalablement été reconstitués les effectifs d'individus qui auraient été effectivement présents lors de l'observation rétrospective en l'absence de mortalité différentielle. Pour cela il suffit alors d'appliquer, aux différentes sous-populations concernées, l'inverse des probabilités de survie auxquelles elles ont été réellement soumises au cours de la période, c'est-à-dire celles présentées lors des interactions entre phénomènes. C'est lors de cette repondération des individus survivants que sont utilisés les coefficients de mortalité calculés à partir de l'observation suivie. Par la suite, il serait possible de leur appliquer une même probabilité de survie, correspondant à la probabilité de l'ensemble de la population, mais cela ne s'avère pas nécessaire puisqu'elles s'annulent du fait qu'elles s'appliquent identiquement au numérateur et au dénominateur des fractions présentées pour la mesure du calcul des « quotients rétrospectifs ». On obtient alors, pour les différents quotients, les séries simulées suivantes (graphique nº 48 à 50). Puisqu'il ne s'agit ici que de données construites, seuls les quotients quinquennaux sont présentés, l'évolution d'une année sur l'autre n'ayant aucun réel intérêt. La mesure corrigée s'approche alors sensiblement de la mesure effectuée dans la population de référence. Elle souffre toutefois de l'échantillonnage lorsque les individus sont peu nombreux, ce qui est le cas de ceux qui connaissent *k2* après avoir connu *k3*.

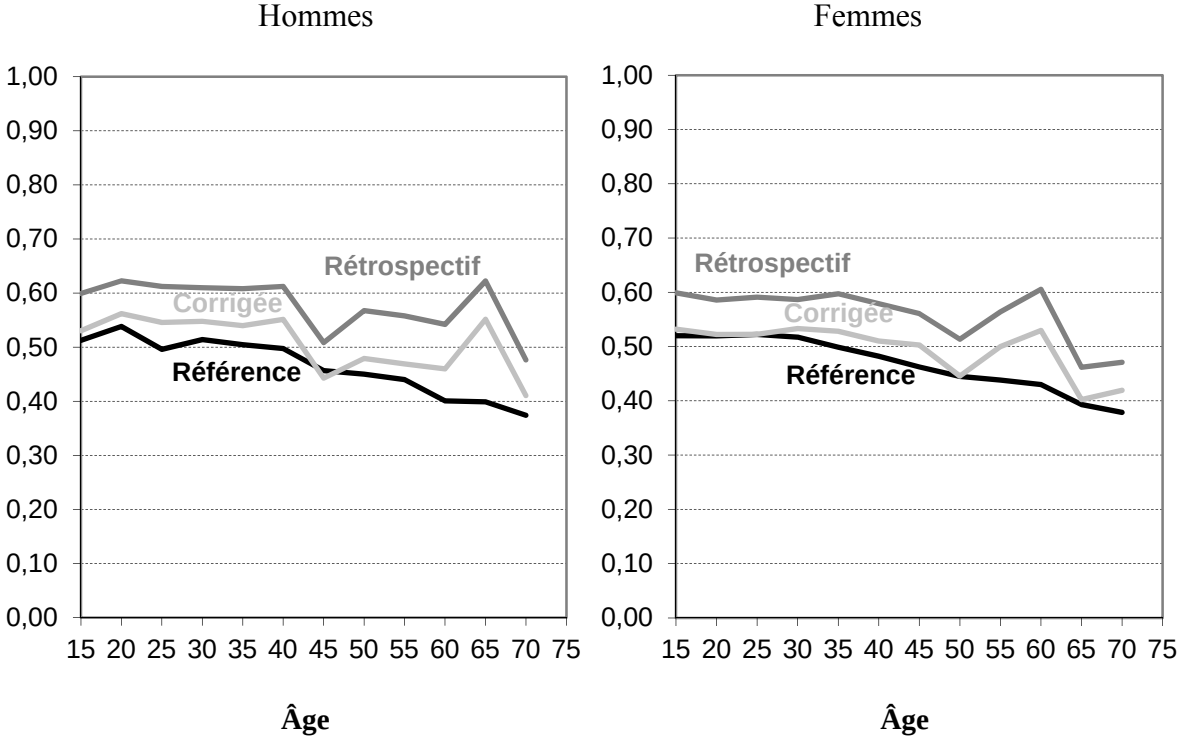
**Graphique nº 48 : Présentation des séries de quotients k2 issus de k1 selon la méthode de calcul**



**Graphique nº 49 : Présentation des séries de quotients k3 issus de k2 selon la méthode de calcul**




**Graphique nº 50 : Présentation des séries de quotients k2 issus de k3 selon la méthode de calcul**




Une fois les mesures de correction effectuées, on dispose de la mesure des phénomènes à l'état pur en l'absence de modification de comportement des individus. Les mêmes indicateurs peuvent alors être obtenus au sein de la population suivie à partir d'une

méthodologie identique à celle présentée pour l'obtention des quotients dans la population de référence. Le rapport des « quotients corrigés » sur les « quotients suivis » permet alors de mesurer le surrisque de connaître les différents évènements lorsque les individus ne sont pas observés, ce qui représente par conséquent l'influence de l'observation sur les phénomènes étudiés.

Selon l'ampleur que représente la mortalité différentielle, l'impact de l'observation sur les comportements d'usage, et de l'intervalle de confiance qu'implique le double échantillonnage, l'un ou l'autre des modes d'observation devra *a posteriori* être privilégié.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 3*

L'assuétude à laquelle sont soumis les usagers de drogues est un processus continu ne se traduisant pas par la réalisation d'évènements clairement identifiable. En cela, l'étude de l'usage de drogues au travers des principes de l'analyse démographique s'avère mal aisée. Pour autant, la difficulté d'appliquer les méthodes démographiques au phénomène d'usage de drogues ne doit pas en troubler l'apport que cela représenterait. En rappelant ces principes, et en les appliquant à l'objet d'étude qui nous intéresse, nous avons souligné l'intérêt d'un tel objectif. De manière schématique, nous pourrions souligner de nouveau que c'est notamment ainsi que pourra être obtenue la connaissance des flux d'usagers et non plus des seuls stocks. Toutefois, pour pouvoir être en mesure d'obtenir ces informations, il faut pouvoir en amont caractériser les différentes sous-populations d'usagers de drogues. En nous appuyant sur les définitions cliniques, et en y apportant quelques possibilités alternatives, nous avons présenté la possible identification de plusieurs types d'usages. En les distinguant, nous pourrons par ailleurs prendre la mesure de la survenue d'externalités négatives supposées liées à l'usage. En raison de la mesure des phénomènes à l'état pur, nous pourrions nous assurer de l'apparition significativement différente de ces externalités selon le type d'usage et les comparer à leur survenue auprès d'individus abstinents.

Mais au-delà de la réalisation effective d'une collecte permettant d'appliquer les principes de l'analyse démographique, l'usage de drogues pose le problème qu'il ne se prête naturellement à aucun des modes d'observation possibles. Cette particularité pose d'autant plus de problèmes que l'ensemble des résultats obtenus à partir de l'un ou l'autre des modes d'observation porte à discussion, sans que l'on soit réellement en mesure de connaître l'importance des biais effectifs. C'est pourquoi nous avons indiqué en quoi l'analyse

démographique serait en mesure d'arbitrer en faveur de l'un ou l'autre des modes d'observation. C'est en fait par l'utilisation concomitante de deux modes d'observation qu'il serait possible d'y parvenir. Il est vrai qu'une telle méthode de correction nécessite d'importants moyens logistiques du fait qu'il s'appuie sur un double échantillonnage qui doit par conséquent être assez important pour ne pas troubler les mesures réalisées. Parce que le mode d'observation dual permettrait de corriger les mesures de mortalité différentielle d'une part, et de prendre la mesure de l'observation suivie sur les comportements d'usage, il permettrait de distinguer quels biais induits par chacun des modes d'observation est le plus important, et donc l'observation qu'il faudrait par la suite privilégier. Il est bien évidemment possible que l'interaction des différents phénomènes et des biais d'observation fasse que les mesures non biaisées soient contenues entre les mesures effectuées par chacun des modes d'observation. Ce ne serait dès lors plus la réalisation d'une de ces observations duales qui serait nécessaire, mais bien la pérennisation de celles-ci.

## CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Présenter les principes méthodologiques selon lesquels les méthodes d'analyse démographique peuvent être appliquées aux phénomènes d'usages de drogues s'est avéré nécessaire, du fait qu'il ne s'agisse pas des phénomènes courants habituellement étudiés par la démographie. Parce que l'usage de drogues est un processus, certains des arbitrages qui devront par la suite être effectués lors de l'analyse ne sont pour l'heure qu'exploratoires. C'est notamment le cas en ce qui concerne l'évènement par lequel devrait être identifiée l'initiation des différents types d'usage, ou bien même de la caractérisation des types d'usage. En effet, bien qu'aient été énoncées les conditions d'un arbitrage en faveur de l'une ou l'autre des alternatives, la réalisation d'enquêtes respectant les principes indiqués s'avèrera nécessaire pour statuer en faveur de celles-ci. Toutefois, le mode d'observation le plus à même de collecter des données relatives aux usages de drogues porte également encore à discussion. L'usage de drogues présente en effet l'inconvénient d'être sensible aux différents biais que peut induire l'un ou l'autre des modes d'observation. Nous avons donc tenté d'expliquer en quoi l'utilisation d'un mode d'observation dual, s'appuyant sur l'utilisation simultanée d'une observation suivie et rétrospective, est à même de s'absoudre des différents biais que l'une et l'autre des observations impliquent en les corrigeant à partir d'elles-mêmes. La réalisation d'un tel système d'observation s'avère relativement complexe et ne pourra certainement être mis en place qu'à condition d'une volonté politique forte permettant que celui-ci soit réalisé. L'attention des politiques publiques à l'égard des drogues a toujours été une composante non négligeable de son étude. Longtemps considéré comme un phénomène marginal, l'usage de drogues n'a vraiment été considéré comme important qu'avec la survenue de l'épidémie de SIDA au milieu des années 1980. Bien que les autorités n'aient réagi que tardivement face à celle-ci, puisque la mise en place des traitements de substitution aux opiacés n'a eu lieu qu'après que l'épidémie ait commencé à être endiguée, les actions privées ont permis d'installer les prémices d'une politique de réduction des risques qui expliquent en partie la baisse des contaminations au VIH. L'étude d'une sous-population d'usagers de drogues que sont les patients pris en charge dans les CSST[203] nous a par ailleurs permis de noter les traces de ces politiques de réduction des risques. L'injection semble de moins en moins souvent utilisée comme mode d'administration. Lorsque celle-ci est utilisée, elle s'avère plus tardive qu'auparavant. Les nombreuses mesures qu'il est possible de réaliser souffrent toutefois d'une

[203] Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes.

mise en place tardive du système d'observation actuel qui mériterait par ailleurs quelques améliorations. En outre, il apparaît que les traitements de substitutions aux opiacés ont eu un impact non négligeable sur l'initiation des prises en charge et laisse regretter que ceux-ci n'aient pas été institués aussi vite que dans de nombreux autres pays européens ou encore aux États-Unis et au Canada.

Bien que tardive la réponse politique de cette période aura totalement transformé l'appréhension des phénomènes d'usage de drogues ainsi devenus une problématique sanitaire. Par ailleurs, il est apparu que limiter aux stupéfiants l'affectation du terme drogue n'avait pas de justification scientifique. Peu à peu, une vision plus globalisante du domaine des drogues se met en place, et on y intègre également le tabac, l'alcool et parfois même les médicaments psychotropes. Nous avons précisé les raisons pour lesquelles il apparaît justifié que ces derniers soient intégrés à l'étude des drogues ; l'argument principal étant tout simplement que des individus sont pris en charge en raison d'une dépendance à leur égard. On assiste alors depuis plusieurs années à l'initiation d'une convergence des niveaux d'usages des différentes substances. Alors que les consommations de tabac et l'alcool déclinent, celles des stupéfiants tendent à croître, mais restent encore relativement rares puisqu'ils concernent moins de 5 % des moins de 45 ans. Seul le cannabis se distingue par l'ampleur de son expérimentation, puisqu'en 2005 on comptabilisait près de 12 millions d'expérimentateurs. Par l'importance qu'il représente, il permet alors que soit observé son usage à partir d'enquêtes en population générale au sein desquelles on dispose également de données relatives aux drogues licites, ainsi que d'autres stupéfiants dont l'étude sera plus parcellaire. C'est donc à partir de ces données que nous tenterons à présent d'analyser les phénomènes d'usages de drogues ne souffrant pas des mêmes limites que celles énoncées pour les patients pris en charge dans les CSST. Nous tenterons d'utiliser les principes et méthodes présentées tout en sachant dès à présent, puisque nous y avons déjà fait référence, que de nombreuses informations manquantes ne pourront permettre d'y parvenir parfaitement. Nous présenterons toutefois quelques alternatives qui pourront nous permettre de les substituer en partie.

# <u>Seconde partie</u> :

# Estimation quantitative des parcours d’usage de drogues et mesure des biais liés à l’observation

À présent qu'ont été présentés le contexte dans lequel peut s'étudier l'usage de drogue et le cadre théorique d'une possible étude s'appuyant sur les principes de l'analyse démographique, il est naturel de s'atteler aux traitements quantitatifs de notre objet de recherche. La difficulté tient en cela que s'il existe depuis quelques années des enquêtes nationales qui accordent aux usages de drogues une place relativement importante, au point que certaines y sont exclusivement consacrées, ces dernières sont toutefois très largement ciblées sur la frange de la population la plus jeune[204]. Si on comprend aisément que cette population soit plus largement étudiée en raison des niveaux de prévalence d'usage dont on rappellera qu'ils sont particulièrement plus élevés qu'au sein des générations plus âgées, il apparaît, pour cette même raison important de procéder à une estimation, même imparfaite, des parcours d'usage de drogues. En effet, ce n'est qu'en étant à même de distinguer ces parcours qu'il sera possible d'élaborer des prospectives visant à estimer dans quelle mesure les usages des jeunes générations ne serait que des comportements temporaires d'une période de vie. On pourra au contraire tenter de voir si, en raison de ces usages, il faut s'attendre à l'avenir à observer au cours des prochaines années de plus importants usages problématiques de ces générations qui auront vieillies. Or, ce n'est qu'en observant dès a présent l'ensemble de la population qu'il sera possible d'y parvenir. Reste qu'entre biais induits par les modes d'observation des enquêtes et impossibilité partielle de prendre la mesure de l'évolution différenciée des types d'usage, le détourage des parcours ne pourra encore que se rapprocher de l'impressionnisme plus que de l'hyperréalisme.

Le premier chapitre aura pour objectif de prendre les mesures de mortalités différentielles des usagers de drogues que nous élaborerons à partir des données disponibles. Chacune des sources et des méthodes utilisées présente toutefois des restrictions. La principale est que nous serons restreints à la mesure de mortalité des usages de drogues les plus répandus dans l'ensemble de la population. En effet, et comme nous l'avons constaté, utiliser d'autres sources que les enquêtes en population générale nous confronte à d'impossibles mesures de cette mortalité sans avoir plus de connaissances relatives aux entrées et sorties au sein de la sous-population d'usagers que l'on observerait[205]. Ces mesures auront ainsi pour principal objectif de disposer d'une première estimation des biais qu'induit la mortalité différentielle sur quelques mesures qu'il est possible de réaliser. La seconde restriction, plus dommageable, est que les populations considérées dans les différentes sources

[204] C'est notamment le cas des enquêtes European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) et l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la défense (ESCAPAD).
[205] Cf. Partie 1 chapitre 2.

de données ne sont pas parfaitement identiques et ne sont pas observées aux mêmes périodes. Les confrontations qui en découleront nous permettront toutefois de nous prononcer en faveur de certaines hypothèses, sans que puisse pour autant être donnés des niveaux de mortalité différentielle et de biais induits avec certitude.

Le deuxième chapitre portera sur l'analyse des caractéristiques des expérimentateurs des différentes drogues considérées dans les enquêtes baromètre santé. Plus que les caractéristiques des usagers, nous tenterons de décomposer la dynamique des expérimentations en essayant de délier les évolutions relatives à l'intensité des phénomènes de celles relatives au calendrier de leur survenue. Disposant de mesures préalables de mortalité différentielle, nous prendrons le soin de distinguer, lorsque cela s'avère possible, les évolutions observées de celles qui pourraient être effectives en raison des biais induits par la mesure.

Le troisième chapitre tentera de distinguer quelques parcours d'usage relatifs aux consommations de cannabis et de tabac. La restriction de l'étude à ces deux substances s'explique simplement du fait que les autres ne sont pas assez répandus pour faire une quelconque tentative d'analyse. L'alcool, qui est pourtant largement répandu, ne peut pas non plus faire l'objet d'une telle tentative de distinction des parcours. Nous en préciserons alors les raisons.

La dernière étape tentera alors de compléter nos estimations des biais en nous appuyant sur l'analyse des parcours d'usage. En effet, nous réaliserons des projections en appliquant aux individus observés en 2000 les comportements observés entre 2000 et 2005. Le caractère encore récent de cette méthode d'estimation des biais, et les hypothèses parfois lourdes que nous serons obligés de formuler, expliquent paradoxalement que cet objectif soit présenté en fin de travail. Enfin, nous nous essaierons à quelques prospections de moyen court terme dans le but de présenter l'impact que peuvent avoir ces biais sur les mesures à venir.

# <u>Chapitre 1</u> : Illustration des biais de mesure induits par la mortalité différentielle

C'est par l'exploitation de deux sources de données que nous entreprendrons d'obtenir des mesures de mortalité différentielle des usagers de drogues. L'une est un suivi de panel ayant pour objectif premier d'avoir connaissance des relations qu'il existe entre dépenses de soins et caractéristiques individuelles. Parmi ces caractéristiques sont considérés certains comportements à risque telles que les consommations d'alcool et de tabac. La seconde est une succession d'enquêtes rétrospectives visant à avoir connaissance des attitudes et des connaissances en matière de santé. À ce titre, les consommations de plusieurs drogues sont renseignées. Aucune des deux n'a donc pour objectif premier de permettre de prendre des mesures de mortalité. En détournant toutefois les informations relatives aux motifs de non-réalisation de l'interview du suivi de panel, nous pouvons espérer avoir une première appréhension du différentiel de mortalité qui pourrait exister entre consommateurs d'alcool et/ou de tabac et les autres. Concernant la seconde source de données, c'est en élaborant un indicateur de mortalité différentielle, et au prix de quelques hypothèses, qu'il sera possible d'espérer y parvenir. Si elles restent imparfaites, ces mesures ont pour intérêt de nous informer, non seulement de l'existence ou non d'une mortalité différentielle, mais également de son évolution au sein des différentes générations. Confronter les résultats que l'on obtient grâce aux deux sources s'avérera cependant quelque peu restreint. Non seulement seul le tabac pourra faire l'objet de mesure pour chacune des deux mesures, mais les périodes d'observation et les populations observées ne sont pas parfaitement identiques. Sans que l'on puisse par conséquent s'attendre à obtenir des résultats parfaitement concordants, nous nous assurerons de la cohérence entre les écarts de résultats des différentes mesures et de ce en quoi chacune des observations se distingue de l'autre. Grâce à cela, il nous sera alors possible d'avoir quelques indications sur l'ampleur des biais qu'induit la mortalité différentielle sur les possibles mesures à réaliser.

## ***<u>Section 1</u> - L'utilisation d'enquêtes rétrospectives comme possible estimation de mortalité différentielle des usagers de drogues***

Réaliser un suivi de cohorte d'individus faisant l'usage de drogues qui observerait les comportements d'usages ainsi que les décès, permettrait de disposer des informations nécessaires à la réalisation de tables de mortalité des usagers. Une telle observation en France permettrait par ailleurs, à condition que les causes de décès soient également spécifiées, que celle-ci soit utilisée dans le cadre d'une mesure des décès attribuables à l'alcool ou au tabac. Ce suivi permettrait en effet de ne plus recourir aux seuls suivis de cohortes d'autres pays dont l'utilisation est, pour certaines causes de mortalité, discutable[206]. Dans l'attente d'un tel suivi, il est possible de détourner les enquêtes rétrospectives faisant référence aux usages de drogues en vue de prendre une mesure de la mortalité différentielle des usagers. Les informations disponibles dans ces enquêtes restreignent toutefois les mesures qui peuvent être réalisées. C'est pourquoi, si cette mesure s'avère être satisfaisante à défaut de pouvoir disposer d'autres sources de données, elle n'est en rien une solution à privilégier lorsqu'il est question de constituer en amont les modalités d'une collecte de données ayant pour objectif de disposer d'une mesure de mortalité différentielle.

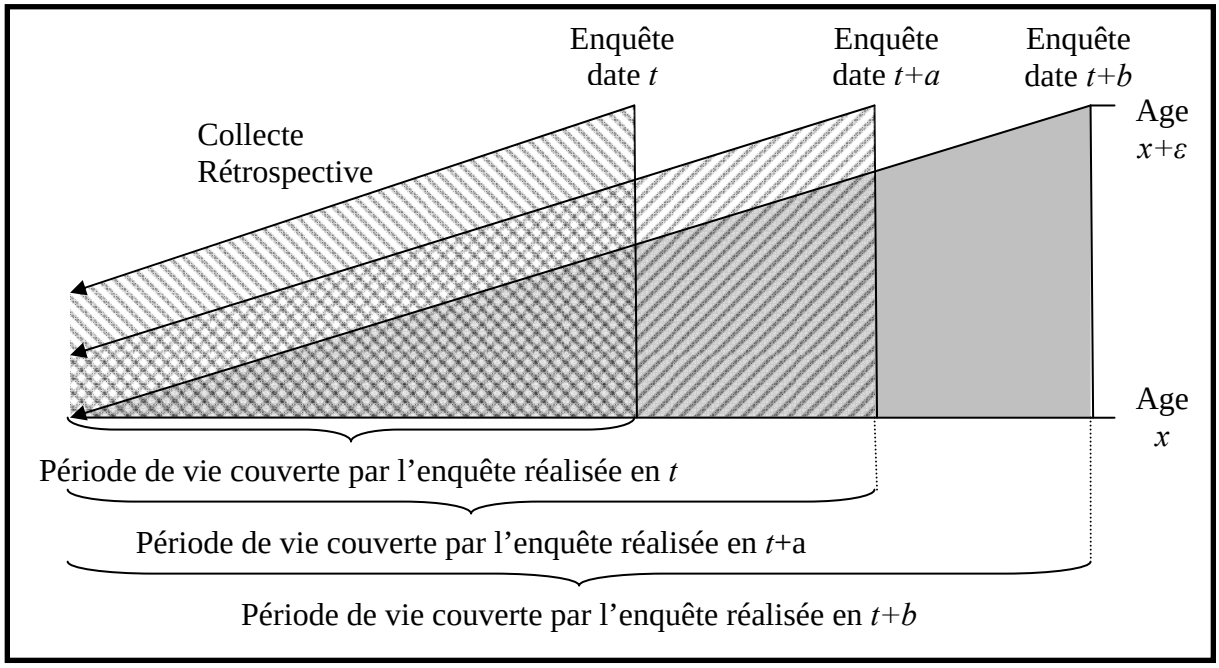
### §1 – Élaboration de la mesure rétrospective de mortalité différentielle

#### I – <u>Principe et méthode de calcul</u>

La réalisation d'une enquête rétrospective permet d'avoir connaissance d'un ensemble de caractéristiques que présente la population observée et, lorsque les évènements sont datés, du moment où ces caractéristiques ont été acquises. Renouveler une même enquête rétrospective à différentes dates, auprès d'une même population, entraîne une redondance d'information puisque chacune répertorie les évènements qu'ont connus les individus entre leur naissance et la réalisation de l'enquête (figure nº 5). Notons dès à présent, que si l'étendue de l'âge des personnes observées est invariante, les plus âgés ne sont peu à peu plus enquêtés alors que les plus jeunes, qui n'étaient pas enquêtés auparavant, le sont par la suite.

[206] Cf. Partie 1 chapitre 1.

**Figure n° 5 : Recoupement des périodes de vie d'enquêtes rétrospectives successives**




La redondance d'information n'est bien évidemment pas vérifiée au niveau individuel puisque, contrairement à ce qu'il en est dans le cas d'un suivi de panel à passages répétés, les échantillons et les individus qui les constituent diffèrent d'une enquête à l'autre. Toutefois, dans la mesure où chaque échantillon est supposé représentatif de l'ensemble de la population, le doublement de l'information existe au niveau agrégé. En effet, bien que constatés au travers des déclarations d'individus distincts, et puisque les individus enquêtés sont représentatif de la population parente, les évènements reportés lors d'une première enquête devraient également l'être par d'autres individus lors de l'enquête suivante. En conséquence, seuls les évènements ayant eu lieu entre deux enquêtes devraient apparaître comme une nouvelle information récoltée lors de la dernière enquête. La répétition de l'information que l'on serait amené à retrouver ne serait toutefois pas parfaite. Non seulement, il existe une variation aléatoire due à l'échantillonnage qui fait qu'il faudrait que les différents échantillons s'écartent identiquement des valeurs estimées pour que la concordance soit totale. Mais l'une des différences que l'on constaterait, à l'égard de la manifestation d'un phénomène au cours d'une même période de temps observée à deux instants différents, peut également tenir du fait qu'il existe une corrélation entre sortie de la population observée et phénomène étudié. En effet, dans le cas où les individus qui connaîtraient tel ou tel évènement seraient également amenés à plus souvent sortir de la population considérée que ceux n'ayant pas connu cet évènement, certains de ces évènements, pourtant observés lors d'une première

enquête rétrospective, le seraient dans une moindre proportion lors d'une enquête ultérieure. C'est à partir de ce différentiel entre les différentes observations qu'il est en fait possible d'en déduire une mesure de sortie différentielle. Dans une situation où la population observée est la population générale, et qu'il n'y a pas de migration différentielle, la sortie différentielle estimée est par conséquent une mesure de mortalité différentielle. Parce que la taille de l'échantillon d'une même enquête peut varier d'une année sur l'autre, c'est à partir de l'évolution des proportions d'individus dont ont souhaite savoir s'ils ont subi une sortie différentielle que nous présenterons la méthode de mesure de sortie différentielle, et non de l'évolution des effectifs.

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner dans la première partie de ce travail, il n'existe pas, à notre connaissance, d'estimation du lien qui pourrait éventuellement exister entre migration et usage de drogues. Les données disponibles en France ne nous permettent par ailleurs pas non plus d'entreprendre de telles mesures. Nous serons donc ici contraints d'assimiler la sortie différentielle des individus à une mesure de mortalité différentielle.

On comprendra aisément qu'il serait utile de prendre une mesure de mortalité différentielle des usagers de drogues qui tienne à la fois compte de la durée de l'usage, et de l'âge des usagers. En effet, la durée de l'usage importe du fait que, dans la plupart des cas, le caractère nocif des substances n'entraîne pas réellement en soi de mortalité, mais c'est la répétition de l'usage qui fasse que celle-ci soit induite. C'est typiquement le cas du tabac, dont l'ingestion unique n'entraîne pas de dommage, contrairement à son renouvellement qui peut entraîner diverses conséquences morbides. L'âge des individus tient quant à lui du fait que les mêmes dommages immédiats de l'usage puissent ne pas avoir une même finalité selon que le métabolisme des individus est plus ou moins à même de se défendre contre les « attaques » des substances. C'est pourquoi nous présenterons en premier lieu les principes d'une mesure qui tiendrait compte de ces deux éléments.

On considère une population *P* que l'on distingue selon un caractère *C* ne pouvant être perdu une fois acquis, dont on souhaite savoir s'il discrimine les individus à l'égard de la mortalité qu'ils subissent, observée à deux instants *t* et *t+a*. Lors de ces observations, il est possible d'estimer quelle est la proportion d'individus d'âge *x* en *t* avait ayant acquis le caractère *C* depuis une durée *y*, que l'on note $c^{t}_{x_t;y_t}$ ou $c^{t+a}_{x_t;y_t}$ selon que la mesure est effectuée à

partir de l'observation réalisée en *t* ou *t+a*. Il est alors possible de décomposer ces proportions de la manière suivante[207] :

- $c^{t}_{x_t;y_t} = \dfrac{C^{t}_{x_t;y_t}}{P^{t}_{x_t}} = \dfrac{N_{(t-x_t)} \times {}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}}}{N_{(t-x_t)} \times {}_N S^{t}_{x_t}} = \dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}}}{{}_N S^{t}_{x_t}}$ ;

- $c^{t+a}_{x_t;y_t} = \dfrac{C^{t+a}_{x_t;y_t}}{P^{t+a}_{x_t}} = \dfrac{N_{(t-x_t)} \times {}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}}{N_{(t-x_t)} \times {}_N S^{t+a}_{x_t}} = \dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}}{{}_N S^{t+a}_{x_t}} = \dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}} \times {}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}}{{}_N S^{t}_{x_t} \times {}_t S^{t+a}_{x_t}}$.

Le rapport des proportions précédentes nous offre alors une mesure de mortalité différentielle puisque : $\dfrac{c^{t}_{x_t;y_t}}{c^{t+a}_{x_t;y_t}} = \dfrac{\dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}}}{{}_N S^{t}_{x_t}}}{\dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}} \times {}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}}{{}_N S^{t}_{x_t} \times {}_t S^{t+a}_{x_t}}} = \dfrac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}} \times {}_N S^{t}_{x_t} \times {}_t S^{t+a}_{x_t}}{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}} \times {}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}} \times {}_N S^{t}_{x_t}} = \dfrac{{}_t S^{t+a}_{x_t}}{{}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}}$ (1)

Par conséquent, la proportion d'individus enquêté en *t+a*, qui en *t* présentait le caractère C depuis la durée *y* et avais l'âge *x*, rapporté à cette même proportion d'individus enquêté en *t*, équivaut au rapport de la probabilité de survie entre t et t+a des individus qui en *t* présentait le caractère C depuis la durée *y* et avais l'âge *x* à celle de la population d'âge *x* en *t*. On note alors que :

- si $\dfrac{c^{t}_{x_t;y_t}}{c^{t+a}_{x_t;y_t}} < 1$ alors ${}_t S^{t+a}_{x_t} < {}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}$ donc il existe au cours de la période (*t* ; *t+a*) une sous-mortalité en faveur des individus qui en *t* présentaient le caractère *C* depuis la durée *y* et avaient l'âge *x*, comparativement à l'ensemble des individus d'âge *x* en *t*.

- si $\dfrac{c^{t}_{x_t;y_t}}{c^{t+a}_{x_t;y_t}} = 1$ alors ${}_t S^{t+a}_{x_t} = {}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}$ il n'existe au cours de la période (*t* ; *t+a*) aucune mortalité différentielle entre les individus qui en *t* présentaient le caractère *C* depuis la durée *y* et avaient l'âge *x* et l'ensemble des individus d'âge *x* en *t*.

---

[207]
- $C^{t}_{x_t;y_t}$ : le nombre d'individus observés en *t* présentant le caractère *C* depuis la durée *y* et d'âge *x* en *t* ;
- $C^{t+a}_{x_t;y_t}$ : le nombre d'individus observés en *t+a* présentant le caractère *C* depuis la durée y et d'âge *x* en *t* ;
- $P^{t}_{x_t}$ : la population observée en *t* d'âge *x* en *t* ;
- $P^{t+a}_{x_t}$ : la population observée en *t+a* d'âge *x* en *t* ;
- $N_{(t-x_t)}$ : les naissances de la génération *t*-$x_t$ ;
- ${}_N\zeta_{(x_t-y_t)}$ : la probabilité d'acquérir le caractère *C* entre la naissance et la date $x_t$-$y_t$ ;
- ${}_N S^{t}_{c_{x_t;y_t}}$ et ${}_N S^{t}_{x_t}$ : la probabilité respective de survie des individus présentant le caractère *C* depuis la durée *y* et d'âge *x* en *t* et de l'ensemble de la population d'âge *x* de leur naissance à la date *t*.
- ${}_t S^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}$ et ${}_t S^{t+a}_{x_t}$ : la probabilité respective de survie présentant le caractère *C* depuis la durée *y* et d'âge *x* en *t* et de l'ensemble de la population d'âge *x* de la date *t* à la date *t+a*.

- si $\frac{c^{t}_{x_t;y_t}}{c^{t+a}_{x_t;y_t}} > 1$ alors ${}_tS^{t+a}_{x_t} > {}_tS^{t+a}_{c_{x_t;y_t}}$ donc il existe au cours de la période ($t$ ; $t+a$) une surmortalité en défaveur des individus qui en $t$ présentaient le caractère $C$ depuis la durée $y$ et avaient l'âge $x$, comparativement à l'ensemble des individus d'âge $x$ en $t$.

Notons par ailleurs qu'en rapportant ce rapport de proportion à lui-même en faisant varier la durée $y$ pour un même âge $x$, on dispose alors d'un indicateur de mortalité différentielle entre cohortes appartenant à une même génération. Lorsque l'on fait de même avec cette fois une variation de $x$ pour une même durée y on dispose d'un indicateur de mortalité différentielle entre les générations qui constituent la cohorte considérée.

Les subdivisions que nécessite la prise en compte de l'âge et de la durée écoulée depuis l'acquisition du caractère C, comme nous aurons le regret de le constater par la suite, font parfois face à des effectifs d'échantillon parfois trop faible pour être réellement exploitable, ce qui nécessite d'avoir recours à des mesures malheureusement moins précises. On peut alors distinguer les mesures de mortalité différentielle selon l'âge d'une part, ou selon la durée écoulée depuis l'acquisition du caractère discriminant d'autre part. On retrouve alors de manière similaire, s'agissant de la distinction selon l'âge[208] :

$$\frac{c^{t}_{x_t}}{c^{t+a}_{x_t}} = \frac{\frac{{}_N\zeta_{x_t} \times {}_NS^{t}_{c_{x_t}}}{{}_NS^{t}_{x_t}}}{\frac{{}_N\zeta_{x_t} \times {}_NS^{t}_{c_{x_t}} \times {}_tS^{t+a}_{c_{x_t}}}{{}_NS^{t}_{x_t} \times {}_tS^{t+a}_{x_t}}} = \frac{{}_N\zeta_{x_t} \times {}_NS^{t}_{c_{x_t}} \times {}_NS^{t}_{x_t} \times {}_tS^{t+a}_{x_t}}{{}_N\zeta_{x_t} \times {}_NS^{t}_{c_{x_t}} \times {}_tS^{t+a}_{c_{x_t}} \times {}_NS^{t}_{x_t}} = \frac{{}_tS^{t+a}_{x_t}}{{}_tS^{t+a}_{c_{x_t}}} \quad (2)$$

En ce qui concerne la durée écoulée depuis l'acquisition du caractère[209] :

$$\frac{c^{t}_{y_t}}{c^{t+a}_{y_t}} = \frac{\frac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_NS^{t}_{c_{y_t}}}{{}_NS^{t}}}{\frac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_NS^{t}_{c_{y_t}} \times {}_tS^{t+a}_{c_{y_t}}}{{}_NS^{t} \times {}_tS^{t+a}}} = \frac{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_NS^{t}_{c_{y_t}} \times {}_NS^{t} \times {}_tS^{t+a}}{{}_N\zeta_{(x_t-y_t)} \times {}_NS^{t}_{c_{y_t}} \times {}_tS^{t+a}_{c_{y_t}} \times {}_NS^{t}} = \frac{{}_tS^{t+a}}{{}_tS^{t+a}_{c_{y_t}}} \quad (3)$$

Si le calendrier de la survenue du caractère $C$ au sein d'une génération est particulièrement concentré autour d'un âge donné, les mesures de mortalité par générations

---

[208] - ${}_N\zeta_{x_t}$ : la probabilité d'acquérir le caractère $C$ entre la naissance et l'âge $x_t$ ;

- ${}_NS^{t}_{c_{x_t}}$ : la probabilité de survie des individus présentant le caractère $C$ d'âge $x$ en $t$ de leur naissance à la date $t$.

- ${}_tS^{t+a}_{c_{x_t}}$ : la probabilité de survie des individus présentant le caractère $C$ d'âge $x$ en $t$ de la date $t$ à la date $t+a$.

[209] - ${}_NS^{t}$ : la probabilité de survie de l'ensemble des individus de leur naissance à la date $t$.

- ${}_tS^{t+a}$ : la probabilité de survie de l'ensemble des individus de la date $t$ à la date $t+a$.

diffèreront peu de celles des cohortes constituées dans les générations ; la durée depuis laquelle le caractère a été acquis correspondant alors à l'âge des individus à la date *t* déflatée de l'âge à l'acquisition du caractère *C* au sein de la génération correspondante.

## II – Une mesure tributaire des données disponibles

La qualité des mesures qui pourraient être effectuées selon la méthode présentée précédemment dépend très largement de la qualité des enquêtes rétrospectives à partir desquelles celles-ci sont réalisées. Elle dépend avant toute chose de la représentativité des enquêtes rétrospectives utilisées. En effet, l'une des hypothèses sur lesquelles nous nous appuyons est que les comportements des individus observés à différents moments sont illustratifs des comportements de l'ensemble de la population parente. Si tel est le cas, l'évolution de la proportion d'individus présentant telle ou telle caractéristique ne pouvant être perdue par la suite ne peut dès lors être que la conséquence de sorties différentielle de la population. Dans le cas contraire, l'évolution peut autant s'expliquer par l'existence d'une sortie différentielle que d'une variabilité de la capacité de représentation des différents échantillons réalisés. Notons à ce propos que ce n'est pas la qualité de représentation des échantillons qui est dommageable, mais bien l'évolution de cette qualité. En effet, si lors des différentes enquêtes l'échantillon souffre d'un même biais à l'égard de l'ensemble de la population, la mesure effectuée ne sera pas à proprement parlé biaisé. Toutefois, elle ne sera pas une mesure de sortie différentielle de la population générale, mais une mesure de celle de la population effectivement représentée. Nous avions précisé que les enquêtes en population générale n'étaient pas en mesure de cibler les populations marginales, notamment celle des sans-domiciles fixes. Si les flux de transition entre la sous-population des sans-domiciles fixes et le reste de la population générale sont négligeables, ou si les personnes sortant de la sous-population des sans-domiciles ont des caractéristiques semblables aux personnes y entrant, la mesure de sortie différentielle ne sera pas biaisée. Il faudra toutefois être conscient qu'il s'agit de la sortie différentielle d'individus pouvant être joints lors d'enquête en population générale, plus que d'une mesure concernant l'ensemble de la population. Paradoxalement, l'amélioration de la représentativité des enquêtes rétrospectives peut alors être génératrice de biais, dès lors qu'il existe une corrélation entre le caractère discriminant et les sous-populations mieux représentées qu'auparavant. Indirectement, c'est également de la qualité des pondérations appliquées aux individus pour corriger l'échantillonnage que dépend, pour les mêmes raisons, la qualité de la mesure. Enfin, au-delà la représentativité, c'est également

de la finesse de l'échantillonnage que dépendra l'intérêt d'une telle méthode. La mortalité différentielle peut pour certains caractères peu discriminants être relativement faible ; ce n'est alors qu'a la condition d'effectifs d'individus interrogés honorables que pourront être mesurés des intervalles de confiance assez fins permettant de statuer sur l'existence de différences significatives.

L'autre élément sur lequel s'appuie la réalisation de cette mesure tient à la possible reconstruction des observations qui auraient été faites en *t* chez des individus observés en *t+a*. Dans le cas d'un caractère acquis ne pouvant être perdu par la suite, il suffit en *t+a* de connaître la date d'acquisition du caractère. Si celle-ci est comprise entre t et t+a, l'individu est considéré comme ne présentant pas le caractère. Dans le cas contraire, il présente le caractère C en *t* depuis la durée observée en *t+a* déflatée de la durée *a*. Nous n'avons ici pris en compte que la question d'un caractère ne pouvant être perdu par la suite, et ce, pour deux raisons. Non seulement la présentation des lois auxquels sont soumis les individus qui présentent le caractère *C* s'avère ainsi moins absconse que dans le cadre d'un évènement renouvelable. Ce parti pris simplificateur est justifié en cela qu'il illustre efficacement le fait qu'aussi complexes que puissent être les équations par lesquelles sont formalisées les « lois de détention du caractère *C* » à l'instant *t*, elles sont sans effet sur la mesure. En effet, ces lois sont invariantes, qu'elles s'appliquent aux individus observés en *t* ou en *t+a*. Elles s'en trouvent donc annulées par le rapport des proportions d'individus présentant le caractère C en *t* et *t+a*. Qui plus est, il sera présenté en quoi les données actuellement disponibles permettent difficilement d'obtenir des mesures sur des caractères renouvelables, qui nécessiteraient que soit identifié, en plus de la date d'occurrence de l'évènement ayant entraîné l'acquisition du caractère, le rang d'acquisition. Afin d'être le plus rigoureux possible, il conviendrait d'ailleurs de disposer également des durées écoulées en détenant le caractère *C* pour chacun des rangs d'acquisition et de la durée écoulée entre deux rangs. Il est actuellement impossible de disposer, s'agissant des usages de drogues, d'un tel niveau de détail.

## §2 – Application aux données du baromètre santé

### I – Présentation des enquêtes baromètre santé

Le baromètre santé est une enquête quantitative ayant pour objectif de décrire les comportements, attitudes, opinions et connaissances des français en matière de santé. L'objectif principal est d'obtenir, au travers d'une observation transversale, un état des lieux aux différents instants où celle-ci est réalisée, et a pour vocation, par sa répétition dans le temps de suivre l'évolution des déterminants de santé. La création du baromètre santé a été décidée par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en relation avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts), le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (direction générale de la santé), le Haut Comité de la santé publique, la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Ces enquêtes ont débuté en 1992 et furent renouvelées en 1993, 1995, 2000 et 2005. Elles sont aujourd'hui réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Elles utilisent la technique du sondage aléatoire et sont réalisées par téléphone. Cette solution fut préférée à l'issue des recherches menées par les membres de l'équipe en charge de la réalisation de l'enquête ACSF[210]. Lors des différents tests préalables à la réalisation effective de l'enquête, il a été constaté que les taux de refus s'avéraient similaires par téléphone et en face à face (ACSF investigators [1992]). À cette occasion a également été notée une plus grande facilité à répondre au téléphone, ainsi qu'une meilleure cohérence et un contrôle de terrain plus efficace. Par conséquent le *« surcoût d'une enquête en face à face n'est pas apparu [être] un gage de qualité »* (Firdion et Riandey [1993]).

La base de sondage a vu son effectif largement augmenté au fil des réalisations du baromètre. D'environ 2000 individus en 1992, elle a atteint pour l'année 2000 13 685 individus et 30 514 pour l'enquête 2005. À partir de l'enquête 2000 a été constituée une liste de numéro susceptibles d'appartenir à la liste rouge afin d'être le plus exhaustif possible et de ne pas se limiter aux seuls numéros de la liste blanche et orange. Celle-ci a été constituée en effectuant un tirage aléatoire au sein des abonnés inscrits sur la liste blanche et en modifiant le dernier numéro en y ajoutant un 1 (exemple : 01 23 45 67 89 est devenu 01 23 45 67 90). Il en a été de même en 2005, complété d'une génération de numéros de téléphones portables. Les préfixes des trois opérateurs nationaux ont été utilisés (l'importance de leur part de marché ayant été respectée), et furent complétés par la production aléatoire de la fin des numéros. Deux échantillons distincts sont alors réalisés.

[210] Analyse des Comportements Sexuels en France.

L'échantillon des individus enquêtés par ligne fixe est un sondage à deux degrés à probabilités inégales : tirage au sort des ménages, puis tirage au sort d'un individu dans chaque ménage parmi l'ensemble des sujets éligibles par la méthode du plus proche anniversaire[211]. En pratique, on peut considérer ce type de sondage comme étant un sondage à un degré à probabilités inégales, puisqu'il n'y a pas d'effet de grappes. Pour être éligible, le ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans[212] et parlant le français. L'échantillon des portables exclusif, c'est-à-dire sans ligne fixe dans le ménage, est réalisé de manière indépendante. Lorsque le numéro généré aléatoirement s'avérait exister, une question filtre excluait les répondants qui disposaient également d'une ligne fixe. La sélection de l'enquêté au sein du ménage se fait, par la suite, identiquement à ce qu'il en est dans l'échantillon des lignes fixes.

Le choix d'individus étant âgés de 12 à 75 répond principalement à des contraintes techniques. La limite d'âge supérieure (moins de 76 ans) s'explique en premier lieu du fait que les refus sont très importants de la part d'une population plus âgée et que des problèmes d'auditions rendent difficile les enquêtes par téléphone. Ensuite, un certain nombre d'individus de plus de 75 ans sont en séjour en milieu hospitalier ou en maison de retraite, risquant ainsi qu'une enquête réalisée au domicile puisse ne pas être représentative. La limite inférieure s'explique plus par une enquête de terrain présentant cet âge comme une limite maximale. Par ailleurs, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) formula deux recommandations ayant été strictement appliquées : les jeunes de moins de 15 ans ne pouvaient participer à l'enquête que si au moins un des parents donnait son autorisation et les questions les plus sensibles ne devaient pas leur être posées (sexualité, suicide, drogues illicites). Du fait des limitations imposées par la CNIL et dans l'objectif de réaliser une étude relative au sujet des drogues, ne seront donc pris en compte que les plus de 15 ans. De plus, afin de pouvoir respecter des classes d'âges d'intervalles constants seront également exclus les individus de 75 ans. Les indices développés par la suite se limiteront donc aux individus âgés de 15 à 74 ans. En raison de ces restrictions d'âge, les indices mesurés porteront sur un effectif de 13 118 individus pour l'enquête 2000 et 29 219 individus pour l'enquête 2005.

Afin de minorer l'effet de l'ordre de passation des questions ou de la formulation des réponses possible, les mêmes échelles de réponses ont été utilisées pour l'ensemble des

[211] Cette méthode consiste à retenir le membre du foyer ayant la date d'anniversaire la plus proche à venir.

[212] Avant l'enquête 2000, les jeunes de 12-19 ans faisaient l'objet d'une enquête indépendante de celle réalisée auprès des plus âgés. À partir de l'enquête 2000, ils furent intégrés à l'ensemble de la population sondée, permettant d'avoir un continuum d'observation en matière de santé selon l'âge des individus, rendant ainsi plus évident le passage de l'adolescence à l'âge adulte concernant un ensemble de questions exactement identiques.

questions et les questions relatives aux craintes des individus ont été posées de manière aléatoire. Enfin, les questions les plus intimes ou sensibles ont été placées après la passation d'un ensemble de questions plus générales afin de ne pas rebuter les enquêtés en vue de ne pas souffrir d'un trop fort taux de refus ou de non-réponse.

Les enquêtes baromètre s'appuyant sur les déclarations rétrospectives, on y retrouve donc les risques d'erreurs énoncées dans le troisième chapitre de la première partie de ce travail.

## II – Les différentes mesures de mortalité différentielles réalisables

### *A – Mortalité différentielle des expérimentateurs de tabac*

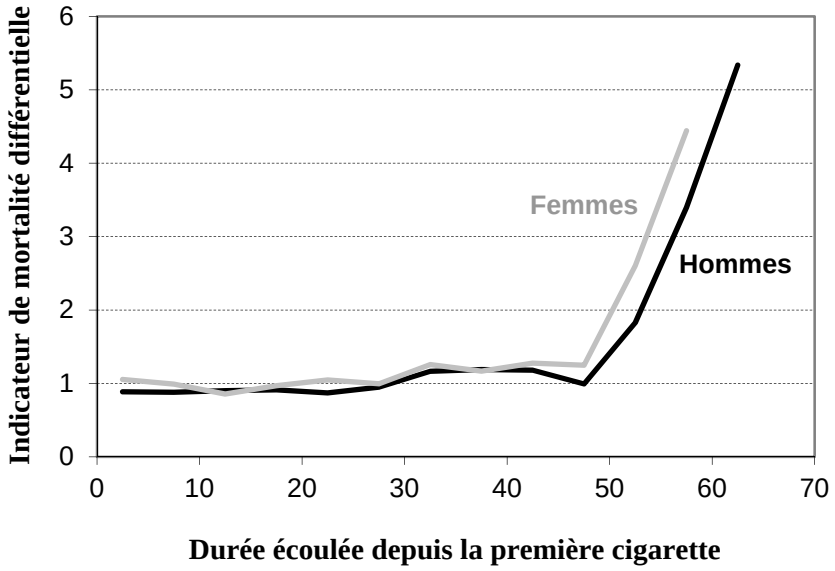
Il est possible de distinguer au sein des baromètres santé les individus qui fument au moment de l'enquête. Parmi ceux qui ne fument pas actuellement, on peut par ailleurs différencier ceux n'ayant jamais fait l'expérimentation du tabac de ceux ayant au moins essayé une fois de fumer. On dispose de plus de l'âge à la première cigarette. Il est donc possible d'identifier en 2005 les individus qui, s'ils avaient été observés en 2000, auraient déclaré avoir fumé au moins une fois au cours de leur vie. En effet, ceux déclarant n'avoir jamais fumé, ne ce serait-ce même qu'essayer, auraient en 2000 fait une même déclaration. Pour les autres, qu'ils soient ou non fumeurs actuels, l'âge auquel a été fumée la première cigarette nous permet de savoir si cette première expérience a eu lieu avant l'enquête de 2000 ou entre les enquêtes[213]. On considère alors les expérimentateurs de manière inclusive, c'est-à-dire que toute personne ayant un usage plus important que la simple expérimentation est considérée comme expérimentateur. Comme nous l'avions sous-entendu, une distinction par durée écoulée depuis la première consommation ne permet pas de dégager de tendances nettes qui ne soient pas brouillées par des variations aléatoires en raison d'un échantillonnage trop restreint[214]. Nous serons donc limités aux mesures de mortalité différentielle selon l'âge d'une

[213] Aux vues des calendriers de réalisation des enquêtes de 2000 et 2005, il est possible de faire comme si les individus avaient été enquêtés au 1er janvier.

[214] Bien que trop faible, précisons toutefois que le baromètre santé est l'enquête collectant des informations sur l'usage de drogues, ne se limitant pas à une tranche d'âge restreinte, qui dispose de l'échantillon le plus important.

part et la durée écoulée d'autre part[215] (graphique nº 51 et nº 52), la discrimination simultanée selon ces deux critères n'étant pas applicable.

**Graphique nº 51 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le tabac selon la durée écoulée depuis la première cigarette au 1er janvier 2000**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 (INPES) exploitation N.C-D

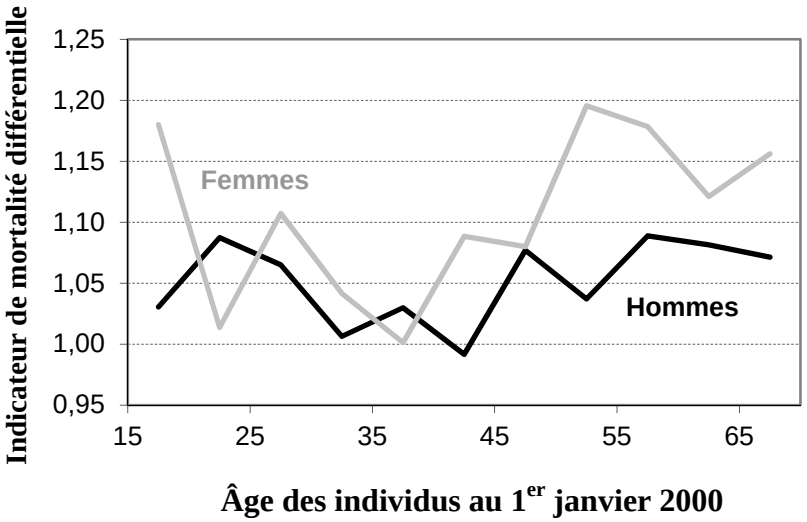
Tous âges confondus, il n'apparaît pas, ou peu, de mortalité différentielle avant qu'il ne se soit écoulées 50 ans années depuis la première cigarette fumée. Par la suite, celle-ci ne cesse d'augmenter et est, à chaque durée écoulée, plus importante pour les femmes. On retrouve, par cette mesure, l'idée maintenant largement acceptée selon laquelle la durée d'exposition au tabac accentue les dommages qu'il entraîne. On pourrait toutefois supposer à tort que cette durée doive être particulièrement importante (près d'un demi-siècle) pour qu'apparaisse réellement une mortalité différentielle. En effet, deux éléments participent à cette distinction tardive des expérimentateurs de tabac. D'une part, il n'est pas ici fait de distinction selon l'âge, par conséquent, aux durées les plus faibles sont mécaniquement contenus plus d'individus d'âge jeune n'ayant pas pu avoir expérimenté pendant une durée plus importante. Par conséquent, puisqu'il s'agit ici d'une mesure de mortalité différentielle à l'égard de l'ensemble de la population, elle contient en elle la moindre mortalité des plus jeunes comparativement aux plus âgés. D'autre part, il est à rappeler qu'il s'agit ici de la durée depuis la première cigarette et non de la durée depuis un usage régulier du tabac, l'une

[215] Respectivement équation (2) et (3) du paragraphe précédent.

et l'autre pouvant être séparés de plusieurs années. Il est d'ailleurs très probable qu'il s'agisse de la « 1ere cigarette fumée » au sens le plus large qui puisse être. Non seulement l'âge auquel a été consommée la première cigarette est une information collectée après qu'ait été distingué chez les non-fumeurs actuels s'ils avaient fumé « occasionnellement », « régulièrement » ou « juste une fois pour essayer ». La dernière modalité de réponse ici énoncée laisse supposer que les individus se sont sentis incités à déclarer l'âge de la première expérience, même si celle-ci c'est la première fois limitée à une bouffée. De plus, il est possible de constater que certains des individus ont déclaré des âges particulièrement faibles, au point que l'on puisse, de manière anecdotique, préciser qu'un individu déclare l'âge de un an. Cela laissant supposer qu'il s'agit ici plus d'une légende familiale selon laquelle l'individu aurait été soumis à l'ingestion « forcée » de tabac, plus que d'une réelle expérimentation.

Précisons enfin que l'indice de mortalité différentielle plus élevée des femmes ne signifie pas nécessairement que le tabac ait plus d'effet nocif pour les femmes que pour les hommes[216]. En effet, parce que les femmes sont moins souvent consommatrices de tabac que les hommes, la mortalité qui leur est attribuée en général contient dans un moindre degré que pour les hommes les effets du tabac. Dès lors, à nocivité égale la moindre proportion d'usagères que d'usagers se traduit par un différentiel de mortalité plus important.

**Graphique nº 52 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le tabac selon l'âge des individus au 1er janvier 2000**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 (INPES) exploitation N.C-D

[216] S'il ne confirme pas cette hypothèse, il ne l'infirme pas non plus pour autant.

Présenté selon l'âge des individus, l'indice de mortalité différentielle indique une surmortalité dès le plus jeune âge qui tend à s'amoindrir jusqu'aux générations âgées en 2000 de 30 à 39 ans pour, par la suite, augmenter de nouveau. Rappelons que la mortalité différentielle d'individus présentant un caractère, ici avoir déjà expérimenté le tabac, n'est pas la seule conséquence de cette consommation. En effet, l'indicateur utilisé nous informe de l'existence d'une dépendance par association et non d'une dépendance causale. Cela signifie que ceux qui sont le plus susceptibles de consommer du tabac au cours de leur vie sont également plus susceptibles de décéder pour toute cause que ce soit. Si elle contient inévitablement dans ces différentes causes la consommation de tabac, elle n'en est pas la seule composante. Les effets néfastes de la consommation du tabac ne s'observent qu'après une période assez importante de consommation, comme ce qui semblait paraitre précédemment. Il s'agit ici des expérimentateurs qui, s'ils incluent également des fumeurs réguliers, pouvant également n'être que des personnes n'ayant essayé qu'une fois au cours de leur vie. Cette proportion d'individus n'ayant fait l'expérimentation qu'une fois tend à diminuer avec l'âge[217] et fait que les personnes ayant expérimenté sont, de plus en plus, des fumeurs ou anciens fumeurs quotidiens.

La partie descendante de la courbe qui concerne les générations les plus jeunes est donc très certainement le fait des causes de mortalité autres que la consommation de tabac. Les plus jeunes expérimentateurs sont ceux qui ont le plus de comportements à risques, ce qui, dans la globalité, augmente la probabilité de décès. Cette différenciation de prises de risque, qui se traduit ici par l'expérimentation du tabac, tend à diminuer avec l'âge du fait qu'elle se banalise avec l'âge. La partie ascendante de la courbe serait dès lors le fait, dans une plus grande mesure, de la mortalité imputable au tabac par les conséquences morbides que son usage entraîne.

Il aurait été souhaitable, afin d'affirmer avec plus de certitude ce qui vient d'être énoncé, de pouvoir prendre une mesure de mortalité des expérimentateurs au sens exclusif, c'est-à-dire les individus n'ayant fait qu'une fois l'expérimentation du tabac. Cela s'avère impossible. En effet, le type d'usage (occasionnel, régulier, ou une seule fois) n'est indiqué que pour les personnes ne consommant plus actuellement. Dès lors, il est impossible de savoir pour les « fumeurs actuels » en 2005 s'ils étaient, en 2000, fumeurs réguliers ou simples expérimentateurs. Il n'est pas non plus possible de reconstituer ce qui aurait été observé en 2000 chez les individus ne fumant plus actuellement. En effet, rien n'empêche que des

[217] Cf. annexe n°13 p. 454.

individus qui en 2000 n'auraient fait que consommer une fois du tabac au cours de leur vie aient, entre 2000 et 2005, eu un usage occasionnel ou régulier.

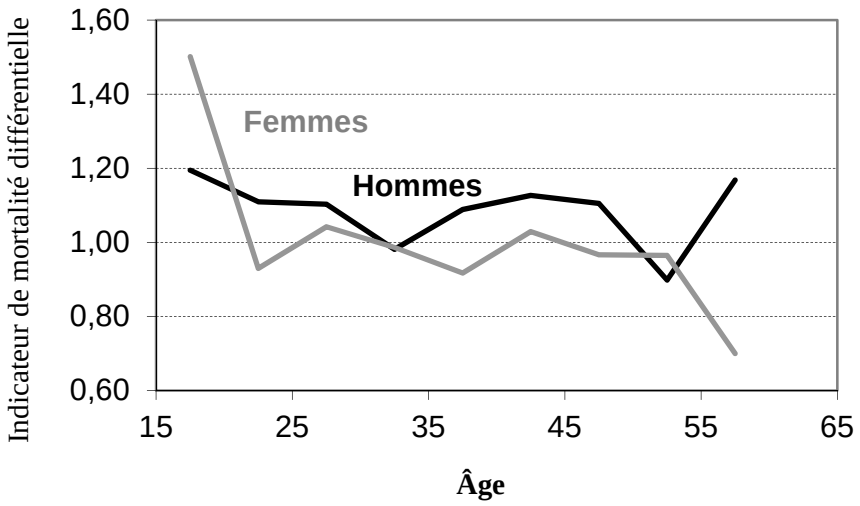
### *B – Mortalité différentielle des expérimentateurs d'alcool*

Il n'est pas possible de prendre la mesure de la mortalité différentielle des expérimentateurs, tel que cela a été effectué pour le tabac. Bien qu'ayant la part des individus qui ont déjà expérimenté l'alcool, l'âge de la première consommation d'alcool n'est pas collecté. À défaut, nous aurions pu décider d'avoir recours aux informations concernant l'ivresse. Le caractère *C* étant alors ici « avoir déjà été ivre au cours de sa vie ». L'âge à la première ivresse nous permet de reconstituer les proportions d'individus ayant déjà été ivres et enquêtés en 2005 qu'on aurait observé en 2000. Cependant, ne sont renseignés en 2000 que les ivresses ayant eu cours lors de l'année passée et non au cours de la vie. Aucune mesure n'est alors réalisable pour l'alcool.

### *C – Mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis*

Les mesures qui suivent sont réalisées sur les mêmes principes que ceux ayant permis la réalisation des indices liés à l'expérimentation de tabac.

**Graphique nº 53 : Mortalité différentielle des individus ayant expérimenté le cannabis au cours de leur vie, selon le sexe et l'âge en 2000 (en %)**

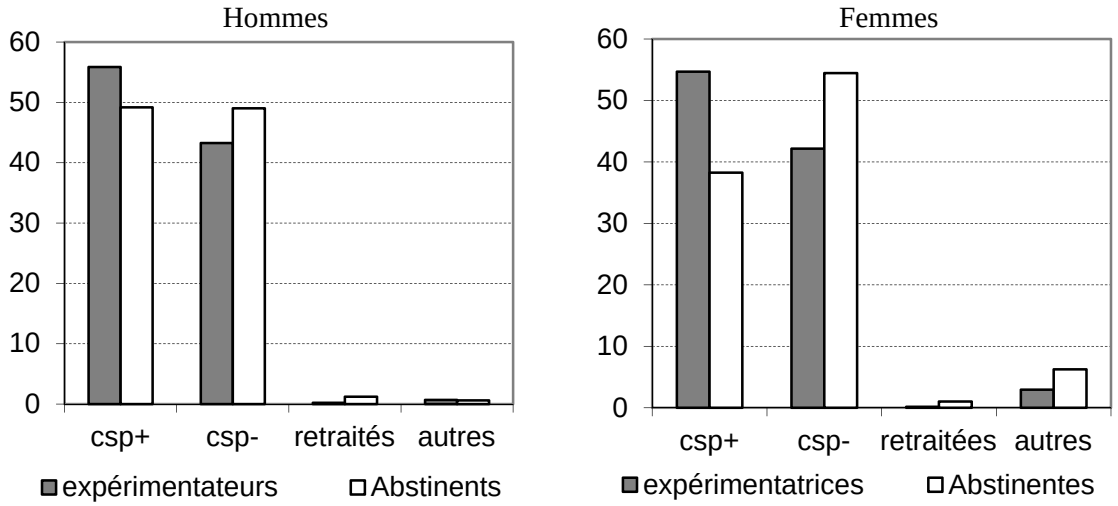



Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D

Aux âges les plus faibles (15-19 ans), hommes et femmes ayant expérimenté le cannabis présentent une surmortalité. Cela peut s'interpréter identiquement à ce qu'il en a été en ce qui concerne le tabac, c'est-à-dire qu'ils sont ceux qui ont la plus forte propension au risque ; propension qui se traduit d'ailleurs ici par le caractère discriminant, c'est-à-dire leur expérimentation du cannabis. On retrouve également une plus importante surmortalité des jeunes femmes que des jeunes hommes, reflétant un plus grand particularisme chez les femmes que chez les hommes d'avoir ces comportements à risques. Il semblerait que les jeunes hommes qui présentent un comportement à risques spécifique se distinguent moins de l'ensemble des hommes. On peut alors imaginer que les différents comportements à risques se distribuent plus largement sur l'ensemble des hommes, ce qui expliquerait que la surmortalité de ceux qui présentent un comportement à risque spécifique soit moins importante que chez les femmes. Au contraire, il semblerait que les femmes qui présentent un comportement à risque particulier sont, la plupart du temps, également celles qui présentent d'autres comportements à risques, ou du moins que ces comportements se distribuent de manière moins importante chez les femmes que chez les hommes.

Cette surmortalité des jeunes hommes tend par la suite à se réduire, au point de ne plus être significativement différente de la mortalité de l'ensemble de la population. Cela pourrait s'expliquer par une atténuation de ce que peut être l'expérimentation de cannabis au regard de l'ensemble des pratiques à risques que les individus peuvent être amenés à rencontrer, et du risque morbide ou mortel de chacune de ces pratiques. Il est d'ailleurs à remarquer que cette tranche d'âge, où disparaît toute surmortalité, correspond à celle où s'observe la différence de mortalité la plus importante entre hommes et femmes (habituellement attribuée à des prises de risques différenciées). Chez les femmes, l'indicateur de surmortalité varie légèrement autour de l'unité entre 25 ans et 59 ans, signifiant qu'il n'apparaît pas ou peu de surmortalité. Les écarts à l'unité s'effectuant d'ailleurs plutôt en faveur d'une sous-mortalité, et d'autant plus pour les femmes les plus âgées. Celles-ci n'étant pas exemptes des conséquences néfastes de l'usage de cannabis, il apparaîtrait que c'est en raison du fait que l'expérimentation concerne une sous-population particulière de femmes que s'observe cette absence de mortalité différentielle. Une simple observation de la répartition par catégorie socioprofessionnelle selon le statut cannabique des individus appuie cette hypothèse.

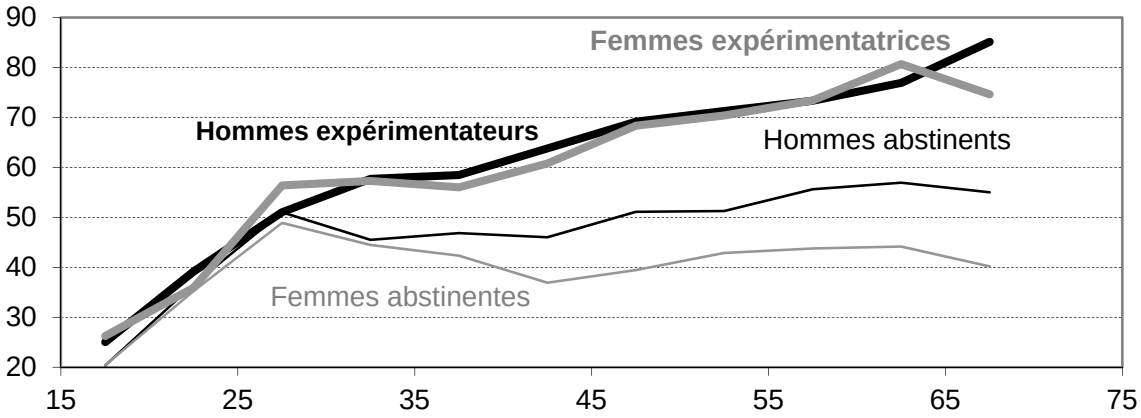
**Graphique nº 54 : Répartition par CSP[218] des individus selon leur statut cannabique (en%)**




Sources : baromètre Santé 2005 ; exploitation N. C-D

L'expérimentation de cannabis s'avérant plus importante au sein des CSP les plus élevés, l'absence de mortalité différentielle pourrait donc plus s'expliquer par compensation de mortalité différentielle des individus appartenant à une CSP privilégiée face à la mort, que par l'absence de conséquence d'une pratique d'usage de drogue. Dans la mesure où le différentiel est plus important chez les femmes qu'il ne l'est chez les hommes, cela pourrait expliquer que s'observe une sous-mortalité chez les expérimentatrices de cannabis que l'on ne retrouve pas chez les hommes (dans les enquêtes utilisées). Cette différence entre hommes et femmes s'accentue d'ailleurs avec l'âge (graphique nº 55).

**Graphique nº 55 : Part de CSP+ selon le statut cannabique, l'âge et le sexe (en %)**



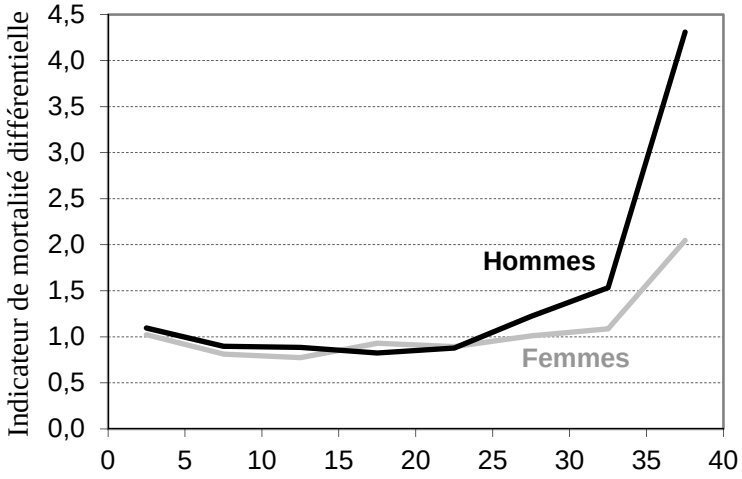

Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N. C-D

[218] CSP+ : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires. CSP- : Agriculteurs exploitants ; Employés ; Ouvriers.

Les niveaux de sous-mortalité atteignent toutefois des valeurs trop faibles pour qu'il puisse ne s'agir que d'une mortalité différentielle. Ces différences peuvent alors s'expliquer soit par une migration différentielle ? soit par une moindre tendance à cacher des usages de cannabis. En effet, l'usage du cannabis a été de moins en moins stigmatisé. Par conséquent, un indicateur de sortie différentielle inférieur à l'unité pourrait n'être en fait que la conséquence de déclarations « avouées » en 2005 qui en 2000 étaient encore cachées. Dès lors, ces déclarations tardives s'apparentent à une immigration importante d'usager de drogue. Cette moindre stigmatisation est d'ailleurs possiblement plus importante pour les individus les plus intégrés socialement. Il ne serait donc pas surprenant que l'amélioration des déclarations se fasse plus ressentir au sein des catégories socioprofessionnelles les plus élevées, et explique que la proportion d'expérimentatrices soit plus élevée au sein de ces CSP.

S'agissant à présent de la mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis selon la durée écoulée depuis le premier joint fumé (graphique nº 56), on constate une même tendance qu'en ce qui concerne les expérimentateurs de tabac.

**Graphique nº 56 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le cannabis selon la durée écoulée depuis le premier joint au 1er janvier 2000**




Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N. C-D

Quelques différences méritent cependant d'être soulignées. Notons tout d'abord que les femmes souffrent cette fois moins que les hommes de la surmortalité. On peut encore y retrouver ici les conséquences d'une appartenance plus importante aux CSP les plus élevées des expérimentatrices que chez les expérimentateurs. La seconde différence notable est

l'important écart de la durée d'expérimentation à partir de laquelle apparaît une mortalité différentielle, comparativement au tabac, près de vingt années. Plusieurs raisons peuvent expliquer une telle différence :

- l'existence d'une nocivité effectivement plus importante du cannabis que ne l'est le tabac, expliquant alors qu'a durée de consommation égale, les conséquences morbides soient plus importantes. L'existence de morbidités psychiatriques liées au cannabis tendrait d'ailleurs à accréditer cette hypothèse ; la mortalité par accident également.
- une proportion d'usagers réguliers de cannabis parmi les expérimentateurs plus importante que de fumeurs réguliers parmi les expérimentateurs de tabac[219].
- la qualification de la première expérience correspond, en ce qui concerne le cannabis, très certainement plus d'une réelle première consommation qu'elle ne l'est pour le tabac où les opportunités de fumer quelques bouffées « anecdotiques » sont plus probables.
- les expérimentateurs de cannabis peuvent également contenir en eux des expérimentateurs de tabac en pus grand nombre que les expérimentateurs de tabac ne contiennent des expérimentateurs de cannabis. La mortalité des usagers de cannabis tenant alors globalement de la mortalité différentielle liée aux consommations de tabac.

### *D – Mortalité différentielle des polyexpérimentateurs*

Afin d'estimer dans quelle mesure la mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis peut tenir du fait qu'ils soient également expérimentateurs de tabac, il est intéressant de prendre une même mesure de mortalité différentielle des individus ayant fait l'expérimentation des deux substances considérées. Il aurait été par ailleurs intéressant de confronter cette mesure à celle qui s'applique aux individus ayant exclusivement fait l'expérimentation du tabac ou du cannabis. L'effectif des individus n'ayant expérimenté que l'un ou l'autre des produits et ayant renseigné l'âge à l'expérimentation étant trop faible, nous ne pourrons que confronter cette nouvelle mesure aux résultats précédemment présentés.

[219] Les échelles de valeurs de l'usage régulier diffèrent d'un produit à l'autre il n'est alors pas possible de vérifier cette hypothèse.

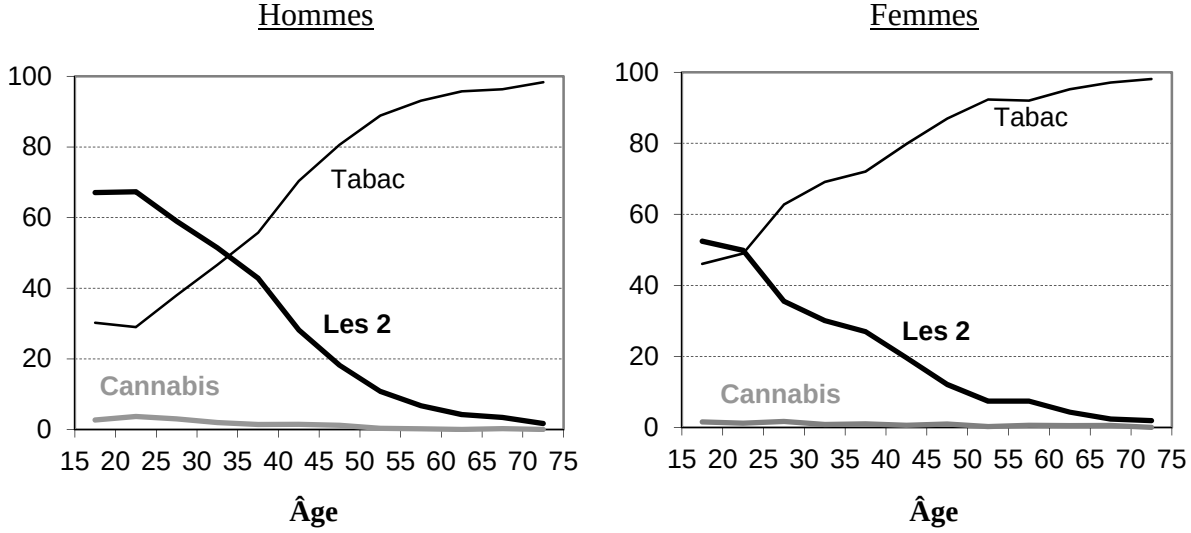
**Graphique nº 57 : Mortalité différentielle des individus selon le produit expérimenté au cours de leur vie, le sexe et l'âge en 2000**

Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N. C-D

Mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis et des polyexpérimentateurs sont intimement liées du fait que les personnes ayant expérimenté le cannabis n'ont que rarement jamais au mois fait l'expérience du tabac. L'une et l'autre des mesures se confondent quasiment à chaque âge. La différenciation entre types d'expérimentateur à l'égard de la mortalité différentielle à laquelle ils étaient soumis entre 2000 et 2005, tient en fait principalement à la part que représente chacun des sous-groupes au sein de l'ensemble des expérimentateurs (graphique nº 58). Cela se constate en effet très nettement en observant l'âge auquel les expérimentateurs de tabac représentent une part plus importante que les polyexpérimentateurs. Celui-ci correspond également à l'âge où la mortalité différentielle des expérimentateurs de tabac se distingue de celle des polyexpérimentateurs. Au-delà de cet âge (30 ans pour les hommes, 20 ans pour les femmes), on obtient donc un ersatz acceptable des mesures qu'on aurait souhaité effectuer en distinguant la mortalité différentielle des individus n'ayant qu'uniquement expérimenté le tabac ou le cannabis[220]. Celle-ci concerne la presque totalité des âges pour lesquelles la mesure peut être effectuée en ce qui concerne les femmes. S'agissant des hommes, aucune distinction ne peut être réalisée avant 30 ans où les individus ayant expérimenté tabac et cannabis sont majoritaires.

[220] Si ce n'est pas le cas en termes de valeur, elle l'est en ce qui concerne les tendances.

**Graphique nº 58 : Part des individus ayant expérimenté chacun des produits au sein des personnes ayant expérimenté au moins un produit, selon l'âge et le sexe (en %)**




Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D

La distinction selon le sexe marque une fois encore une nette différenciation sur la sélection qui s'opère chez les femmes quant à leur expérimentation de cannabis. En effet, à partir de 20 ans, la surmortalité mortalité des expérimentatrices est toujours supérieure à celles des polyexpérimentatrices. Au contraire chez les hommes, dont on a vu qu'ils n'étaient pas autant distingués selon leur CSP, les polyexpérimentateurs souffrent d'une surmortalité plus importante, signe d'une effective surmortalité liée à la consommation de cannabis. Les variations aux âges plus élevés ne peuvent être rigoureusement commentées du fait quelles soufrent vraisemblablement d'un trop faible effectif d'individus répondant aux caractéristiques discriminantes.

Prendre la mesure de la mortalité différentielle selon la durée écoulée depuis le début de l'expérimentation n'apporte pas d'information nouvelle. En effet, qu'elles soient réalisées selon que l'on tienne compte de la durée écoulée depuis le premier produit consommé ou le second, elles suivent une même tendance que ce qui a été observé pour le tabac ou le cannabis. Une nette surmortalité apparaît à une durée importante écoulée depuis la consommation. En raison d'une qualification différente de la 1ère expérience selon qu'il s'agisse du tabac ou du cannabis, cette surmortalité apparaît avec un décalage de dix années selon que l'on considère la durée depuis le premier produit expérimenté ou le second. Cela s'explique par une plus importante proportion d'individus ayant expérimenté le tabac en premier lieu[221].

[221] L'enchaînement des produits dans le parcours des usagers fera l'objet d'un plus long développement dans le second chapitre de cette partie.

*E – Mortalité différentielle des expérimentateurs d'autres substances*

L'information collectée sur l'expérimentation d'autres stupéfiants que le cannabis concerne principalement neuf autres produits : Les champignons hallucinogènes, les poppers, les colles et solvants, l'ecstasy (ou MDMA), les amphétamines, le LSD, le crack, la cocaïne, et l'héroïne. Toutes ne présentent cependant pas les mêmes possibilités d'études en raison des modifications apportées entre 2000 et 2005. En effet, en 2005 il était demandé, pour chacun de ces neuf produits susmentionnés, si les individus s'en étaient déjà vus proposés, s'ils en avaient fait l'usage au cours de leur vie, ainsi qu'au cours de différentes durées de temps. Lors du baromètre 2000, cette information n'était pas directement demandée aux enquêtés s'agissant des champignons hallucinogènes, des poppers et du crack. Il est vrai qu'il est possible de disposer de la question « avez-vous consommé d'autres drogues/lesquelles », mais celle-ci n'est que très rarement complétée. L'expérimentation ne concernant parfois que de très faible usage, les individus n'y pensent pas spontanément si la substance n'a pas été citée au préalable. D'autres produits sont également répertoriés au cours de la question relative aux autres drogues, mais ne concernent qu'une quantité marginale des enquêtés et ne présentent donc que très peu d'intérêt. De plus, rares sont les personnes les plus âgées qui acceptent de répondre à ces questions. Les tranches d'âges pour lesquelles on dispose d'information varient donc d'un produit à l'autre. Nous nous restreindrons donc ici à une mesure de mortalité différentielle ne concernant que les produits pour lesquels il a explicitement été demandé si les individus en ont déjà fait l'usage au cours de la vie. La prévalence de l'usage de ces substances est, comme nous l'avons déjà mentionné, très faible[222]. La mesure ici présentée est une mesure globale ne tenant compte ni de l'âge ni de la durée écoulée depuis la première consommation (tableau nº 12). La faiblesse de l'échantillonnage fait que les indices ne sont aucunement représentatifs et ne sont donc donnés qu'à titre informatif. Notons par ailleurs, que même dans l'éventualité où ceux-ci seraient significatifs, ils resteraient toutefois à considérer avec beaucoup de réserves. En effet, l'amélioration de la collecte entre 2000 et 2005, notamment par la prise en compte des téléphones portables, peut influencer la mesure en ce sens que certaines personnes qui ne pouvaient être intégrées auparavant, l'ont été par la suite. Leur possible intégration à l'enquête influence l'indice de sortie différentielle à la hausse s'ils ne disposent pas du caractère, et à la baisse dans le cas contraire. Cette considération n'influence que très peu les résultats lorsque le caractère est très répandu dans

[222] La prévalence d'usage de l'ensemble de ces stupéfiants selon l'âge des individus sera toutefois présentée, ne serait-ce qu'à titre indicatif dans la suite de ce travail.

la population, contrairement à ce qu'il en est ici des substances auxquelles nous nous intéressons à présent.

**Tableau nº 12 : Mortalité différentielle des expérimentateurs selon la substance considérée et le sexe des individus.**

| | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| LSD | 0,839 | 1,687 |
| Héroïne | 0,919 | 0,856 |
| Ecstasy | 0,541 | 0,574 |
| Colles et solvants | 1,616 | 1,814 |
| Amphétamines | 0,855 | 1,223 |
| Cocaïne | 0,640 | 0,725 |

Sources : baromètre Santé 2000 et 2005 ; exploitation N. C-D

En intégrant les individus n'ayant qu'exclusivement un portable, on couvre en 2005 une population marginalisée et sans-domicile que l'on ne pouvait guère contacter lors de l'enquête 2000. Les enquêtes de terrains nous ont par ailleurs appris que cette sous-population était plus consommatrice que la population globale de ces différentes substances. Par conséquent, l'intégration en 2005 de cette population se traduit dans la mesure effectuée comme un moindre risque de sortir de la population, puisqu'elle est proportionnellement plus présente qu'en 2000. Cela n'est qu'artificiel. Il s'agit en fait d'entrées, dans l'échantillon, d'individus qui n'étaient pas présents en 2000.

## ***Section 2*** *- Confrontation empirique et théorique : des mesures de mortalité différentielle aux biais qu'elles induisent*

Puisque les mesures effectuées sont dépendantes de la qualité de la collecte, et plus particulièrement de la variabilité de la qualité de celle-ci, il est nécessaire qu'elles soient confrontées à d'autres mesures. Elles ne peuvent être comparées aux suivis de cohortes de fumeurs ou de consommateurs d'alcool puisque ces derniers prennent la mesure de la survenue des diverses pathologies pour lesquelles il est cherché l'existence d'un lien de causalité. Or, la mortalité différentielle ne tient pas du seul fait des conséquences de l'usage de l'une ou l'autre des substances. Ce n'est donc pas non plus en sommant les causes de mortalité rattachées à chacune des pathologies recensées comme expliquées par l'usage de

produits que nous parviendrions à une mesure alternative de mortalité différentielle. C'est donc par le détournement des données d'un suivi de panel que nous tenterons d'obtenir une mesure appréciative de la cohérence des mesures précédentes. L'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), réalisée depuis 1988 par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), collecte de l'information relative aux consommations de tabac et dans une moindre mesure d'alcool. La particularité de cette enquête tient du fait qu'est également identifiée la raison de non-réalisation de l'enquête, spécifiant ainsi, lorsque c'est le cas, le décès des individus. Nous verrons toutefois qu'elle ne peut cependant pas avoir d'autre objectif, en matière de mortalité des usagers, que de nous offrir une possible comparaison.

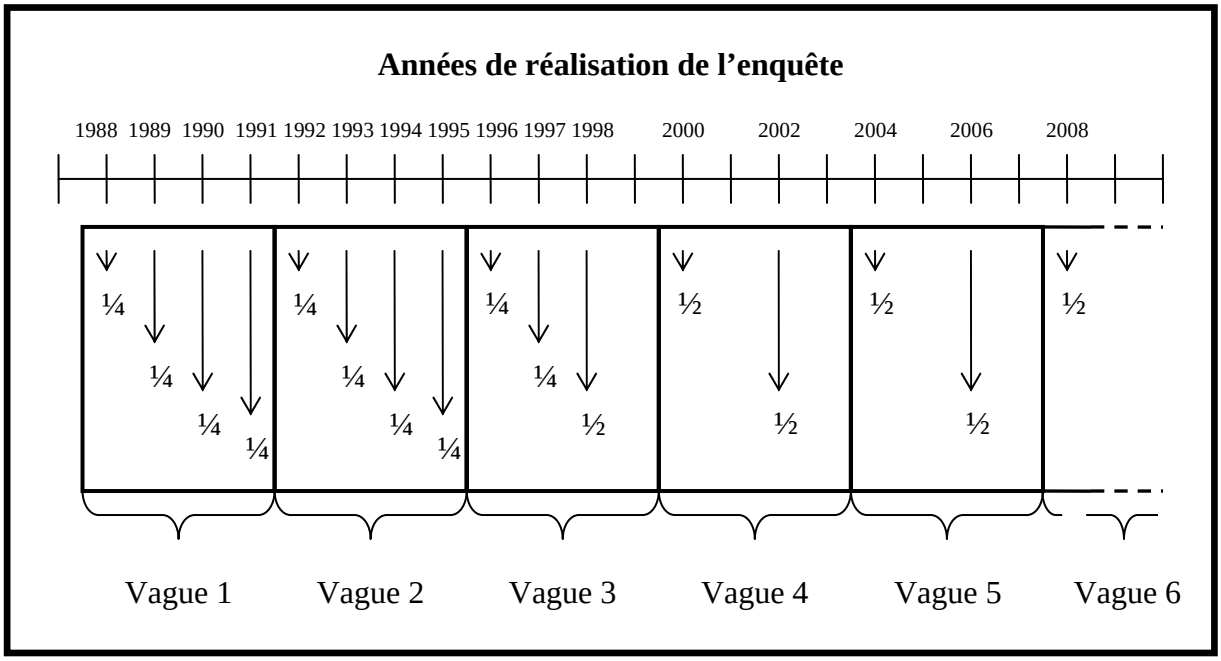
## §1 – Mesure de moralité effectuée à partir d'un panel

### I – Présentation de l'enquête utilisée

L'enquête ESPS est le résultat d'une volonté, datant du milieu des années 1960, d'avoir recours aux documents administratifs de la sécurité sociale pour initier des recherches qui permettraient d'étudier les relations entre accès au système de soin et morbidité. C'est en 1952 qu'est effectué le premier sondage sur les dossiers des caisses primaires d'assurances maladie. Le premier appariement entre données d'enquête et données de sécurité sociale est quant à lui effectué treize années plus tard. (Mizrahi A. et Ar. [2005]). C'est dans cette continuité qu'a lieu pour la première fois l'enquête ESPS en 1988. L'objectif principal de cette enquête *« est de décrire et d'analyser les relations entre consommation de soins, état de santé, caractéristiques socio-économiques et couverture sociale »* (Doussin et al. [2002]). Annuelle jusqu'en 1998, elle devient par la suite bisannuelle. Les individus qui constituent le panel ne sont cependant pas enquêtés tous les ans (ou tous les deux ans depuis 1998). En effet, l'échantillon réalisé initialement est subdivisé en 4 sous-échantillons qui seront enquêtés les un après les autres au cours des 4 années à venir. Les individus ayant été enquêté la première fois en 1988 ne sont donc enquêtés une seconde fois qu'en 1992 puis en 1996 (figure n° 5). Lorsque le rythme est devenu bisannuel l'échantillon est subdivisé en 2, mais les individus restent enquêtés tous les 4 ans. Lors de chaque année d'enquête, celle-ci est réalisée à deux

instants dans l'année, l'un au printemps, l'autre en automne afin de pouvoir prendre en compte la saisonnalité de certaines maladies.

**Figure nº 6 : description du renouvellement de l'enquête ESPS**




L'échantillonnage est réalisé à partir de trois fichiers d'assurés des principales caisses de Sécurité sociale. Initialement restreint aux assurés du régime général, donc de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), il s'élargit en 1994 aux assurés soumis au Régime Social des Indépendants[223] (RSI), puis en 1996 à ceux de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Une fois les assurés tirés au hasard, c'est l'ensemble des membres des ménages qui participent à l'enquête, ainsi que les ayants droit de l'assuré et de son conjoint. L'échantillon est ainsi représentatif de 96 % de la population vivant en France. L'information est recueillie en partie par interview assistée par ordinateur et en partie par l'utilisation de questionnaires autoadministrés (que l'enquêté remplit lui-même). L'ensemble de l'enquête se subdivise en différents modules :

- un questionnaire principal : qui collecte les caractéristiques sociodémographiques, l'activité professionnelle, l'existence d'une éventuelle couverture complémentaire ou de la CMU[224], ainsi qu'un ensemble d'informations sur les comportements de soins, d'informations et d'opinions sur le système de soins ;

[223] Anciennement appelé CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

[224] Couverture maladie universelle.

- un questionnaire santé : il contient des questions sur l'état de santé, la consommation de médicaments ainsi que d'autres portants sur des comportements à risque ou de prévention, notamment pour ce qui nous intéresse tous particulièrement, à l'égard du tabac et de l'alcool ;
- un questionnaire sur une pathologie : variable selon les années ;
- un questionnaire hospitalisation : uniquement destiné aux personnes hospitalisées au cours des trois mois qui précédent l'enquête ;
- un questionnaire couverture complémentaire rempli par chaque souscripteur d'un contrat de couverture complémentaire maladie. Un questionnaire spécifique est proposé lorsqu'il s'agit d'une couverture complémentaire de la CMU.
- Un carnet de soins est remis (jusqu'en 2002) à chaque ménage en vue de relever, pendant une période de 30 jours, pour l'ensemble des membres du ménage, les consommations de soins. Celui-ci a été abandonné en raison des biais de déclarations de soins (Dourgnon et Renaud [2006]) et d'une plus grande aisance à définir les soins perçus par les individus en raison de la classification commune des maladies. La possible mise en relation de ces informations avec les caractéristiques des individus dépend du possible appariement des données de Sécurité sociale et des données d'enquêtes.

Les données et documents de travail qui ont été mis gracieusement à notre disposition par l'IRDES nous permettent d'exploiter les enquêtes 1996 à 2006 et permettront d'entreprendre des mesures de mortalité sur cette période.

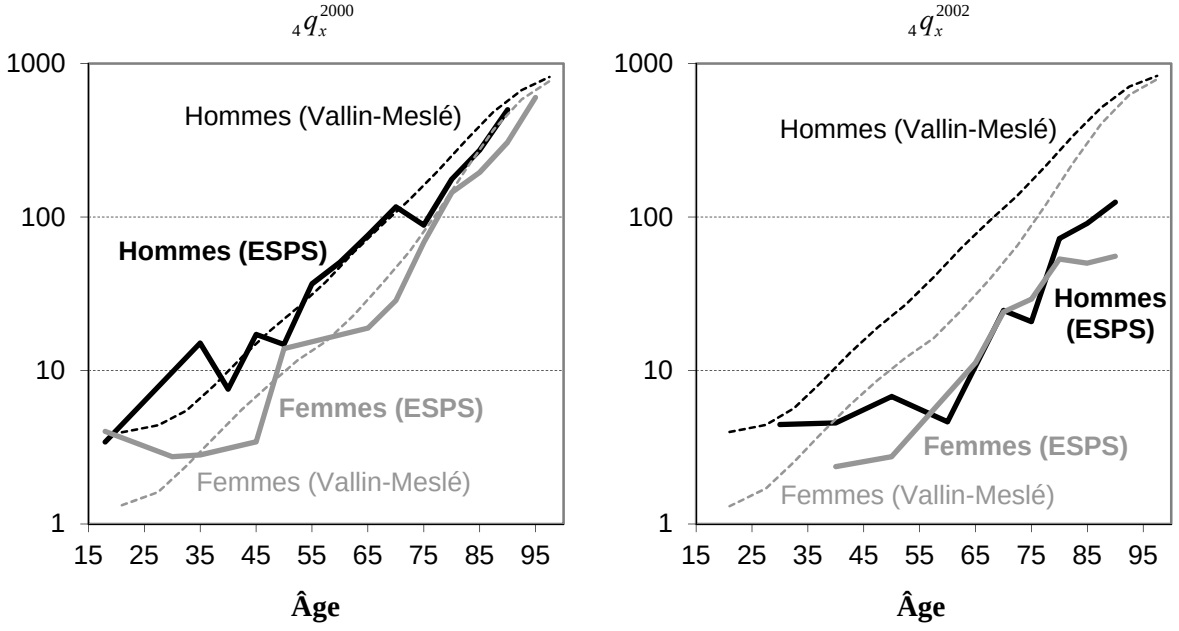
## II – Entre attrition et mortalité : une mesure par défaut

Du fait que l'échantillonnage soit réalisé sur les assurées principaux et que soient *a posteriori* enquêté l'ensemble des individus qui lui sont liés, l'impossibilité de contacter cet assuré principal entraîne par conséquent la sortie du panel de l'ensemble des personnes du ménage. Dès lors, toute mesure de sortie du panel, sous quelque forme que ce soit – refus de répondre, déménagement, décès, … – ne pourra s'effectuer qu'au niveau des ménages (ou de l'assuré principal) et non de l'ensemble des individus enquêtés. Cette limite nous restreint donc, dans l'objectif de prendre une mesure de mortalité des individus selon leur statut tabagique aux seules personnes âgées de plus de 18 ans. À cette restriction près, on pourrait vouloir calculer des quotients de sortie de l'échantillon par cause. Lorsque la cause est le décès, il s'agirait alors de quotients de mortalité. En cela, on pourrait penser que cette source

de données est à même de nous apporter plus de détail que la simple mesure de mortalité différentielle que celle que nous avons auparavant présentée. La qualité de l'identification des décès étant variable dans le temps, et cette déclaration n'étant pas exhaustive, nous ne pouvons que nous restreindre à une mesure que nous qualifions de mesure « par défaut » en cela qu'elle s'avèrera soumise à certaines hypothèses, mais reste la seule possible de nous offrir un repère comparatif aux mesures précédentes.

En effet, les décès sont en premier lieu repérés dans les fichiers de l'assurance maladie. Non seulement cette information n'est pas toujours à jour, mais elle n'est par ailleurs récoltée que dans le cas des assurés du régime général. Cette identification des décès est ensuite vérifiée sur le terrain de l'enquête lorsque ces décès sont signalés par un proche à l'enquêteur. Afin de juger de la qualité de l'enregistrement des décès, il convient, avant toute distinction selon le statut tabagique, de contrôler si les quotients de mortalité qui en découlent ne se différencient pas trop de ceux que l'on observe dans l'ensemble de la population. Pour cela, nous utiliserons les quotients réalisés par Jacques Vallin et France Meslé pour en déduire des quotients ayant cours sur une même durée et des mêmes groupes d'âge (Vallin et Meslé [2001]). Puisque les individus sont réinterrogés tous les quatre ans c'est sur cette durée que sont calculés les quotients de mortalité (graphique nº 59). On peut ainsi, en utilisant les données d'enquêtes 2000 à 2006, produire les quotients de mortalité de 2000 à 2004 et de 2002 à 2006.

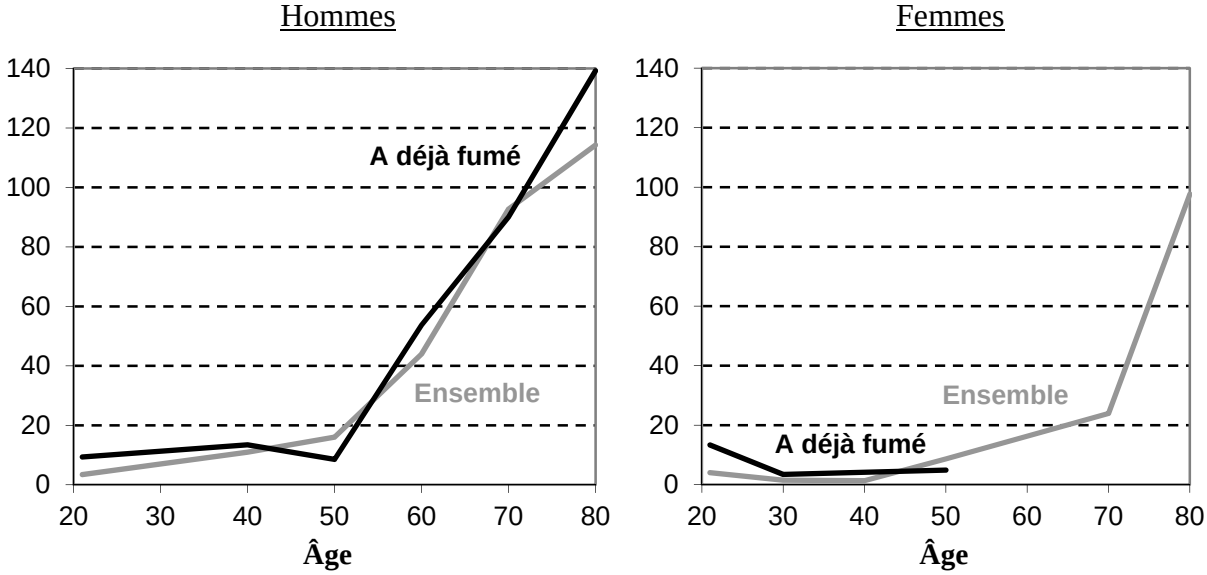
**Graphique nº 59 : Quotient de mortalité quadriennaux par âge en début de période selon le sexe et la source utilisée (en ‰)**




Source : ESPS 2000-2004/Vallin-Meslé (2001) – Exploitation N.C-D

La confrontation des deux sources nous montre autant la variabilité de la qualité d'identification des décès que la possible utilisation de certaines années d'enquête. En effet, il apparaît clairement que l'utilisation des enquêtes ESPS sous-estimerait grandement la mortalité des individus entre 2002 et 2004. En effet, la mortalité est près de 10 fois inférieure à ce qui est obtenu grâce aux quotients de Vallin et Meslé. Au contraire, bien qu'imparfaites, les données issues des motifs de non-réponses des enquêtes ESPS 2000-2004 sont assez proches des quotients de la population générale pour être réutilisées par la suite. Cependant, en raison du faible échantillonnage dont on dispose (environ 7000 ménages) nous ne pourrons avoir recours qu'à des mesures de quotient de mortalité selon le statut tabagique par classe d'âge décennale (graphique nº 60). Il ne peut alors pas être assuré, au regard des quotients de mortalité des personnes ayant déjà fumé au cours de leur vie, d'une quelconque mortalité différentielle comparativement à l'ensemble des enquêtés.

**Graphique nº 60 : Quotients de mortalité de 2000 à 2004 selon le sexe, l'âge (en ‰)**

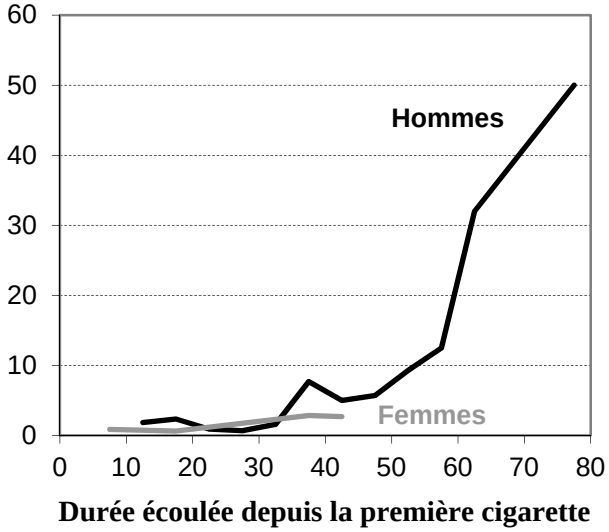



Source : ESPS 2000-2004 – Exploitation N.C-D

Puisqu'il est demandé aux individus qui déclarent fumer *« de façon habituelle »* depuis combien d'années ils fument, et à ceux déclarant avoir *« déjà fumé »* combien d'années ils ont fumé et la date à laquelle à eu lieu l'arrêt, il est possible de calculer les quotients de mortalité selon la durée écoulée depuis le début de la consommation de tabac (graphique nº 61). Puisque la durée écoulée depuis le début de la consommation est directement liée à l'âge des individus, en ce sens que pour avoir consommé depuis une certaine durée il est nécessaire d'avoir au

minimum cet âge, il n'est pas étonnant d'obtenir des quotients de mortalité qui augmente au fil des durées.

**Graphique nº 61 : Quotients de mortalité de 2000 à 2004 selon le sexe, et la durée écoulée depuis le début de la consommation (en ‰)**




Source : ESPS 2000-2004 – Exploitation N.C-D

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un même indicateur, cette dernière mesure est très proche de celle qui a été établie à partir des enquêtes rétrospectives, puisqu'il suffirait de rapporter à son complémentaire à l'unité, pour chaque durée écoulée, la probabilité de survie de l'ensemble de la population (identique pour chaque durée). De cette mesure présentant *a priori* peu d'intérêt découle en fait une confirmation de l'intérêt de la mortalité différentielle à partir d'enquête rétrospective. Nous y reviendrons en temps voulu.

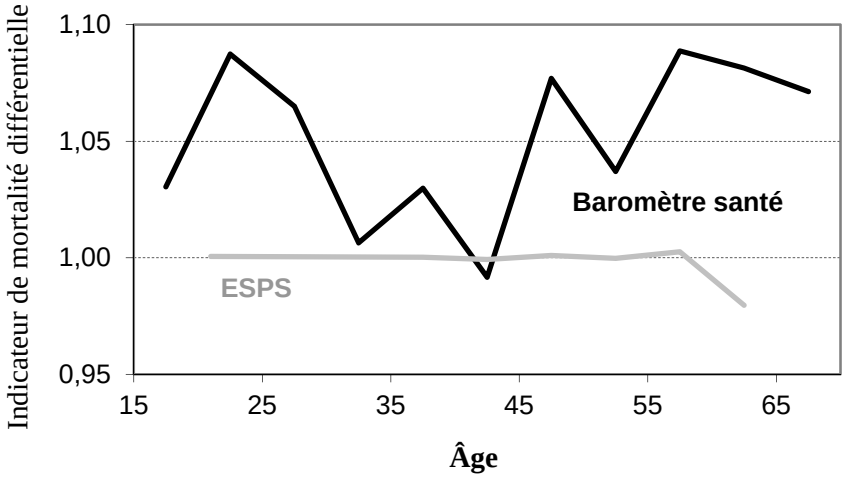
## §2 – Présentation des biais induits par la mortalité différentielle

### I – Une confrontation des sources préalable aux hypothèses de simulation

La confrontation des mesures ne peut se réaliser qu'au travers des mesures de mortalité différentielle des personnes ayant déjà fait l'usage du tabac. Nous ne pourrons donc qu'extrapoler aux autres substances ce qui se qui sera constaté pour le tabac, sans être en

mesure de mettre en place d'autres comparaisons. Par ailleurs, la faiblesse des données relatives aux femmes nous restreint à l'observation des mesures masculines. La réalisation d'indicateurs identiques, selon les différentes sources, ne permet pas d'observer de similitude de mortalité différentielle selon que l'on utilise l'une ou l'autre des sources et méthodes présentées plus avant (graphique nº 62). En effet, alors que l'utilisation des observations rétrospectives laisse supposer l'existence d'une surmortalité des personnes ayant consommé du tabac au cours de leur vie, les données de l'enquête ESPS semblent n'indiquer aucune mortalité différentielle.

**Graphique nº 62 : Mesure de mortalité différentielle des hommes ayant déjà fumé au cours de leur vie, selon la source utilisée et l'âge en 2000**




Sources : ESPS 2000-2004, Baromètre santé 2000-2005 – Exploitation N.C-D

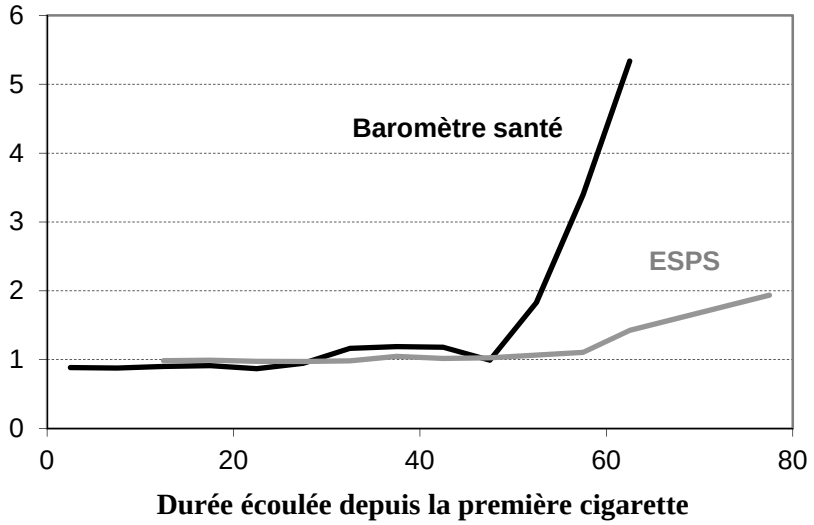
On note d'ailleurs de manière surprenante une légère sous mortalité des fumeurs les plus âgés. La mortalité différentielle des consommateurs de tabac est, rappelons-le, la résultante de la mortalité qui s'explique par la consommation de tabac et de la mortalité pour d'autres causes que le tabac, mais qui se manifesterait plus auprès des fumeurs. Aux plus jeunes âges, on pourrait par conséquent accepter l'hypothèse qu'il n'existe aucunement de mortalité différentielle. Cela signifierait que les individus, qu'ils soient ou non fumeurs, seraient soumis au même risque de décès et n'ont, par conséquent, pas de comportements différentiels. Les conséquences nocives n'apparaissant qu'après une durée d'usage relativement importante, la mortalité qui s'explique par les consommations est nulle et n'interfère donc pas sur la mortalité. Celle-ci s'avère plus difficilement acceptable aux âges les plus élevés dans la mesure où, puisque la mortalité due au tabac apparaît peu à peu, l'absence d'une quelconque mortalité différentielle signifierait :

- soit que les fumeurs ont une moindre probabilité de décès que les non-fumeurs pour d'autres causes que celle imputable au tabac. Il y aurait donc une sélection *ex ante* des fumeurs se traduisant *a posteriori* par un « rééquilibrage » du risque de décès par les consommations de tabac.
- soit que les fumeurs qui décèdent en raison de leur consommation de tabac sont des individus qui, s'ils n'étaient par mort en raison de leurs consommations de tabac, l'auraient été pour d'autres raisons. Par conséquent, cela signifierait que la morbidité induite par le tabac ne se développerait qu'au sein d'organismes fragilisés qui, quoi qu'il en soit, auraient développé d'autres maladies que celles imputables au tabac.

Pour ces raisons, on serait plus aisément tenté de remettre en question la qualité d'identification des causes de non-réponses. Une autre raison, qui cette fois est d'ordre méthodologique, nous pousse à faire cette hypothèse.

Quelle que soit la méthode de calcul utilisée, une même évolution croissante de cette mortalité différentielle selon la durée de la consommation apparaît (graphique nº 63). Les niveaux de cette mortalité différentielle apparaissent toutefois plus élevés en utilisant les observations rétrospectives que le suivi de panel. Cette différence s'explique, en partie seulement, du fait qu'il s'agit d'une différence de mortalité ayant cours sur cinq années, en ce qui concerne les calculs effectués sur les données du baromètre santé, et sur quatre années en ce qui concerne les données de l'enquête ESPS.

**Graphique nº 63 : Mesure de mortalité différentielle des hommes ayant déjà fumé au cours de leur vie, selon la source utilisée et la durée écoulée depuis la première cigarette en 2000**




Sources : ESPS 2000-2004, baromètre santé 2000-2005 – Exploitation N.C-D

Comme nous l'avions déjà mentionné, la mesure de mortalité différentielle des usagers de tabac, selon la durée écoulé depuis le premier usage, résulte mécaniquement du fait que, parmi les usagers dont la durée de consommation est la plus importante, se retrouvent les personnes les plus âgées. La probabilité de survie qui leur est relative se voit par conséquent automatiquement plus faible qu'elle ne l'est dans l'ensemble de la population, qui contient en elle des individus plus jeunes, et donc moins soumis au risque de décès. Rien de surprenant à ce que cette tendance ce retrouve lors des mesures effectuées sur les données de l'enquête ESPS, puisqu'elles sont réalisées en s'appuyant sur ce principe même. Si l'information qui en découle à partir des données du baromètre santé n'en est pas plus pertinente, elle tend paradoxalement à valider la mesure à partir d'enquêtes rétrospectives en cela que s'il existe une adéquation théorique entre le rapport des probabilités de survie et le rapport des proportions que nous avons indiqué, elle n'est pas inhérente au mode de calcul lui-même. En effet, sont rapportées l'une à l'autre, des proportions d'individus ayant expérimenté le tabac depuis une même durée, et donc globalement de mêmes groupes d'âges, mais observés à des instants différents. Par conséquent, cette mesure ne contient en elle ce rapport de mortalité entre ensemble de la population et populations plus âgées qu'à condition que l'équivalence démontrée[225] soit effective. La tendance obtenue le confirme et induirait également indirectement la mortalité différentielle observée selon l'âge des individus. Ainsi, si l'on rejette l'hypothèse qu'il n'existe pas de mortalité différentielle - contrairement à ce que semble indiquer les données de l'enquête ESPS - la différence constatée entre la mesure de mortalité différentielle selon chacune des deux sources nous offrirait un ordre de grandeur de la mortalité différentielle effectivement du à la durée de consommation et non du fait que soit rapportées les populations les plus jeunes aux populations les plus âgées.

## II – Présentation des effets de la mortalité différentielle sur les indices

Nous serons amenés par la suite à nous appuyer sur les données des baromètres santé pour décrire et analyser les phénomènes d'usages de drogues. Nous avions déjà spécifié que, dans le cadre d'une observation rétrospective, la mortalité différentielle peut entraîner une mesure biaisée, sans pour autant en présenter l'ampleur. Il importe à présent d'y remédier en ayant recours à des simulations à but illustratif. L'objectif est ici d'apprécier les variations

[225] Cf. équation (3) p. 224.

tendancielles des biais, sans pour autant tenter d'en offrir pour l'heure une approximation. Ces dernières nécessitent toutefois que l'on émette quelques hypothèses que l'on énoncera[226].

Trois indices spécifiques peuvent permettre de prendre la mesure de l'intensité d'un phénomène : les quotients, les évènements réduits et la proportion d'individus dans l'état initial. Toutefois, l'un et l'autre se confondent lorsqu'ils sont réalisés à partir d'observations rétrospectives.

Plusieurs éléments vont influencer l'ampleur du biais induit par l'existence d'une corrélation entre phénomènes perturbateurs et phénomène étudié, en l'occurrence ici celle existant possiblement entre mortalité et usage de drogues :

1. le calendrier du phénomène étudié : bien que nous n'ayons pas encore présenté ce qu'il en est dans l'ensemble de la population, son observation au sein de la sous-population prise en charge dans les centres de soins aux toxicomanes (CSST) nous à indiqué que l'entrée dans la sous-population usagère avait principalement lieu avant 20 ans pour les substances qu'il est possible d'étudier à partir d'enquêtes en population générale. Par ailleurs, on a constaté que celui-ci n'avait que peu varié au fil des générations.
2. l'intensité du phénomène perturbateur : celle-ci agit sur le biais de mesure non seulement en raison de l'ampleur selon laquelle le phénomène se manifeste dans l'ensemble de la population, mais également en fonction du différentiel existant entre les individus auprès desquels se manifeste le phénomène étudié et les autres. En ce qui nous concerne, le phénomène perturbateur est la mortalité, nous utiliserons donc dans nos simulations les quotients de mortalité auxquels nous avons déjà fait référence[227]. S'agissant du différentiel qu'il existe entre usagers et non-usagers, on utilisera les résultats présentés supra. Les situations des femmes étant plus variables, nous les préfèreront puisqu'elles constituent de fait un biais maximum. À ce titre nous réaliserons deux groupes de simulations extrêmes ; l'une où la surmortalité baisse avec l'age pour ensuite augmenter de nouveau (cas du tabac noté cas nº 1) l'autre où cette surmortalité ne cesse de diminuer jusqu'à disparaître (cas du cannabis[228] noté cas nº 2). N'ayant pas d'autres mesures que celles proposées sur la période 2000-2005 il

[226] Il est possible, en théorie, de réaliser l'ensemble des interactions pouvant exister entre les différents phénomènes en faisant varier à la fois l'intensité et le calendrier. L'intérêt d'un tel ouvrage ne serait toutefois que relatif à l'égard de notre objet d'étude puisqu'il conviendra par la suite de confronter nos observations aux données simulées. Reste qu'elles pourraient avoir un intérêt pour d'autres objet d'étude. La puissance informatique actuelle nécessiterait plusieurs années pour que ces simulations soient réalisées et se présente alors comme un obstacle que nous ne pouvons contourner.

[227] Le calendrier du phénomène perturbateur est par la même occasion arrêté.

[228] Les mesures relatives au cannabis ne peuvent être résultantes de la seule mortalité différentielle, lorsqu'apparaît un indicateur inférieur à l'unité. Afin de pouvoir réaliser des simulations utilisant les quotients de mortalité générale, il est préférable de faire l'hypothèse d'absence de mortalité différentielle.

est difficile de faire des hypothèses sur leurs variations, du moins en terme d'évolution des niveaux. On peut toutefois imaginer le sens de l'évolution selon la nature de cette mortalité différentielle. En effet, lorsque celle-ci est le fait de comportements non liés à l'usage lui-même, elle sera d'autant plus faible que la mortalité générale est élevée, les comportements à risques n'apparaissant dès lors plus aussi distinctif, en termes de mortalité, que dans une situation où la mortalité tend à apparaître comme un évènement rare. Pour les générations les plus anciennes, la mortalité différentielle aux âges les plus jeunes tendrait alors à se réduire, voire être inexistante. L'utilisation des niveaux constatés précédemment pourrait alors apparaître comme une mesure *a maxima*. En ce qui concerne la mortalité différentielle conséquente de l'usage de drogue, celle-ci pourrait être assimilée à une mortalité additionnelle en ce sens que, quelle que soit l'ampleur de la mortalité générale, l'usage de drogues contient en lui une morbidité intrinsèque. Reste que les causes de mortalité étant concurrentes, plus la mortalité générale est élevée moins celle de l'usage de drogues peut effectivement se manifester. Cela apparaît de manière d'autant plus importante que l'usage entraîne de réelles conséquences morbides qu'après plusieurs années de consommation (tel que le tabac). En s'appuyant ici sur une « mesure multiplicative » (puisqu'il s'agit d'un rapport de probabilité de survie et non d'une différence), il est très probable qu'elle soit chez les générations dont la mortalité est la plus élevée plus importante qu'elle ne l'était réellement. Nous simulerons une mortalité différentielle variable dont les mesures observées seront une valeur maximale.

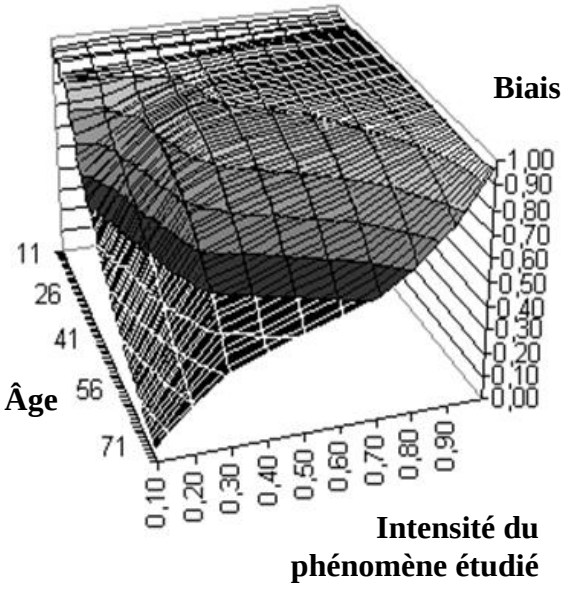
3. L'intensité du phénomène étudié : nous aurons l'occasion de voir par la suite que celle-ci est très variable d'une génération à l'autre. Toutefois, n'étant jusqu'à présent pas présentée elle sera l'autre élément variable de nos simulations.

En raison des contraintes de représentations graphiques limitées à trois dimensions, nous présenterons deux séries de simulations. Une première série, illustrant l'ampleur du biais au fil des âges au sein d'une génération soumise à chaque âge à la mortalité des générations ayant atteint ces âges en 2000, pour laquelle la mortalité différentielle sera fixe, mais l'intensité de l'usage variable (graphique nº 64). Une seconde série, illustrant le biais au sein de cette même génération, dont on fixera l'intensité de l'évènement étudié arbitrairement à 0, 5, pour laquelle on fera varier la mortalité différentielle des usagers en appliquant pour chaque âge un coefficient multiplicateur variant entre 0 et 1 à l'écart à l'unité (Graphique nº 65). Chacune sera réalisée selon que l'on s'intéresse à une mortalité différentielle suivant la tendance du cas nº 1 ou nº 2. Enfin, afin d'illustrer le biais qu'induit l'observation rétrospective, l'indicateur utilisé sera la proportion des individus ayant subi l'évènement à

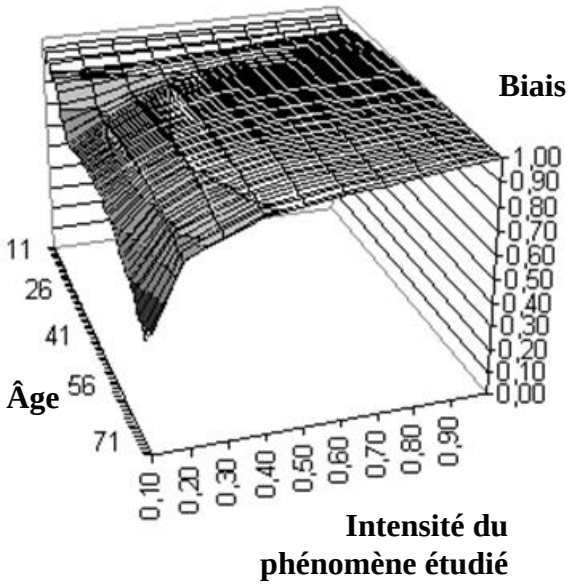
chaque âge à partir d'une observation rétrospective, rapportée à cette même proportion obtenue à partir des quotients que l'on obtiendrait lors d'une observation continue.

**Graphique nº 64 : Biais de mesure selon l'intensité du phénomène étudié au fil des âges**

Cas nº 1

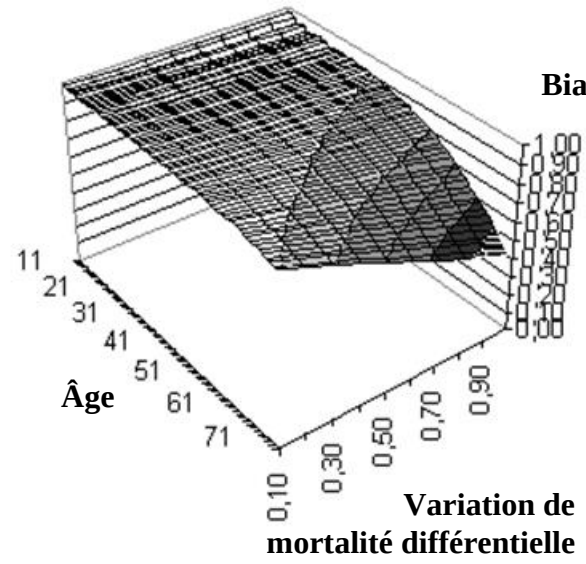



Cas nº 2

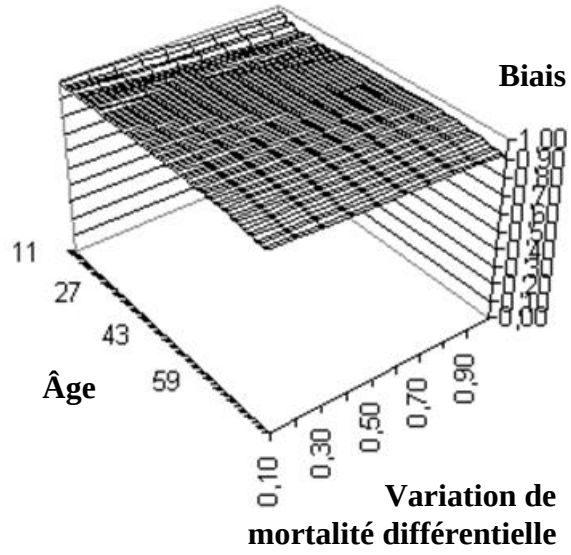



**Graphique nº 65 : biais de mesure selon la variation de la mortalité différentielle et l'âge**

Cas nº 1




Cas nº 2



En s'appuyant sur les mesures de mortalités différentielles obtenues précédemment, il apparaît que l'utilisation d'enquête rétrospective ne biaise que très peu les mesures réalisées dès lors qu'elle concerne les individus les plus jeunes, ou que l'intensité du phénomène étudié est particulièrement élevée. Les mesures sont au contraire de bien moindre qualité dès lors qu'elles concernent des individus plus âgés, ou ayant été confronté à un phénomène de faible intensité. Notons toutefois que le biais, bien qu'apparaissent également aux âges les plus élevés et niveaux d'intensité du phénomène étudié les plus faibles, est moindre dans le cas nº 2 (situation où la mortalité différentielle était nulle après un certain âge) que dans le cas n° (situation où la mortalité différentielle est variable, mais toujours existante). Cela s'explique simplement du fait que le biais à chaque âge ne résulte pas de la seule mortalité différentielle constatée à chaque âge, mais bien de celle subie jusqu'à l'âge des individus lors de l'observation. Dès lors, on comprend aisément qu'une variation de la mortalité différentielle ait plus d'impact sur une mesure où la mortalité différentielle n'aurait de cesse d'exister au fil des âges que dans le cadre où elle n'existe qu'aux plus jeunes âges.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 1*

Une partie importante des recherches menées sur l'usage de drogues, ainsi que ce qui suivra par la suite, le sont à partir des données d'enquêtes rétrospectives. Il est souvent rappelé que les résultats ne peuvent bien évidemment dépendre que de la qualité des déclarations. Celle-ci peut résulter autant d'erreurs volontaires que d'un biais de mémoire. Les biais induit par la mortalité différentielle sont la plupart du temps évincés, et n'ont pas à notre connaissance fait l'objet d'une quelconque estimation. C'est ce à quoi nous nous contraindrons lors du dernier chapitre de ce travail, du fait qu'il faille préalablement présenter avec plus de détails les caractéristiques des usages et des usagers. Toutefois, afin de ne pas interpréter hâtivement certaines évolutions d'usages, il s'avère nécessaire, à défaut d'estimations, de présenter les situations où les indicateurs réalisés à partir d'enquêtes rétrospectives s'avèrent *a priori* acceptables de celle où ils ne peuvent être interprétés convenablement sans avoir connaissance, au minimum, du sens dans lequel les mesures sont biaisées.

Afin d'être en mesure de proposer quelques illustrations des biais induits par la mortalité différentielle, il fut nécessaire d'élaborer une méthode à même de prendre une mesure de mortalité différentielle, et non de limiter à la seule mortalité due à l'usage de l'une

ou l'autre des substances auxquelles on souhaiterait s'intéresser, car, bien qu'elle y participe, elle n'est pas constitutive de l'ensemble de la mortalité différentielle. Cette méthodologie n'ayant pas encore fait l'objet d'application à d'autres domaines que celui qui nous intéresse, il ne nous a été possible de la tester qu'en confrontant ces résultats à ceux que l'on peut obtenir en détournant les données d'un panel. L'utilisation des données de panel n'a pas permis d'obtenir des résultats identiques. Toutefois, ce sont ces dernières qui ont été invalidées pour l'étude de la mortalité différentielle puisqu'elle ne s'avérait pas en mesure de distinguer ne serait-ce que la mortalité qui s'explique par la consommation de tabac. Par ailleurs, elles ont permis de mettre en évidence la cohérence interne du modèle développé puisqu'elles ont permis de valider les équivalences énoncées théoriquement pour la mesure de mortalité différentielle à partir d'enquêtes rétrospectives.

Ces mesures de mortalité différentielle ont ainsi permis des simulations vraisemblables quant aux biais de mesure découlant de l'utilisation d'enquêtes rétrospectives. Ces dernières ont permis de constater que les indicateurs relatifs aux générations les plus jeunes ne sont que peu altérée, et ce, d'autant plus que celles-ci sont usagères de drogues. Néanmoins, la mesure des évolutions des usages s'avère rapidement discutable puisque chez les personnes observées plus tardivement, ces mesures souffrent bien plus de cette différence de mortalité entre usagers et non-consommateurs. Cela ne serait en fait que fort peu dommageable si l'usage s'avérait être de moins en moins important. C'est au contraire l'inverse, les mesures s'avérant alors d'autant plus biaisées. Ayant à présent connaissance des limites auxquelles nous impose l'observation rétrospective, il est possible de procéder à une analyse détaillée des usagers de drogues et de leurs consommations.

# <u>Chapitre 2</u> : Caractéristiques des expérimentateurs de drogues et de leurs entrées dans l'usage

L'analyse des usagers de drogues pris en charge dans les centres de soins permettait de ne pas se confronter au souci de définir le type d'usage dont il était question. En effet, du fait que cet usage entraînait une prise en charge, celui-ci pouvait être défini comme un usage problématique. Si elle excluait par conséquent l'une des difficultés de l'étude des phénomènes d'usage de drogues, elle s'est avérée contrainte par l'absence d'information sur les sorties et les entrées dans la sous-population considérée. En décidant de s'intéresser à présent aux usages ayant cours dans l'ensemble de la population est réintroduite la question fondamentale du type d'usage qui doit être considéré. Toutefois, grâce aux résultats obtenus dans le chapitre précédent, il nous a été possible d'avoir, à défaut d'une mesure incontestable des sorties différentielle, une connaissance tendancielle des biais induits par celles-ci. L'illustration de l'influence des sorties différentielles sur les indices réalisés n'a cependant pu avoir lieu que sur l'expérimentation de quelques substances. Par conséquent, nous nous restreindrons pour l'instant à mener une analyse sur les individus qui se distinguent en cela qu'ils ont connu le premier évènement nécessairement antérieur à tout autre évènement relatif à un usage plus important. Après nous être intéressé aux caractéristiques des individus ayant initié un usage de drogues, et ce, quel qu'il soit, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux caractéristiques des usages eux-mêmes. Lorsque cela sera possible, les caractéristiques des usagers dans l'ensemble de la population française seront mises en perspectives avec les résultats observés chez les patients pris en charge par les centres de soins spécialisés aux toxicomanes. Ainsi, s'il n'est pas possible de distinguer les usages intermédiaires, et les caractéristiques d'individus ayant ces usages, nous pourrons bénéficier d'informations relatives aux individus se trouvant à deux extrémités du processus d'usage[229]. Dès lors, sans le décrire précisément nous pourrons en définir les contours.

[229] Si l'expérimentation peut être clairement considérée comme l'évènement premier qui initie le processus, l'« usage problématique », ici assimilé à une prise en charge, ne peut être que l'une des évolutions du processus. En effet, moins identifiable, un autre embranchement du processus peut également être l'arrêt de l'usage sans que l'« usage problématique » n'ait été l'une des étapes nécessaires. Enfin, la mortalité due à l'usage pourrait être considéré comme l'une des finalités du processus. Nous avons déjà précisé les difficultés à l'identifier.

## ***Section 1* – *Caractériser les usagers de drogues***

En s'appuyant sur les données du baromètre santé 2005 et la population estimée par l'INSEE au premier janvier 2005, il est possible d'avoir un ordre de grandeur des substances ayant le plus souvent fait l'objet d'une expérimentation. L'alcool et le tabac, qui bénéficient d'un cadre légal qui leur est favorable, puisqu'elles sont des drogues légales, sont bien plus largement expérimentés que les stupéfiants. Ainsi, en 2005 on pouvait dénombrer environ 43 millions d'individus âgés de 15 à 74 ans ayant déjà consommé de l'alcool et 43 millions à avoir déjà essayé de fumer, soit respectivement 94 % et 81% de la population considérée. Le cannabis se distingue vraiment de l'ensemble de substances. En effet, du fait de son illégalité, l'effectif de la population l'ayant déjà expérimenté est sans commune mesure avec les substances légales. Toutefois, près de 13 millions des 15-74 ans en ont déjà fait l'usage, alors qu'aucun des autres stupéfiants n'a été consommé par plus de 1 million d'individus en 2005. C'est en fait auprès des 15-64 ans qu'il est possible d'avoir des estimations d'expérimentateurs des autres stupéfiants[230]. Toutefois, comme nous aurons l'occasion de le présenter, les 65-74 ans sont très rarement consommateurs et les mesures peuvent aisément être comparées l'une à l'autre. Preuve en est que le cadre légal n'explique pas à lui seul les consommations des différentes substances psychotropes, les poppers vendus légalement, avec 1,5 million d'expérimentateurs est la substance qui s'avère la 4ème à être la plus expérimentée. Champignons hallucinogènes et cocaïne ont déjà été respectivement goûtés par près d'un million d'individus. L'ecstasy, les amphétamines, le LSD ainsi que les colles et solvants n'ont chacun été consommés qu'à hauteur de 1,5 à 2% de la population française. Enfin, la consommation d'héroïne ne concerne qu'environ 300 000 personnes et celle de crack 100 000[231]. De telles différences ne peuvent alors que nous amener à nous poser la question de savoir si elles ne se distinguent que par une intensité d'amplitude variable, où si les sous-populations concernées se distinguent les unes des autres. C'est en nous intéressant aux caractéristiques des usagers que nous tenterons d'y répondre. Toutefois, en raison des résultats obtenus dans le chapitre précédent, à savoir l'existence de biais de mesure dès lors que l'on considère des générations quelque peu âgées ou que l'intensité du phénomène est faible, nous préfèrerons dans, cette section, présenter dans quelle mesure les expérimentateurs

[230] Aucun enquêté de plus de 65 ans n'a en effet répondu aux questions relatives aux consommations des drogues mentionnées par la suite.

[231] Il s'agit ici d'estimations faites à partir d'enquête en population générale. Plusieurs remarques sur la qualité de telles estimations ont déjà été effectuées dans la première partie de ce travail.

se répartissent au sein des différentes modalités d'un caractère plutôt que de spécifier une proportion d'usagers au sein de chacune des caractéristiques.

## §1 – Caractéristiques démographiques

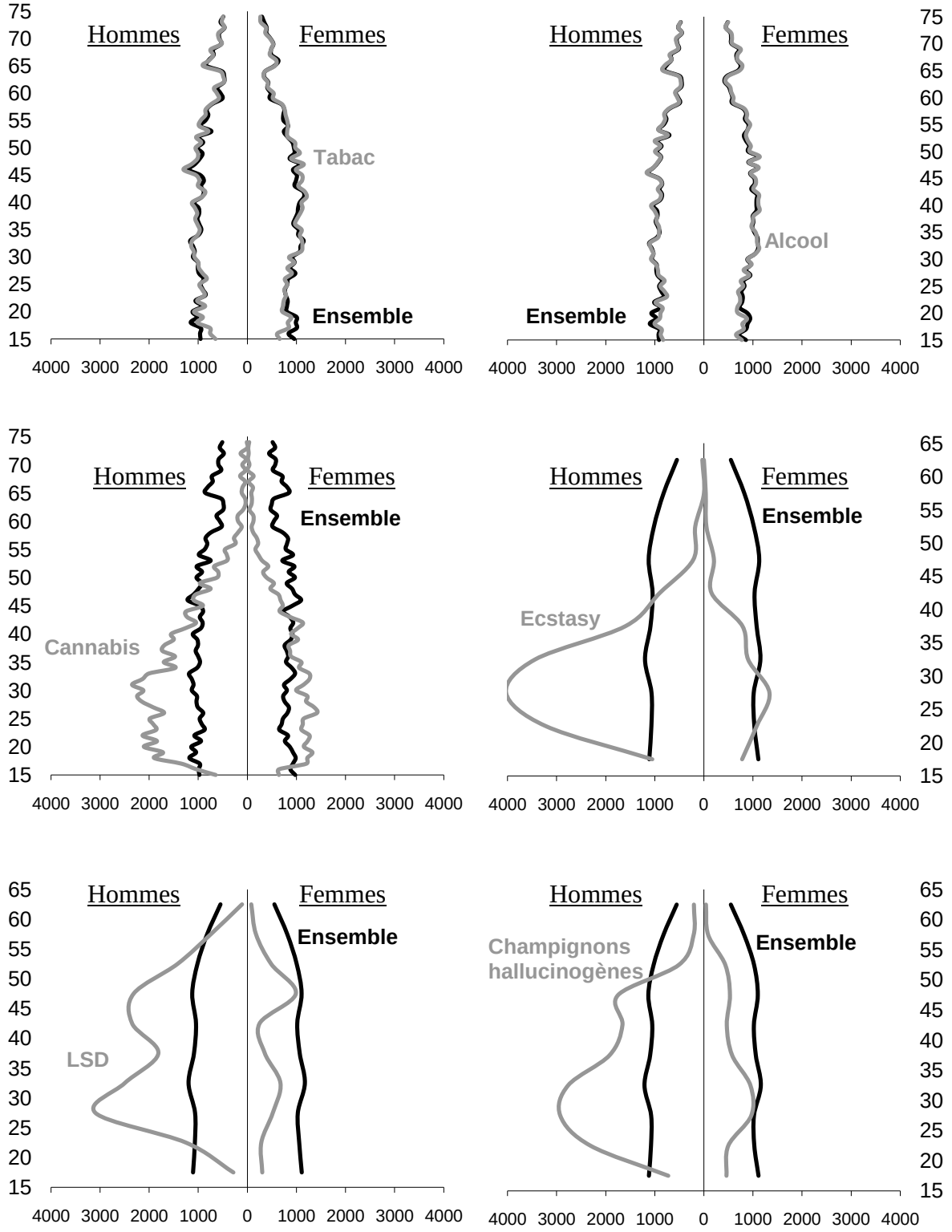
### I – Structure par sexe et âge des expérimentateurs de drogues

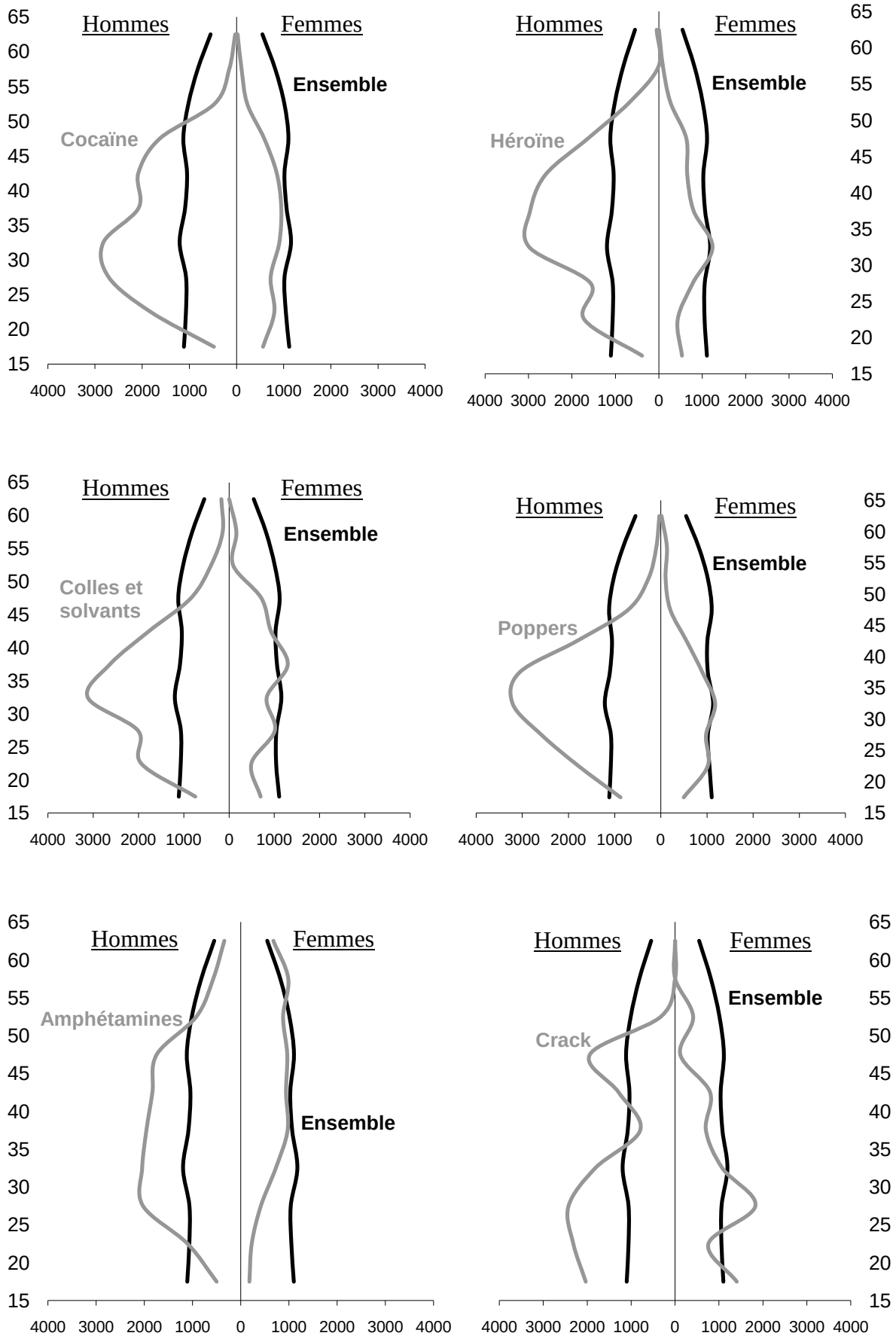
Hormis l'alcool et le tabac pour lesquels les expérimentateurs ne se distinguent pas par leur structure par sexe et âge de l'ensemble de la population enquêtée, les expérimentateurs de l'ensemble des autres substances s'avèrent plus jeunes (graphique nº 66[232]). Reste qu'il existe une disparité importante selon les produits. En effet, bien qu'il y ait chez les expérimentateurs de cannabis une surreprésentation des moins de 44 ans, il n'apparaît pas de nette concentration à un âge donné. Celle-ci n'est toutefois pas aussi évidente qu'au sein de la sous-population des expérimentateurs d'ecstasy largement constituée d'individus âgés de 25 à 34 ans. De manière semblable, les expérimentateurs de poppers sont très concentrés à un âge légèrement plus âgé puisqu'ils se retrouvent entre 30 et 39 ans. On peut par ailleurs distinguer deux groupes de populations expérimentatrices de drogues au regard des pyramides des âges. D'une part, un groupe constitué des hallucinogènes et de la cocaïne, se caractérisant par une distribution par âge bimodale, où la concentration la plus importante concerne les âges les plus faibles. Ainsi, les expérimentateurs de LSD et de champignons hallucinogènes se retrouvent principalement âgés de 25-29 ans ou dans une moindre mesure de 45-49 ans. Il en est de même pour la cocaïne, à la différence près que les générations les plus représentées parmi les expérimentateurs sont moins espacées les unes des autres puisque se sont surtout les 40-44 ans et plus encore les 25-34 ans qui constituent la majeure partie des expérimentateurs de cocaïne. D'autre part, un groupe également caractérisé par une structure bimodale, mais pour lequel la concentration autour des âges les plus jeunes est moins importante qu'elle ne l'est autour des générations les plus anciennes. Il s'agit de l'héroïne, des colles et solvants. En effet, si chacun des produits présente une légère surreprésentation des 20-24 ans elle n'est en aucune mesure comparable à celle des 30-44 ans s'agissant de l'héroïne et des 30-34 ans s'agissant des colles et solvants. Enfin, les amphétamines se distinguent très largement de

[232] Les effectifs d'expérimentateurs de cannabis de tabac et d'alcool permettent que soit représentée la structure par âge détaillé. Ceux des autres substances ne peuvent qu'offrir une représentation par âges quinquennaux. Ceux du crack, bien que présentés à titre informatif ne peuvent vraisemblablement faire l'objet d'aucun commentaire.

l'ensemble des autres substances par une structure bien plus âgée, et ce, notamment chez les femmes dont les plus de 35 ans sont les plus représentées.

**Graphique nº 66 : structure par sexe et âge en 2005 des expérimentateurs de drogues selon la substance considérée et de l'ensemble des répondants à la question de l'expérimentation de la substance**






Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Mais ce en quoi se distinguent également les expérimentateurs d'amphétamines, c'est qu'ils sont largement constitués d'expérimentatrices. Une fois encore, l'alcool et le tabac ont une place à part puisqu'il apparaît un sex-ratio parmi les expérimentateurs très proche de celui de l'ensemble de la population. Reste que globalement, les expérimentateurs de drogues sont plus souvent des hommes. Le taux de masculinité est d'environ 0,7 chez les expérimentateurs de champignons hallucinogènes, de poppers, de colles et solvants, d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. Il atteint presque 0,8 chez les expérimentateurs de LSD. La part des hommes, tous âges confondus, reste plus importante pour les amphétamines que pour le cannabis puisque le taux de masculinité est respectivement de 0,62 et 0,56. Toutefois, c'est bien en raison du désintérêt des jeunes femmes pour les amphétamines que s'observe une telle représentativité masculine, puisque le sex-ratio n'est plus que de 0,5 chez les plus de 35 ans et passe en dessous de 0,5 chez les plus de 45 ans.

La disparité des structures par sexe et âge des expérimentateurs des différentes substances indique dès à présent la nécessité qu'il y aura à ne s'intéresser aux autres caractéristiques sociodémographiques qu'en s'acquittant des effets de structures, ce qui permettra une analyse comparative satisfaisante. Pour cela, on appliquera à chacune des sous-populations usagères de drogues une structure par sexe et âge identique à celle de l'ensemble de la population.

## II – Composition familiale des expérimentateurs de drogues

### *A – Entre union et statut matrimonial*

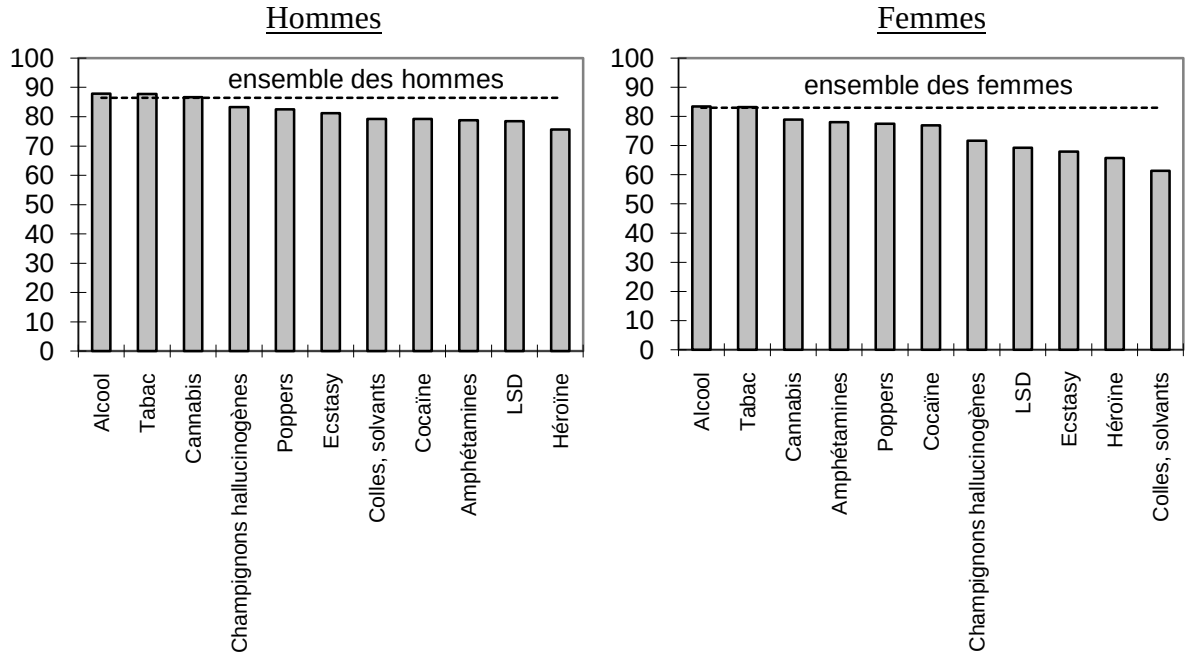
Pour que puisse être réalisée une analyse comparative des unions et statuts matrimoniaux des individus ayant expérimenté différentes substances, il nous faut, en raison de l'effectif d'individus enquêtés et de la prévalence de l'expérimentation de certaines substances, nous limiter à une classe d'âge relativement restreinte, à savoir celle des 25-49 ans[233].

S'il ne s'observe pas de distinction entre expérimentateurs de tabac ou d'alcool et l'ensemble de la population, c'est en grande partie dû au fait qu'ils représentent une part très importante de celle-ci. Toutefois, cela tient également du fait qu'il n'existe pas de distinction

[233] Malgré cette restriction, l'analyse du crack ne pourra être effectuée.

selon le statut tabagique ou alcoolique, c'est-à-dire entre abstinents et expérimentateurs[234]. Dans l'ensemble, les expérimentateurs de drogues vivent moins souvent en couple que l'ensemble de la population (graphique nº 67). Cette différence s'observe plus encore chez les femmes que les hommes. C'est non seulement le cas en termes de différentiel de mise en couple – l'écart entre la proportion de personnes vivant en couple dans l'ensemble de la population et celle des personnes ayant expérimenté la substance pour laquelle la proportion de personnes vivant en union est la plus faible est de 22 points pour les femmes alors qu'elle n'est que de 10 points pour les hommes – mais également en termes de substances distinctives. En effet, alors que les expérimentateurs de cannabis vivent autant en couple que l'ensemble des hommes de la population française, les expérimentatrices de cannabis s'avèrent moins souvent vivre en union que l'ensemble des femmes.

**Graphique nº 67 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, vivant en couple selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**




Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

On notera également que les expérimentateurs d'héroïne sont, hommes comme femmes, parmi ceux qui vivent le moins souvent en couple ou encore que l'expérimentation de poppers est parmi les moins discriminantes. Il toutefois difficile de distinguer en détail d'autres différenciations. Il est difficile d'aller plus avant dans nos commentaires car les quelques variations que l'on constate d'une sous-population usagère de substances

[234] Cf. Annexe n° 14 et 15 p. 454.

psychotropes à l'autre pourraient relever, au-delà de réelles distinctions de comportement, de qualifications différentes de la vie en couple. En effet, il est possible, dans les données du baromètre santé, d'identifier les individus qui vivent en couple par l'entremise de plusieurs questions. Il est tout d'abord demandé aux individus avec *« combien de personnes vivez-vous habituellement, en dehors de vous ? »* puis, il leur est demandé de préciser qui sont ces personnes. Lors de l'apport de cette précision, l'une des modalités de réponse est « *Votre conjoint/petit ami/fiancé/concubin/compagnon »*[235]. Toutefois, s'il est apporté une précision sur la qualification de « vie habituelle » avec les parents[236], aucune n'est apportée en ce qui concerne les autres personnes, et notamment les concubins.

Cette différence de qualification de vie en couple pourrait également être explicative des différences constatées entre expérimentateurs et ensemble de la population. Ainsi, bien que l'utilisation du statut matrimonial puisse apparaître comme inappropriée, du fait de l'importance des unions libres, nous y avons à présent recours afin de nous absoudre de l'éventuel biais qui pourrait exister en raison de différence de définition de l'union. Nous devrons malgré tout avoir recours à une approximation. En effet, les possibles modalités de réponses ne se limitent pas aux quatre statuts matrimoniaux légaux, à savoir, « célibataire », « marié(e)», « veuf(ve) », « divorcé(é) [237]». Si on peut apprécier l'existence des modalités « remarié(e) après un divorce » et « remarié(e) après un veuvage », dans la mesure où celles-ci apportent une information supplémentaire, la modalité « Pacsé(e)s », bien qu'elle présente l'avantage de tenter de refléter l'existence d'une nouvelle forme d'union, est maladroitement située puisqu'elle mélange des individus célibataires, veufs ou divorcés. Cela s'avère peu gênant dans l'étude quantitative qui suit puisque seuls 84 individus ont répondu être pacsés, nous pouvons par conséquent ne pas les considérer dans l'analyse. Dans la mesure où cette nouvelle forme d'union est amenée à se développer (Belliot [2005]), il conviendrait de collecter cette information dans une question autre que celle du statut matrimonial.

La répartition par statut matrimonial des usagers de drogues accentue en fait les tendances déjà constatées en matière d'union. Exception faite du tabac et de l'alcool, les usagers sont pus souvent célibataires et divorcés que ne l'est l'ensemble de la population. Par complémentarité, ils sont moins souvent mariés (graphique nº 68). Ainsi, alors que les hommes ayant expérimenté le cannabis n'étaient pas différenciés de l'ensemble de la

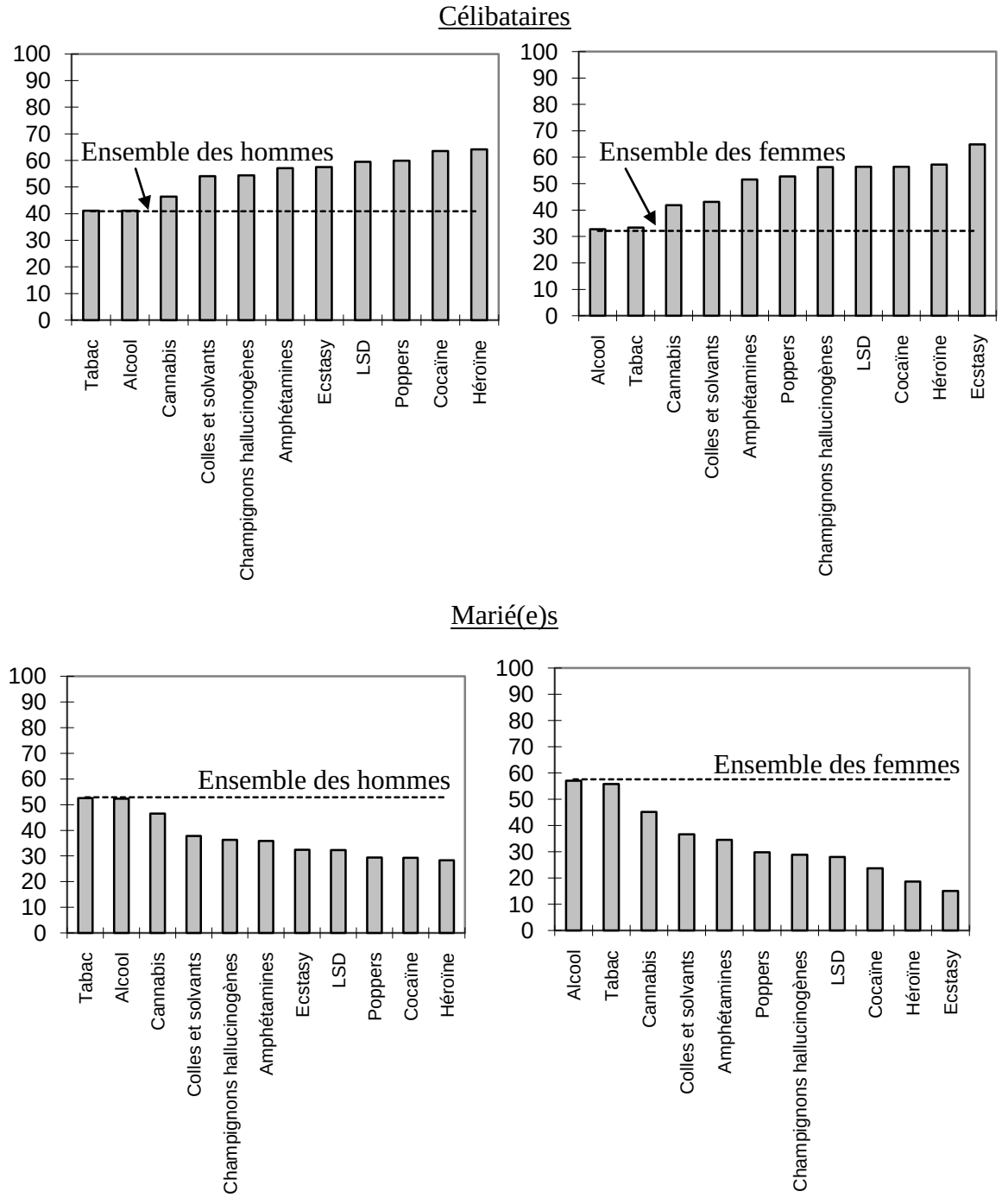
[235] Dans l'éventualité où les individus ne répondent pas à la question, une question ultérieure demande également si les individus vivent en couple, sans plus de précision.

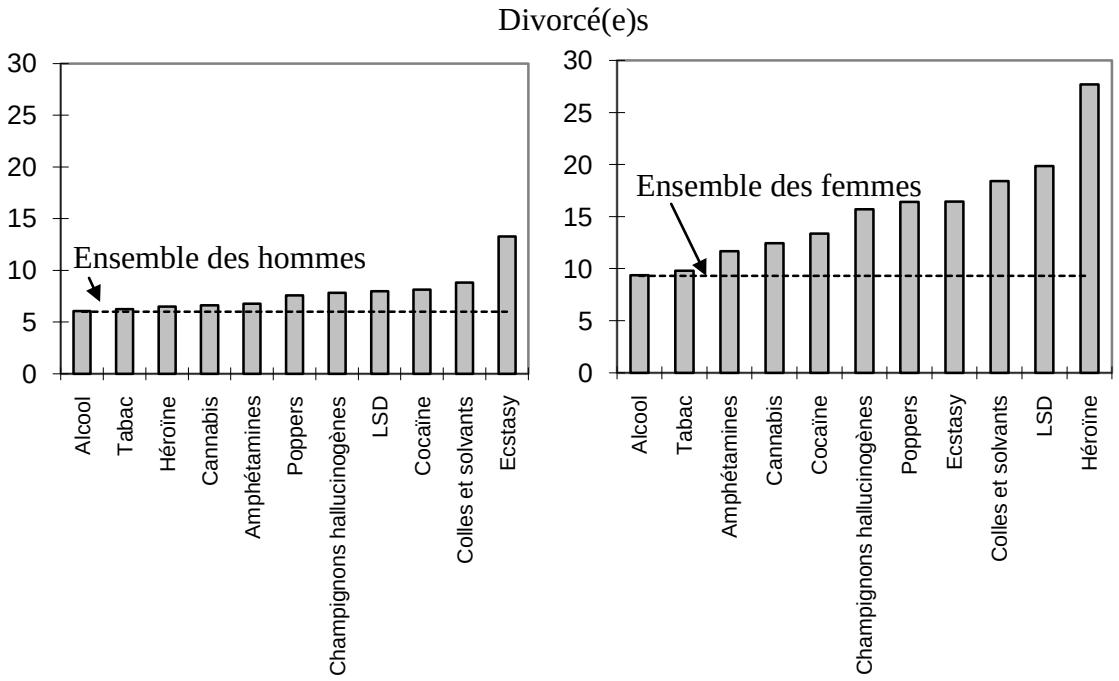
[236] Il est précisé *« Enquêteurs : si le(s) parent(s) absent(s) n'est (ne sont) présent(s) que le week-end ou absents pour moins d'un an, le(s) compter dans le foyer »*

[237] Il s'agit en fait de la modalité « divorcé(e) ou séparé(e)», sans que soit clairement défini ce que signifie être séparé(e).

population en matière d'union, ils le sont dès lors que l'on considère l'officialisation de cette union. Cette observation révèle en fait une tendance plus générale à l'égard de l'ensemble des usagers. En effet, il apparaît nettement que l'écart entre la part des individus ayant un statut matrimonial donné et celle constatée dans l'ensemble de la population est plus importante que celui précédemment constaté en matière d'union.

**Graphique nº 68 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par statut matrimonial selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**






Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

Plusieurs éléments peuvent expliquer les différences constatées jusqu'alors. D'une part, et c'est ce qui pourrait expliquer les écarts plus importants entre usagers de drogues mariés et ensemble de la population qu'entre usagers de drogues vivant en union et l'ensemble de la population, il est possible, outre une moindre propension à vivre en couple, que les usagers de drogues auraient également un penchant moins prononcé pour l'officialisation de leur union. Toutefois, cette moindre officialisation peut également tenir d'une plus grande instabilité du couple se traduisant moins souvent par un mariage. Disposer de données sur les dates de mise en union[238], pourrait permettre d'avoir connaissance d'une éventuelle diversité sur la durée des unions selon le statut matrimonial et les substances expérimentées. Disposer de l'observation des proportions de divorcés selon l'expérimentation des différentes drogues ne nous permet pas plus de nous assurer quels usagers de drogues sont plus amenés à rompre leur mariage, et plus généralement leur union, puisque l'expérimentation pourrait être ultérieur à la rupture. Dès lors, s'il n'en est pas moins vrai que les personnes ayant une plus forte probabilité de faire l'usage de drogues sont également ceux qui sont le plus prompts à rompre leur union, rien ne peut nous permettre de savoir si l'usage s'avère plus probable lorsque les personnes mariées ont divorcé, ou si les expérimentateurs sont plus à même de divorcer. Enfin, et c'est l'une des raisons pour lesquelles l'analyse des caractéristiques des usagers se doit d'être plus approfondie, ces observations peuvent tenir

[238] Tel que nous le proposions dans le premier chapitre de ce travail.

d'un effet de structure autre que l'âge des individus. Intéressons-nous cependant dès à présent à une caractéristique, dont on sait qu'elle est directement liée à l'union, à savoir le nombre d'enfants des usagers.

### *B – Naissances et enfants au foyer*

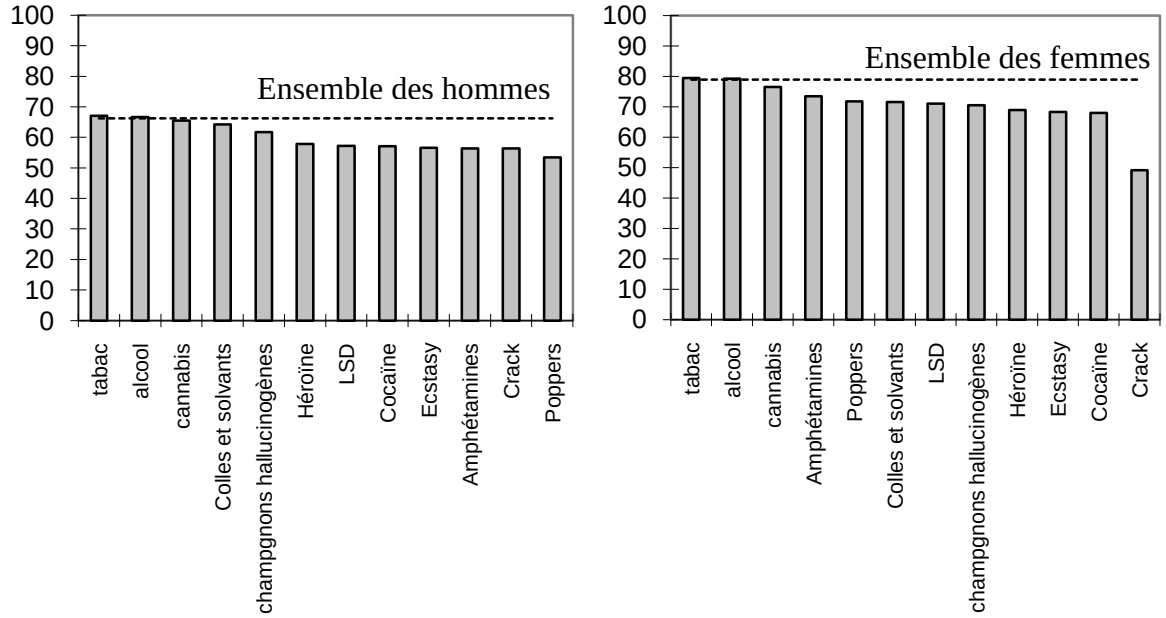
Afin de voir si l'expérimentation de drogues distingue les individus quant à leurs comportements féconds, il conviendrait d'avoir connaissances de l'ensemble des naissances qu'ont connues les femmes, ou plus généralement du nombre d'enfants qu'ont eus les individus. Ces informations n'étant pas disponibles, nous devrons différencier plus simplement les individus selon qu'ils ont eu ou non des enfants, sans être en mesure d'en distinguer le nombre. Puis nous nous intéresserons au nombre d'enfants vivants dans le foyer. Si le départ des enfants du foyer n'est que peu différent selon l'usage de drogues d'une part, et que les recompositions familiales ne sont également pas différentes entre abstinents et expérimentateurs, ces mesures restent de bons indicateurs de la fécondité différentielle des usagers de dogues. Sans être assurés qu'il en soit ainsi, nous ne pourrons que prendre le soin d'émettre des observations conditionnelles.

S'agissant du fait d'avoir eu ou non des enfants, on retrouve sans surprise une moindre proportion d'individus à avoir des enfants chez les expérimentateurs de drogues, que dans l'ensemble de la population, (graphique n° 69) ; le fait d'être parent étant corrélé au fait d'être en union et d'être ou non marié. Toutefois, alors que les expérimentatrices de drogues se distinguaient plus de l'ensemble des femmes en termes d'union et de mariage que les hommes, cette différence ne s'observe pas en termes d'enfants eus[239]. En effet, la moyenne quadratique du carré des écarts entre la proportion d'individus expérimentateurs d'une substance ayant eu des enfants et la proportion d'individus ayant eu des enfants dans l'ensemble de la population est de 24,7 pour les femmes contre 24,9 pour les hommes. Dès lors, si les expérimentatrices de drogues s'avèrent moins souvent en couple que les expérimentateurs, sans pour autant se distinguer en ce qui concerne le fait d'avoir eu des enfants, nous observerons *a priori* une plus grande part de familles monoparentales chez les expérimentatrices. Toutefois, une plus forte monoparentalité s'observe habituellement chez

[239] Exception faite des expérimentatrices de crack dont on rappelle qu'elles ne sont présentées qu'à titre indicatif, mais ne peuvent être réellement étudiée en raison du trop faible effectif.

les femmes, c'est pourquoi il conviendra de nous intéresser à la part de type de ménage chez les expérimentatrices comparativement à l'ensemble des femmes.

**Graphique nº 69 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, ayant des enfants selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**

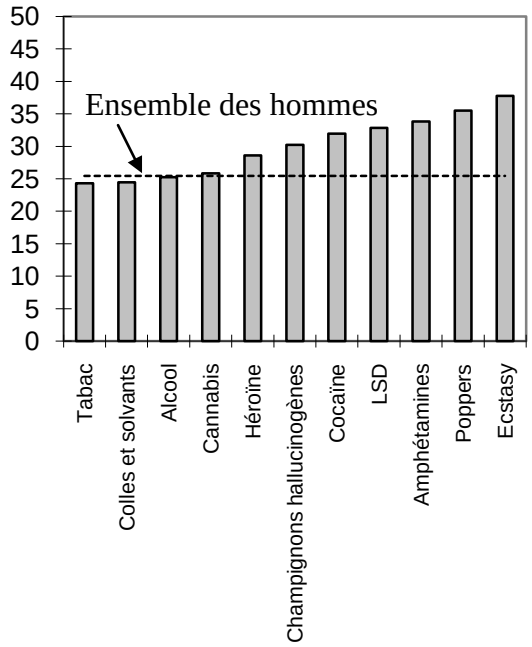


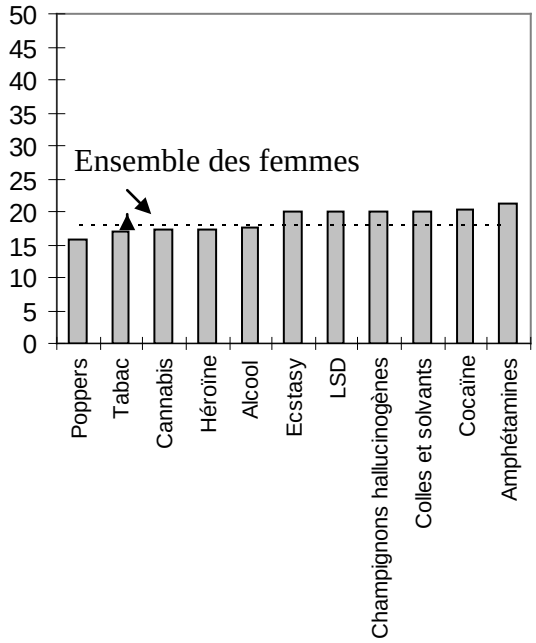

Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

Plus qu'une différence à l'égard du fait d'avoir ou non des enfants, les expérimentatrices se différencient également des expérimentateurs en ce qui concerne le nombre d'enfants avec lesquels elles vivent. En effet, les expérimentateurs de drogues ont, dans l'ensemble, plus souvent que l'ensemble des hommes un enfant ou moins. Par complémentarité, ils déclarent moins souvent vivre avec deux enfants ou plus que dans l'ensemble de la population masculine (graphique nº 70). Si chez les expérimentatrices on retrouve également une part plus importante que l'ensemble des femmes à ne vivre qu'avec moins de deux enfants, elles sont, hormis les expérimentatrices de cocaïne et d'héroïne, plus nombreuses à déclarer vivre avec deux enfants. La part des expérimentatrices vivant avec trois enfants ou plus en devient bien évidemment moins importante que dans l'ensemble de la population féminine. Ainsi, si les expérimentatrices de drogues vivent avec un nombre d'enfants moins important que dans l'ensemble de la population, elles habitent néanmoins avec plus d'enfants que leurs homologues masculins.

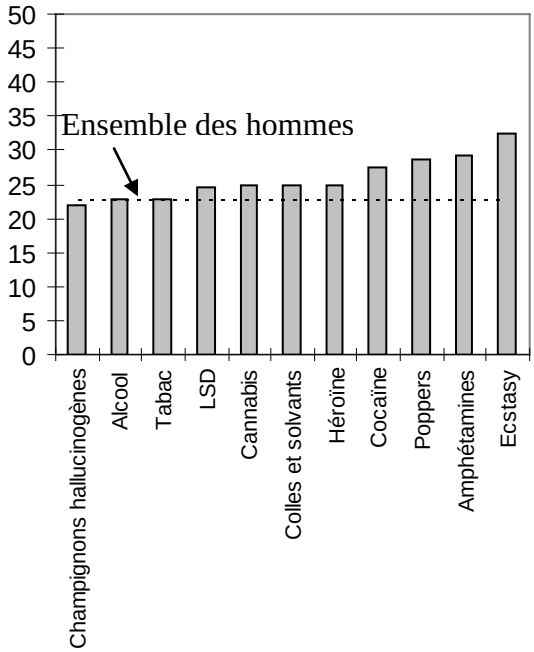
**Graphique nº 70 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par nombre d'enfants au foyer selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**

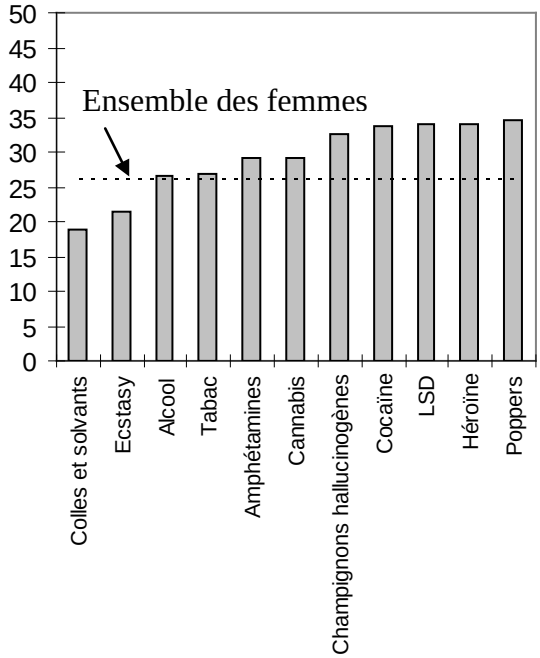
Aucun enfant dans le foyer



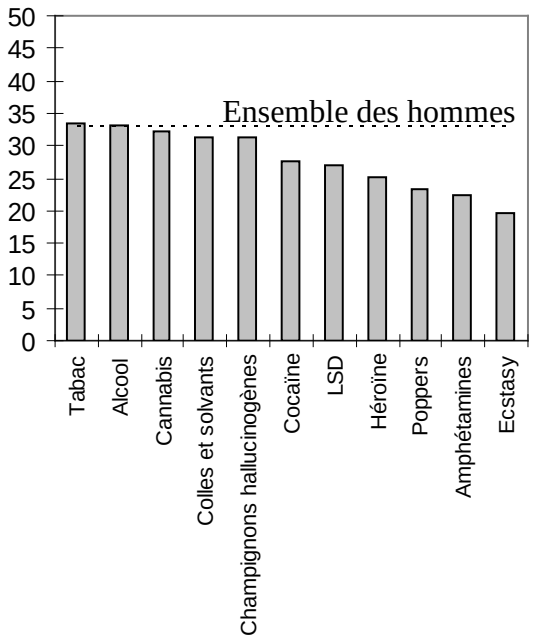



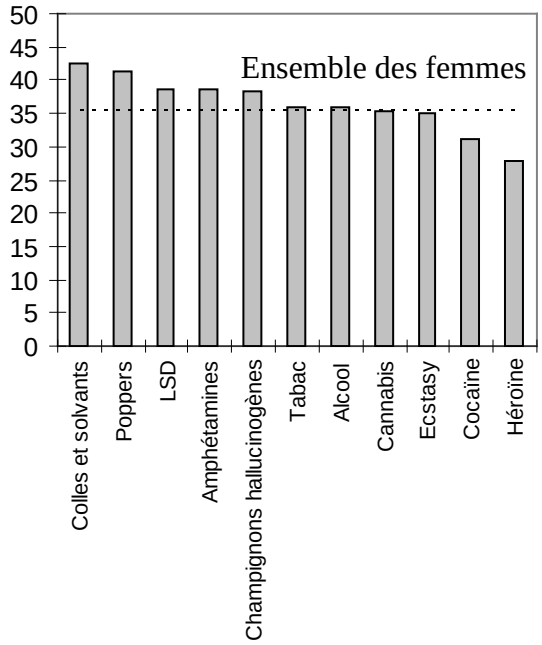

Un seul enfant dans le foyer



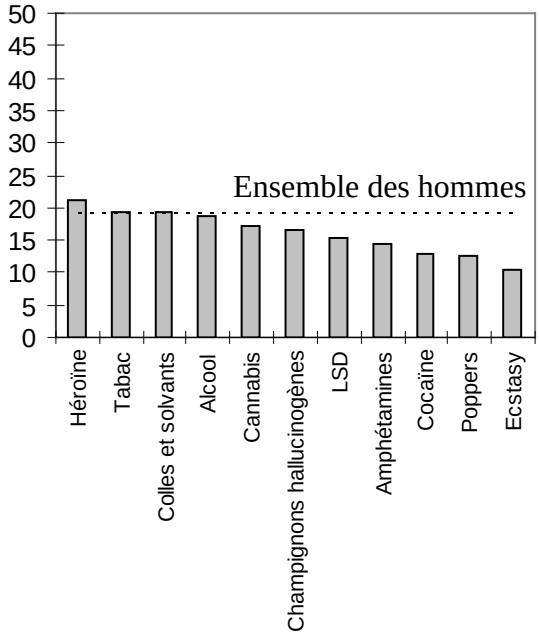



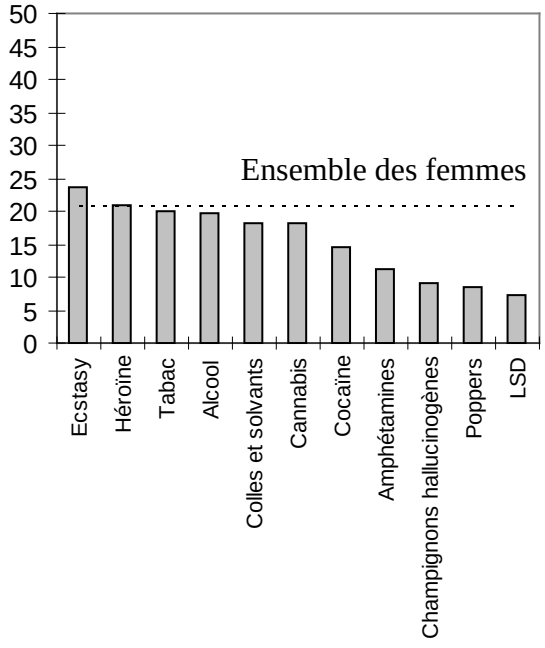
Deux enfants dans le foyer




Trois enfants ou plus dans le foyer




Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

*C – Type de ménages*

Afin que puissent être comparés les types de ménages des expérimentateurs de substances aux patients pris en charge dans les CSST[240], nous sommes dans l'obligation de faire des suppositions sur les réponses qui auraient été apportées en centres de soins si l'enquêté y avait répondu, sachant que les modalités de réponses diffèrent dans les deux modes d'observation. Ainsi, si les individus déclarent vivre en couple, ils seront qualifiés ainsi même dans l'éventualité où ils vivraient également avec leurs parents. On subdivisera en couple avec ou sans enfants en fonction des déclarations faites à ce sujet. De manière similaire, s'ils vivent avec leurs parents, mais déclarent avoir des enfants et vivre avec, mais ne pas être en couple, ils seront considérés comme intégré à une famille monoparentale. Par conséquent, seuls les individus ne vivant pas avec leur conjoint et n'ayant pas d'enfant seront considérés comme vivant avec leur parent s'ils déclarent au moins un des deux parents.

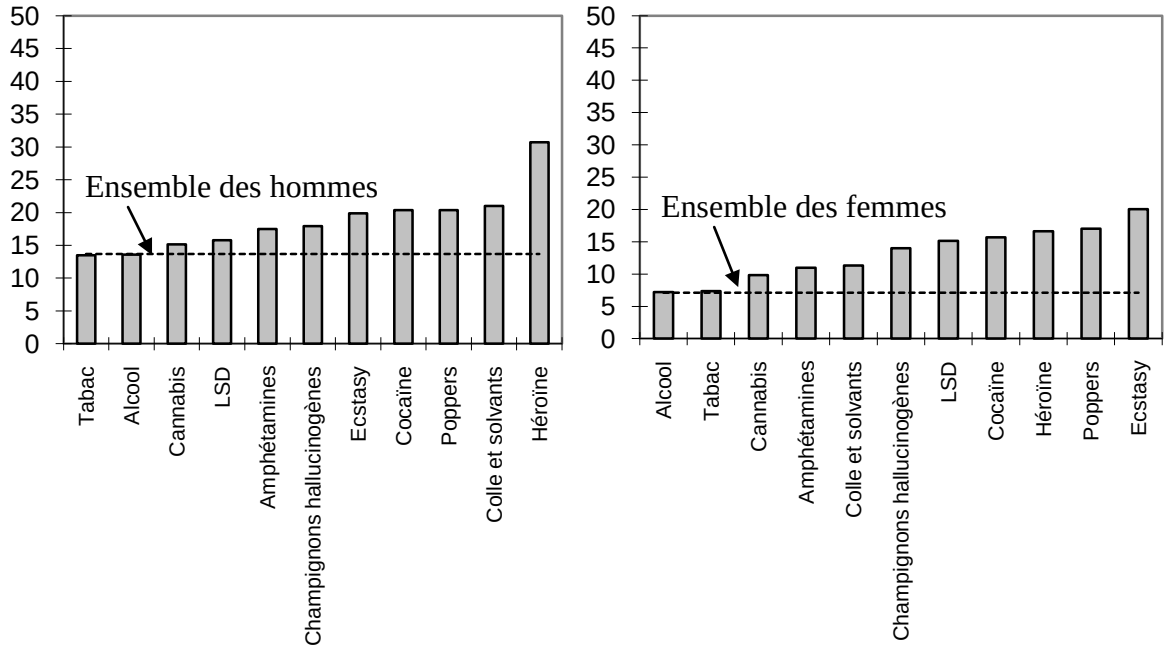
Identiquement à ce que l'on constatait au sein des patients pris en charge en CSST, les expérimentateurs de drogues vivent plus souvent seuls que l'ensemble de la population. Cela est d'ailleurs d'autant plus vrai chez les expérimentatrices que les expérimentateurs. On retrouve ainsi ici le corollaire de leur moindre vie en couple (graphique nº 71). Notons toutefois que le différentiel qu'il existe entre expérimentatrices de drogues et l'ensemble des femmes n'est pas, hormis pour quelques substances, le plus remarquable. Au contraire, c'est en ce qui concerne la part de couple sans enfant ou de familles monoparentales qu'il apparaît de nettes distinctions. Alors qu'elles sont plus souvent les mères d'une famille monoparentale, elles le sont moins souvent de couple avec enfants, comparativement à l'ensemble des femmes. Par conséquent, si nous avions déjà constaté que les expérimentatrices ont moins souvent d'enfants que l'ensemble des femmes, cela tiendrait plus d'une moindre mise en union que d'une moindre fécondité au sein de l'union. Néanmoins, il apparaît que les ruptures de couples avec enfants seraient plus courantes chez les expérimentatrices. Les unions rompues, freinant par conséquent les naissances, expliquent alors que le nombre d'enfants des expérimentatrices de drogues était moins élevé que pour l'ensemble des femmes. Malgré les approximations auxquelles nous avons du nous soumettre pour bénéficier de possibles comparaisons avec les patients pris en charge dans les CSST, il apparaît en ce qui concerne les femmes de grandes similarités entre patientes prises en charge et simples expérimentatrices. Le type de ménage auquel appartiennent les femmes ne les distinguerait donc pas dans le type d'usage qu'elles font des drogues. La répartition des hommes ayant expérimenté différentes substances au sein de chacun des types de ménage n'apparaît pas

[240] Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

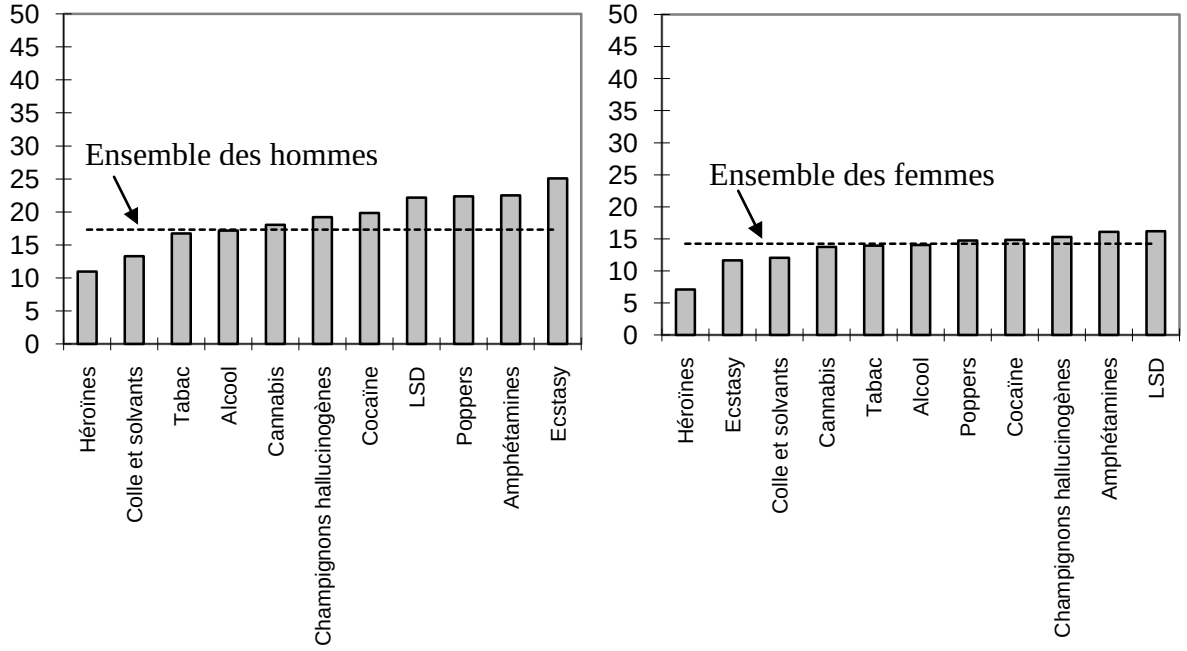
aussi semblable à celle des hommes pris en charge dans les CSST. Si les expérimentateurs, comme les patients des centres de soins, s'avèrent également plus souvent vivre seuls et moins souvent en couple avec enfant. Leur répartition au sein des couples sans enfant se distingue clairement.

**Graphique nº 71 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par type de ménage selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**

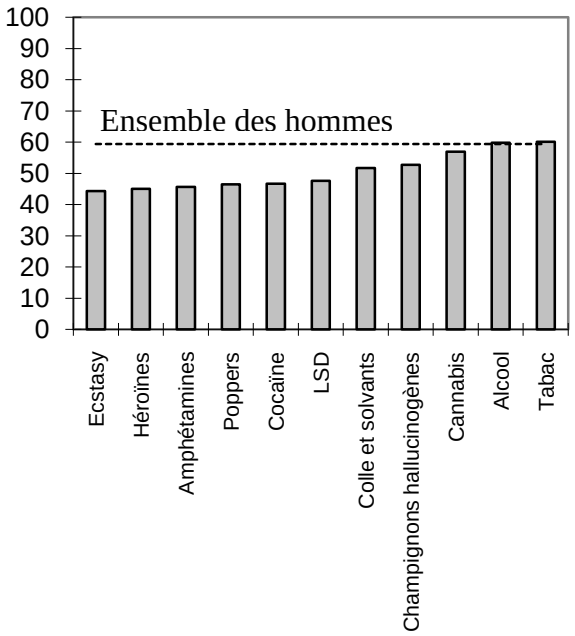
Vit seul(e)

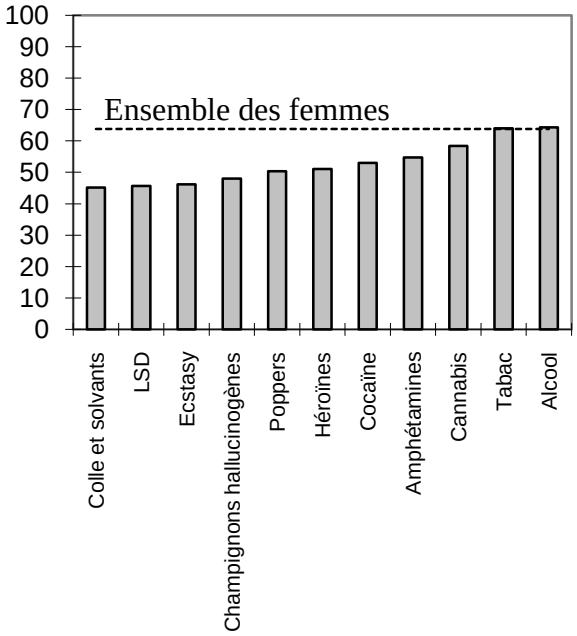



Couple sans enfant

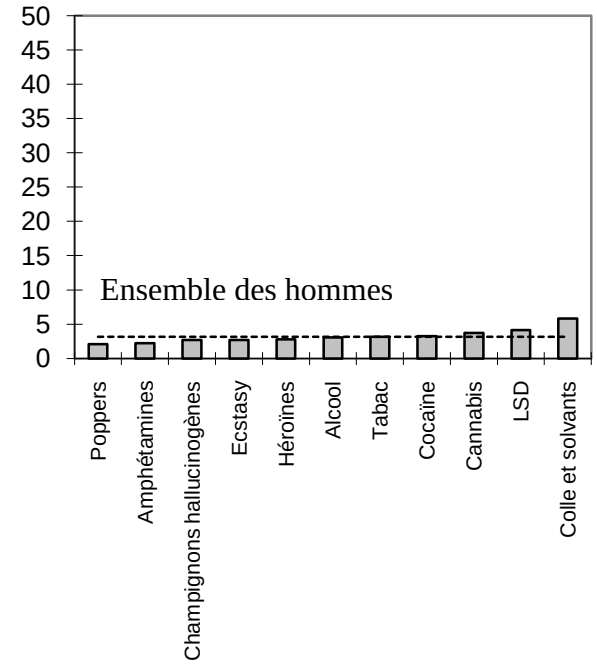


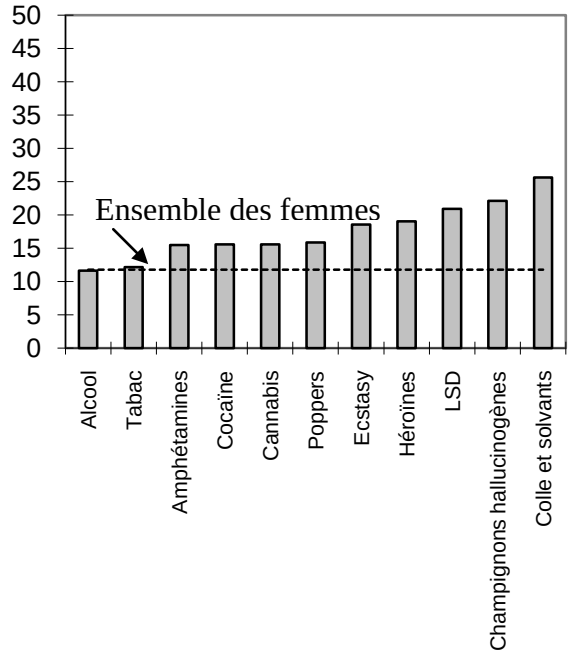
Couple avec enfants



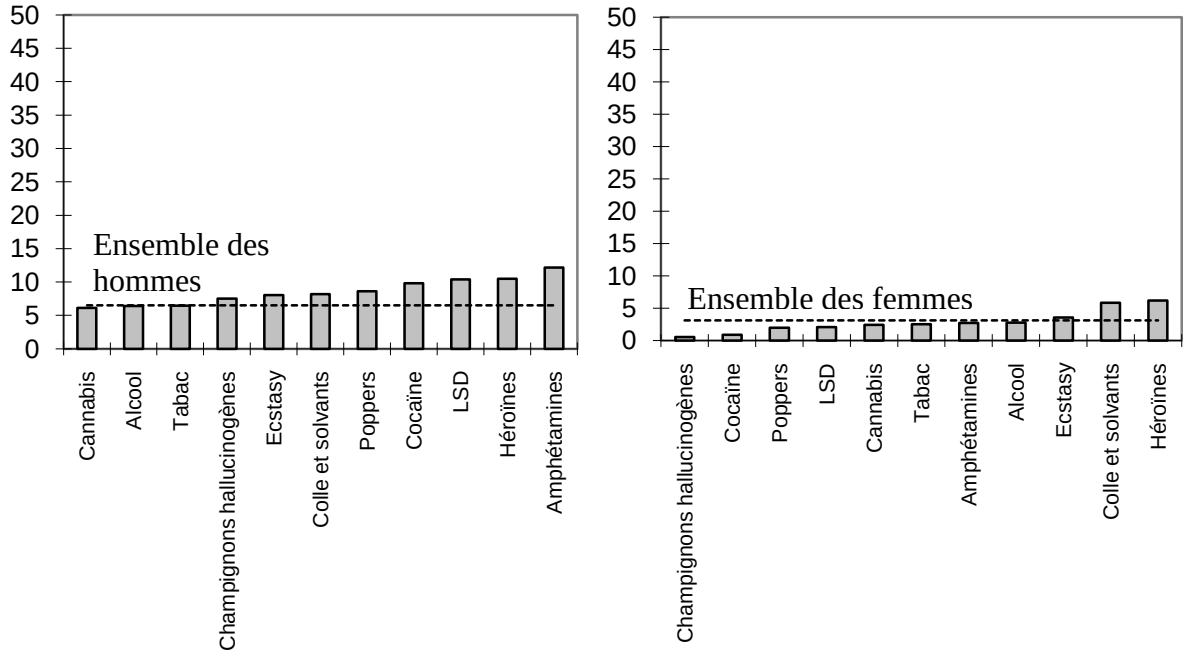




Famille monoparentale



Vit avec ses parents




Sources : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

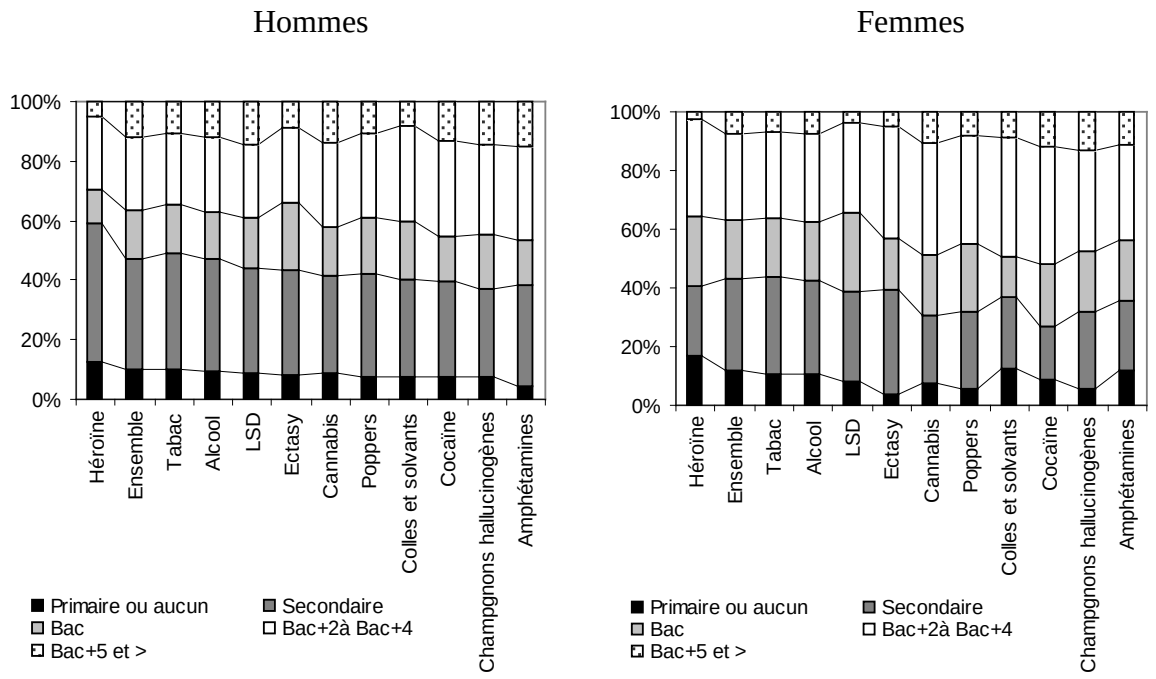
Il est toutefois difficile d'en déduire que chez les hommes seraient, contrairement aux femmes, distinguées l'évolution qu'ils ont de leurs consommations en fonction du type de ménage auxquels ils appartiennent. Le fait que les classes d'âges considérées ne soient pas parfaitement identiques n'explique certainement pas de telles différences, puisque dans ce cas elles s'observeraient également chez les femmes. Au regard des différents éléments dont nous disposons, l'une des hypothèses les plus vraisemblables d'une moindre similarité chez les hommes que chez les femmes pourraient provenir du différentiel de représentativité des usagers de drogues au sein des enquêtes en population générale. En effet, seules les populations les moins marginalisées peuvent appartenir à l'échantillon des enquêtes réalisées par téléphone. Or, nous avions pu montrer que les patientes prises en charge dans les centres de soins disposaient plus souvent que les hommes d'un logement durable. Par conséquent, leur probabilité d'appartenir à l'échantillon du baromètre santé s'en voit également accrue. On peut, sans trop se fourvoyer, estimer que la vie en couple est plus aisée lorsque les individus disposent d'un logement stable que lorsqu'ils sont sans domicile fixe[241]. Par conséquent, les expérimentateurs de drogues vivant en couple se voient alors indirectement moins discriminés à l'égard d'une probable enquête que les personnes vivants seules, tous type de logements confondus (y compris aucun).

[241] Largement plus représenté chez les hommes que chez les femmes parmi les patients pris en charge.

## §2 – Caractéristiques socioculturelles

Si on s'intéresse au plus haut niveau de diplôme obtenu par les différentes sous-populations d'expérimentateurs de drogues et de l'ensemble de la population, les expérimentateurs de tabac et d'alcool ne se distinguent pas significativement de l'ensemble de la population, contrairement à ce que l'on constate pour l'ensemble des autres drogues (graphique nº 72). Parmi elles, l'héroïne se distingue en cela que les individus qui en ont fait l'expérimentation sont moins diplômés que les expérimentateurs d'autres drogues. Cela est d'autant plus marqué chez les hommes, chez qui la part des niveaux de diplômes inférieurs au bac est plus importante que dans l'ensemble de la population. On constate néanmoins qu'expérimentatrices comme expérimentateurs d'héroïne sont plus souvent sans diplôme ou de niveau primaire. À l'inverse, les expérimentateurs d'autres drogues sont plus souvent diplômés d'un niveau au moins équivalant au bac.

**Graphique nº 72 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par plus haut niveau de diplôme obtenu selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**

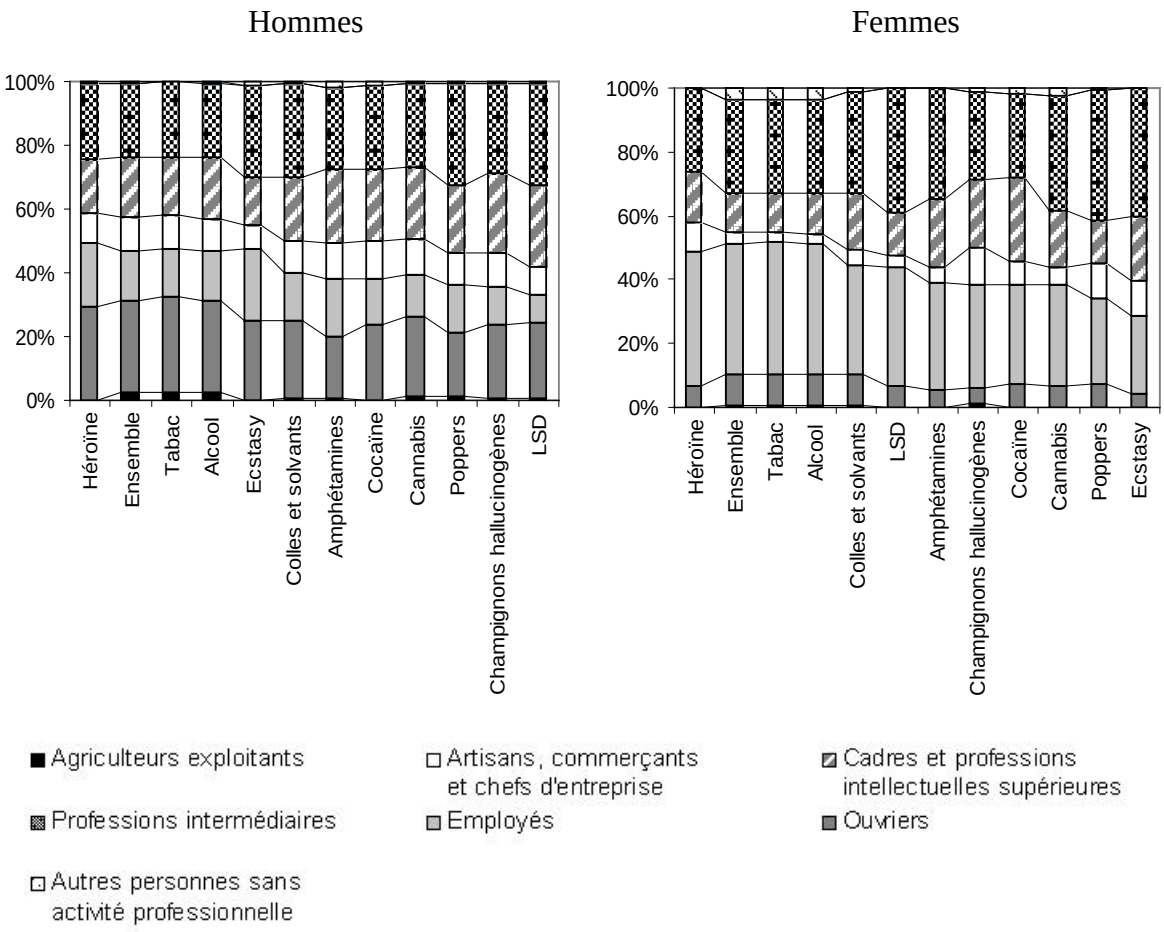



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

La répartition au sein des différents niveaux de diplômes supérieurs au baccalauréat est toutefois très largement variable d'une substance à l'autre. Alors que les ecstasys sont expérimentées chez les hommes par des personnes dont la part de niveau baccalauréat se distingue particulièrement, les hallucinogènes et les amphétamines se distinguent par une part plus importante que l'ensemble de la population de niveau bac+5 et supérieur. On retrouve une même surreprésentation des niveaux bac+5 et supérieur en ce qui concerne les champignons hallucinogènes et les amphétamines, mais en ce qui concerne le LSD c'est la surreprésentation des niveaux bac qui s'impose. S'il est difficile d'aller plus en détail pour chacune des substances, il est intéressant de confronter ces résultats généraux à ceux obtenus lors de l'analyse des patients pris en charge dans les CSST. En effet, ces derniers étaient, à l'inverse des expérimentateurs observés lors d'une enquête en population générale, moins diplômés que l'ensemble de la population. Par conséquent, il apparaît que malgré une expérimentation plus répandue chez les plus diplômés, la transformation de l'usage en « usage problématique » se manifeste plus souvent chez les personnes les moins diplômées.

Un même différentiel entre expérimentateurs et patient pris en charge dans les centres de soins apparaît également lorsque l'on prend en compte cette fois la catégorie socioprofessionnelle. En effet, la part des professions intermédiaires, cadres et professions intellectuelles supérieures, et artisans commerçants et chef d'entreprise est plus élevée chez les expérimentateurs de drogues que dans l'ensemble de la population. Cela s'avère ne pas être le cas pour l'alcool et le tabac qui ne se distingue pas, et pour l'héroïne pour laquelle le rapport est inversé (graphique nº 73). Au contraire, s'agissant des patients pris en charge dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes, ce sont les employés et ouvriers qui s'avéraient largement surreprésentés. Dans l'éventualité où les substances auraient un même potentiel d'addiction indépendant du cadre social des individus, on serait censé constater une semblable répartition selon la CSP des expérimentateurs et des patients pris en charge. Le fait que l'on constate une inversion des sous-groupes les plus représentés illustre alors clairement en quoi il n'existe pas qu'une dangerosité intrinsèque aux substances, plutôt d'ordre biologique se manifestant par les conséquences morbides qu'elles entraînent, mais également une « dangerosité d'usage », pour lequel le cadre social des individus joue un rôle prépondérant. Il conviendra donc, lorsque nous tenterons de reconstituer les parcours d'usage dans le chapitre suivant, de s'intéresser tout particulièrement à ces variables.

**Graphique nº 73 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par plus haut niveau de diplôme obtenu selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

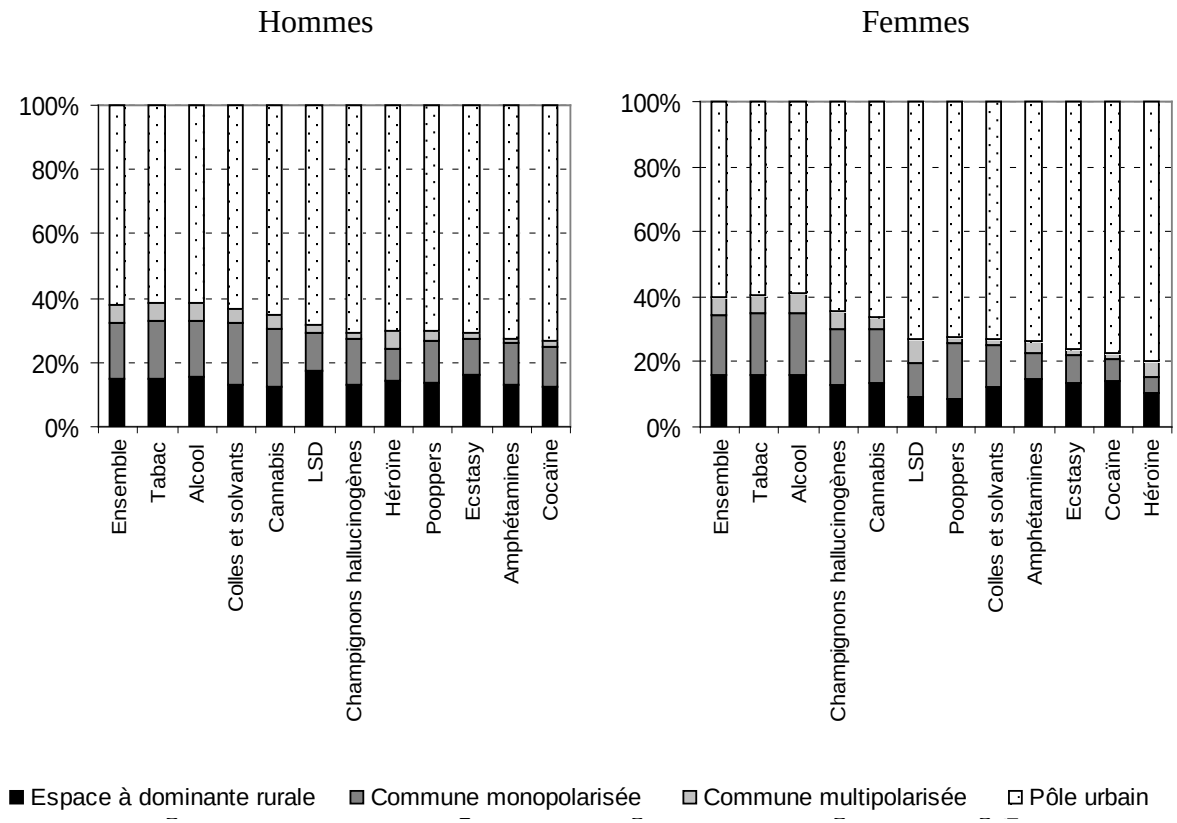
Par ailleurs, on notera que le fait que les expérimentateurs de substances psychotropes soient plus diplômés se traduit bien par l'appartenance à des catégories socioprofessionnelles nécessitant un niveau de qualification plus important. L'expérimentation de substances ne distingue donc *a priori* pas les individus en termes de « rentabilité des diplômes ».

## §3 – Caractéristiques spatiales

En prenant le soin d'appliquer une même structure par âge à l'ensemble des usagers de drogues que celle de l'ensemble de la population du même sexe, on constate que les expérimentateurs sont, dans l'ensemble, plus urbains que l'ensemble de la population

(graphique nº 74). Cette tendance semble d'ailleurs plus affirmée chez les femmes qu'elle ne l'est chez les hommes.

**Graphique nº 74 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par zonage d'aire urbaine selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

Le type d'habitat dans lequel vivent les individus n'est toutefois pas sans relation avec leur catégorie socioprofessionnelle ou le fait d'avoir ou non des enfants. Par conséquent, le fait que les expérimentateurs soient plus urbains peut tenir du seul fait qu'ils présentent d'autres caractéristiques discriminantes, exception faite de l'âge pour lequel il a été effectué une standardisation. Idéalement, pour procéder à des distinctions géographiques des usagers de drogues il conviendrait alors de standardiser les sous-populations à l'égard d'un ensemble de caractéristiques croisées. Un tel exercice nécessite toutefois un effectif plus important que celui que nous offre le baromètre santé. C'est pourquoi nous n'effectuerons qu'une analyse s'appuyant sur la standardisation une à une de quelques caractéristiques.

Dans le même ordre d'idée que ce qui a été fait jusqu'à maintenant, nous avons appliqué à chacune des sous-populations d'expérimentateurs de drogues une même structure par sexe et âge. Une fois cette standardisation appliquée, nous avons pris la mesure de la distribution de chacune des sous-populations d'expérimentateurs de drogues au sein de chaque zone géographique[242]. Afin d'illustrer plus aisément en quoi les expérimentateurs de produits psychotropes se distinguent de l'ensemble de la population dans leur couverture territoriale, c'est l'écart relatif de la part des expérimentateurs d'une substance vivant dans une zone à celle de l'ensemble de la population vivant dans cette même zone qui est représentée. On peut ainsi formaliser ce que nous appellerons l'indice de propension à vivre dans la zone *i* : $IPVZ_i^k = \frac{P_i^k - P_i^{Ens}}{P_i^{Ens}}$ ;

où - $P_i^k$ représente la part des expérimentateurs de la substance *k* vivant dans la zone *i*;

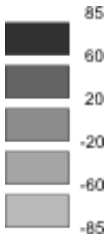
- $P_i^{ens}$ représente la part de l'ensemble de la population vivant dans la zone *i*.

Notons par ailleurs que neuf zones sont distinguées l'Île-de-France, le bassin parisien ouest, le bassin parisien est, le nord, l'ouest, le sud-ouest, la zone Rhône-Alpes, et la méditerranée.

Il n'apparaît pas de différence entre l'ensemble de la population et les expérimentateurs de tabac et d'alcool en ce qui concerne leur répartition sur le territoire (graphique nº 75). Ils se différencient au contraire des autres substances, dont les expérimentateurs sont au contraire plus largement en Île-de-France que l'ensemble de la population. Si cela est vrai pour l'ensemble des autres produits psychotropes que l'alcool et le tabac, cela s'avère être particulièrement le cas pour l'ensemble des stimulants, à savoir la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines. On observe par ailleurs une plus forte répartition vers les régions du sud, notamment la méditerranée en ce qui concerne les expérimentateurs de LSD et de cocaïne. Le cadran nord-est du territoire est au contraire moins souvent le lieu d'habitation des expérimentateurs des différentes substances que l'ensemble de la population, exception faite de l'héroïne. Les champignons hallucinogènes présentent un profil géographique particulier en cela que leurs expérimentateurs ont une propension plus importante à résider dans la partie ouest de la France, ce qui n'apparaît pour aucune autre substance. Les particularismes de chacune des substances ne doivent toutefois être présentés qu'à titre d'information, car ceux-ci sont largement relativisés dès lors que l'on standardise d'autres caractéristiques que l'âge et le sexe.

[242] La volonté d'avoir une mesure commune pour l'ensemble des substances répertoriées dans le baromètre santé nous impose d'avoir recours à des zonages relativement globalisants. Il s'agit pour la majeure partie des cas d'un regroupement de trois régions. Seuls l'Île-de-France et le Nord sont restés indépendants.

**Graphique nº 75 : IPVZ à structure par sexe et âge identique**



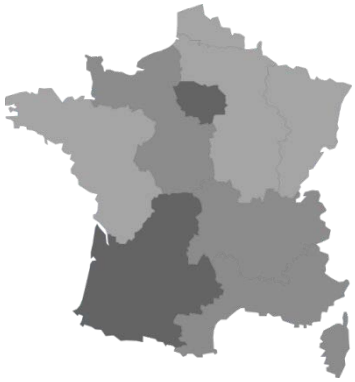

Alcool

Tabac

Cannabis

Poppers

Colles et solvants

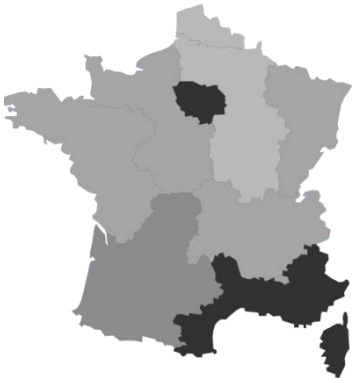


Champignons hallucinogènes

LSD

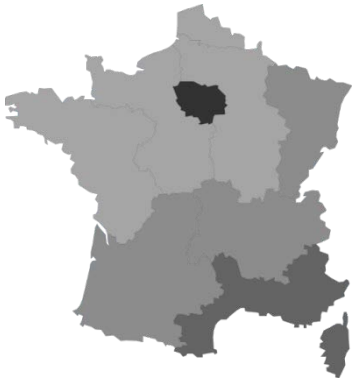
Héroïne

Cocaïne



Ecstasy

Amphétamines

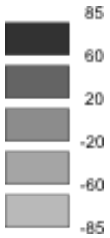


Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Sans en avoir encore fait de présentation détaillée, nous avons déjà eu l'occasion de spécifier que certaines des distinctions qui pouvaient s'observer parmi les expérimentateurs de drogues, au travers de certaines caractéristiques, pouvaient tenir du fait qu'il existe d'autres effets de structure que l'âge et le sexe. À ce titre, catégorie socioprofessionnelle, type de ménage, zonage d'aire urbaine sont plus ou moins intimement liés. Nous avons considéré *a priori* que le type de ménage et la catégorie socioprofessionnelle étaient deux variables explicatives du zonage d'aire urbaine dans lequel résident les individus en ce sens que les unions et naissances, autant que le type d'emploi recherché, vont expliquer les migrations vers l'un ou l'autre des types d'aire urbaine plutôt que l'inverse. Par conséquent, cette variable de zonage par aire urbaine nous semblait être la meilleure synthèse qui puisse être des trois considérée (six si on considère séparément la mise en couple, le fait d'avoir des enfants, et de vivre avec ces derniers). C'est pourquoi nous avons procédé à une mesure semblable à celle effectuée précédemment, en standardisant cette fois, non pas l'âge et le sexe des individus, mais le type de zone urbaine dans lequel les individus vivent. Afin que puissent être comparés simplement les résultats lors de cette standardisation à ceux obtenus précédemment, nous avons utilisé une même échelle colorimétrique.

Cette sélection *a priori* de la variable d'« équilibrage » s'avère *a posteriori* relativement pertinente puisqu'elle illustre en quoi la répartition spatiale des expérimentateurs de drogues tient en fait plus du niveau d'urbanisation des différentes régions que d'une plus propice expérimentation dans l'une ou l'autre de celles-ci. En effet, l'indice utilisé n'atteint pour aucune des substances ni aucune des régions les classes de valeur les plus extrême (graphique n° 76). Par conséquent, il apparaît une répartition sur le territoire plus homogène qu'il ne semblait auparavant. Reste que pour une grande majorité des substances, les expérimentateurs vivent toujours plus en Île-de-France que l'ensemble de la population. Au contraire, les expérimentateurs de la plupart des produits psychotropes ne sont, à niveau d'urbanisation égal, que très peu dans les régions qui l'avoisinent. Enfin, une certaine surreprésentation des expérimentateurs de drogues apparaît encore dans la partie méditerranéenne du territoire, notamment en ce qui concerne les poppers et amphétamines pour lesquels il s'observait déjà une plus importante présence des expérimentateurs.

**Graphique nº 76 : IPVZ à structure par zonage d'aire urbaine identique**




Alcool

Tabac

Cannabis

Poppers

Colles et solvants

Champignons hallucinogènes

LSD

Héroïne

Cocaïne

Ecstasy

Amphétamines

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

## §4 – L’entrelacement des caractéristiques

Afin que puisse être vérifiée que l’ensemble des caractéristiques par lesquelles les expérimentateurs de drogues se différencient de l’ensemble de la population ne tienne pas du simple fait qu’une ou plusieurs caractéristiques distinctives soient corrélées à l’obtention d’une autre, nous avons procédé à l’élaboration d’une régression logistique multinomiale reprenant les variables auxquelles nous nous sommes intéressés.

Nous avons opté pour une régression pas-à-pas automatisée (« stepwise »), qui présente l’avantage de ne reposer sur aucune hypothèse *a priori*, en ce sens que les variables explicatives sont introduites dans le modèle selon leur apport au maximum de vraisemblance.

Les distinctions s’observaient généralement pour l’ensemble des drogues, exception faite du tabac et de l’alcool. En effet, ces derniers présentaient généralement des caractéristiques similaires à l’ensemble de la population. Le cannabis quant à lui présentait une situation intermédiaire. Comme nous le verrons par la suite les expérimentateurs de cannabis sont dans la grande majorité des cas au moins expérimentateur de tabac et d’alcool. Les expérimentateurs d’autres stupéfiants sont, globalement, au moins expérimentateurs de cannabis. Pour ces raisons, nous avons décidé de tenir compte des modalités suivantes pour la variable dépendante : « n’a expérimenté aucune substance », « à expérimenter le tabac et/ou l’alcool », « a expérimenté le cannabis, mais pas d’autres stupéfiants », « a expérimenté d’autres stupéfiants ». La modalité de référence est, du fait de son importante prévalence, « les expérimentateurs d’alcool et/ou de tabac ».

Par conséquent, au sein de chacune des différentes variables explicatives, il est présenté pour chacune des modalités le surrisque (odds-ratios) d’avoir tel ou tel type d’expérimentation plutôt que d’être expérimentateur d’alcool et/ou de tabac, comparativement aux individus qui présentent la modalité de cette variable en contrôlant les autres variables, c’est-à-dire toute chose égale par ailleurs.

**Tableau nº 13 : régression logistique multinomiale des expérimentations de drogues**

| | Type d'expérimentation | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abstinents | | Alcool Tabac | | Cannabis | | Autres stupéfiants | |
| **Sexe** | | | | | | | | |
| Hommes | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Femmes | 1,707 | *** | ref | ref | 0,530 | *** | 0,359 | *** |
| **Age** | | | | | | | | |
| 14-19 ans | 0,829 | ns | ref | ref | 0,801 | *** | 0,500 | * |
| 20-24 ans | 1,229 | *** | ref | ref | 1,172 | *** | 0,912 | *** |
| 25-29 ans | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| 30-39 ans | 0,723 | ns | ref | ref | 0,693 | *** | 1,002 | *** |
| 40-49 ans | 0,402 | *** | ref | ref | 0,415 | *** | 0,620 | ns |
| 50-74 ans | 0,374 | *** | ref | ref | 0,124 | *** | 0,165 | *** |
| **Niveau de diplôme** | | | | | | | | |
| Aucun | 1,754 | *** | ref | ref | 0,637 | *** | 0,735 | *** |
| Primaire | 1,255 | *** | ref | ref | 0,485 | *** | 0,441 | *** |
| Secondaire | 0,646 | *** | ref | ref | 0,788 | *** | 0,774 | *** |
| Bac | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Bac+2;bac+3 | 0,923 | ns | ref | ref | 1,110 | *** | 1,161 | *** |
| Bac+4 | 0,662 | *** | ref | ref | 1,591 | *** | 1,795 | *** |
| Bac+5 ou + | 0,689 | ** | ref | ref | 1,443 | *** | 1,370 | *** |
| **Statut matrimonial** | | | | | | | | |
| Célibataire | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Marié | 2,202 | *** | ref | ref | 0,545 | *** | 0,315 | *** |
| Divorcé | 0,995 | ** | ref | ref | 1,079 | *** | 0,775 | *** |
| Veuf | 1,451 | ns | ref | ref | 0,508 | *** | 0,364 | * |
| **A ou non des enfants** | | | | | | | | |
| Sans enfant | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Avec enfant | 0,511 | ns | ref | ref | 0,991 | ns | 0,922 | *** |
| **Nombre d'enfants vivants dans le ménage** | | | | | | | | |
| Aucun | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| 1 enfant | 0,796 | *** | ref | ref | 1,088 | ns | 1,044 | *** |
| 2 enfants | 0,719 | *** | ref | ref | 1,049 | ns | 0,825 | ns |
| 3 enfants ou plus | 1,835 | *** | ref | ref | 1,001 | ns | 0,734 | *** |
| **Type de ménage** | | | | | | | | |
| isolé | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Vit avec ses parents | 1,260 | *** | ref | ref | 0,757 | *** | 0,673 | *** |
| Couple sans enfant | 0,513 | *** | ref | ref | 0,880 | ns | 0,818 | ** |
| Couple avec enfant | 0,555 | *** | ref | ref | 1,031 | ns | 1,126 | * |
| Famille monoparentale | 1,503 | *** | ref | ref | 1,112 | ** | 1,325 | *** |

ref : modalité de référence ;

ns : non significatif ;

*** : significatif au seuil de 1 % ;

** : significatif au seuil de 5 % ;

* : significatif au seuil de 1 %.

On retrouve nettement une différence selon le sexe, les femmes étant plus que les hommes susceptibles d'être abstinentes de toutes substances. Si elles sont par ailleurs moins souvent que les hommes expérimentatrices de cannabis, elles se distinguent plus particulièrement encore lorsqu'il s'agit des autres stupéfiants. L'augmentation de l'âge fait quant à lui que les individus sont plus souvent expérimentateurs d'alcool et ou de tabac qu'ils ne sont abstinents ou expérimentateurs d'autres substances. On note toutefois que les 30-39 ne se distinguent que très peu des expérimentateurs d'alcool et/ou de tabac, signe d'une expérimentation plus tardive des autres stupéfiants que le cannabis, qui lui, parce qu'il est particulièrement consommé par les anciennes générations, s'en éloigne plus.

On note également clairement que les expérimentateurs de cannabis et d'autres stupéfiants sont plus diplômés que les expérimentateurs de tabac, d'alcool ou des abstinents. Ceux qui s'éloignent particulièrement de la population de référence sont les personnes sans diplôme, qui ont 1,7 fois plus de chance d'être abstinents qu'expérimentateurs de tabac et/ou d'alcool. Les personnes ayant un niveau de diplômes Bac+4 ont, dans un même ordre de grandeur, plus de chance d'être expérimentateurs d'autres stupéfiants que le cannabis que des personnes ayant un niveau bac d'être expérimentateur de tabac et/ou alcool.

L'élément pour lequel il n'apparaît pas de différence est le fait d'avoir ou non des enfants. Au contraire, le fait de vivre avec des enfants ou non distingue l'expérimentation des individus. Ainsi, ce qui s'observait dans une approche bidimensionnelle résultait principalement du fait que le fait de vivre avec des enfants implique très largement d'en avoir eu auparavant. L'expérimentation de cannabis n'est que faiblement différenciée de l'expérimentation de tabac ou d'alcool selon le nombre d'enfants qui vivent avec les individus, contrairement à ce qui s'observe pour les autres stupéfiants. Notons par ailleurs que si les personnes ayant un ou deux enfants sont moins souvent abstinentes, le fait de vivre avec au moins trois enfants augmente la probabilité, tous autres facteurs contrôlés, de l'être.

Enfin, on retrouve que les expérimentateurs de toutes substances sont moins souvent mariés ou veufs. Les divorcées ne se différencient pas particulièrement, exception faite de leur moindre expérimentation d'autres stupéfiants que le cannabis. Il en ressort de ces croisements que les isolés sont de manière compréhensible plus souvent expérimentateurs que les individus appartenant à d'autres types de ménages, à l'exception des familles monoparentales qui s'avèrent être plus probablement abstinentes qu'expérimentatrices de tabac ou d'alcool et également plus expérimentatrices des autres substances.

## ***Section 2* – *Caractériser l'expérimentation de drogues***

La variabilité des effectifs d'expérimentateurs des différentes substances pour lesquelles il nous est possible de nous prononcer, ainsi que l'exposition des structures par sexe et âges, permettent d'avoir, dès à présent, une idée de ce qui peut représenter l'une des premières caractéristiques de l'usage de drogues, à savoir l'introduction de ces drogues dans chacune des générations. Pour y parvenir, la proportion d'expérimentateurs selon l'âge des individus nous permet d'en avoir une première ébauche. Reste toutefois qu'en raison des biais que nous avons précédemment soulignés elle n'est une bonne représentation de l'intensité du phénomène d'expérimentation que lorsque celle-ci est très élevée, ou au sein des générations les plus récentes, cas où il ne peut dès lors s'agir que d'une intensité partielle. En tenant compte des informations obtenues au cours du premier chapitre, nous en proposerons une mesure corrigée. Les variations de comportements au sein des différentes générations se traduisent par ailleurs par des évolutions conjoncturelles qu'il conviendra de présenter. C'est toutefois en procédant à une analyse approfondie au sein des générations que l'on pourra tenter de démêler ce qui tient d'évolutions de l'intensité et/ou du calendrier. Enfin, les caractéristiques différentielles constatées plus avant chez les expérimentateurs de drogues nous invitent à procéder à l'analyse des usages selon que les usagers présentent telle ou telle caractéristique afin d'espérer expliquer ces différences.

### §1 – Diffusion des drogues au fil du temps et dans les générations

#### I – Une diverse propagation de l'expérimentation au sein des générations

##### *A – Évolutions corrigées des expérimentations de tabac et de cannabis*

Eu égard des mesures de mortalité différentielle réalisées et du biais qu'elles induisent lors d'une observation rétrospective, il est nécessaire de corriger les données observées plutôt que de se restreindre à la simple exposition de la part des expérimentateurs au sein de chacune des générations. Pour illustrer les biais selon l'âge auquel étaient observés les individus,

l'intensité du phénomène étudié, et la variation de la mortalité, a été établi, pour chaque âge, un indicateur du biais induit pour diverses valeurs de l'intensité du phénomène. Cet indicateur correspond au rapport de la proportion d'expérimentateurs au travers d'une observation rétrospective rapporté à celle qui serait si on pouvait observer l'expérimentateur au travers de données continue. Il est possible, par le produit de cet indicateur et de l'intensité qui lui est liée, de disposer, pour chaque âge et niveau d'intensité définis, de la valeur de la proportion d'expérimentateurs qui seraient observés. Toutefois, les microsimulations que nous avons réalisées le sont par itération de l'intensité du phénomène étudiée. Ainsi, on ne dispose du couple « proportion observée/intensité du phénomène » que pour le pas d'itération défini. Néanmoins, la relation qu'il existe à chaque âge d'observation entre proportion observée et intensité du phénomène n'est pas aléatoire. Il est donc possible d'obtenir l'intensité du phénomène à partir des proportions observées bien que celle-ci ne soit pas l'une des valeurs simulées. La méthode de correction a alors été adaptée selon la nature de la relation qui apparaissait.

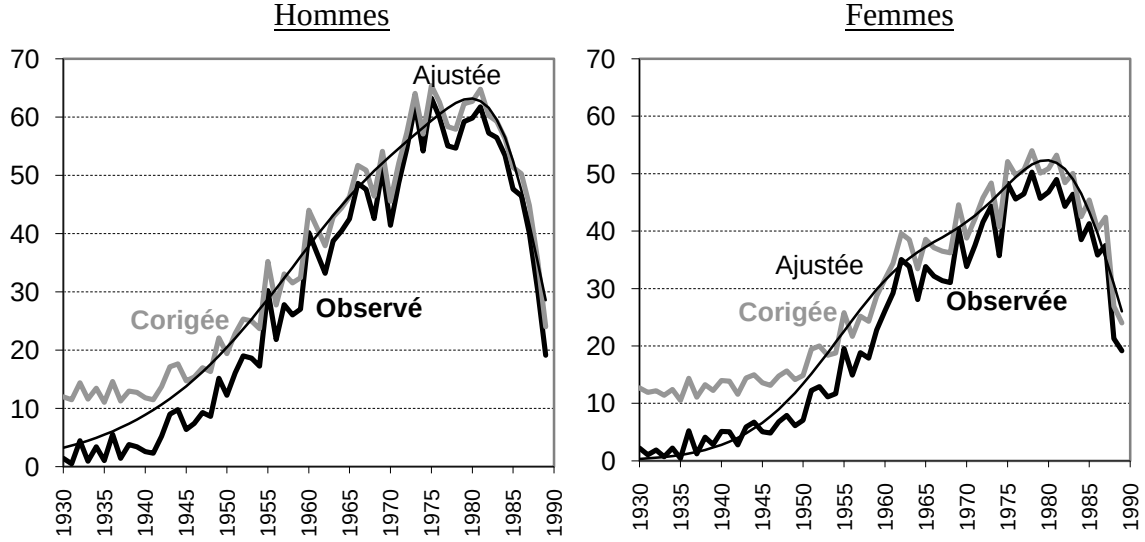
Du fait que nous avons considéré, qu'après un certain âge, la mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis était inexistante, la relation qui unit proportion observée et intensité du phénomène est, à chaque âge, quasi linéaire. C'est donc simplement par un ajustement linéaire de cette fonction qu'a été estimée l'intensité du phénomène[243]. Celle-ci s'interprète habituellement comme étant l'intensité du phénomène en l'absence de phénomènes perturbateurs, on peut cependant également la traduire ici comme la proportion d'usagers de cannabis que l'on aurait observée en 2005 s'il n'existait aucune mortalité différentielle. L'évolution générale du phénomène ne s'en voit pas modifiée. Reste qu'elle permet de constater que l'utilisation des données observées sans correction tend à sous-estimer l'intensité du phénomène de près de 5 points (graphique nº 77). Les valeurs corrigées tendent à présenter une sous-estimation encore plus importante aux âges les plus élevés. La correction apportée aux générations les plus anciennes tient toutefois d'une extrapolation, faute d'information concernant une éventuelle mortalité différentielle pour celles-ci. Nous avions jugée qu'elle apparaissait très certainement plus importante qu'elle ne l'est effectivement. Nous avons alors procédé à un ajustement non linéaire[244] sur la série des proportions corrigées d'expérimentateurs de cannabis, en restreignant l'ajustement aux générations pour lesquelles nous disposions d'une mesure de mortalité différentielle. Ces

[243] Rappelons toutefois qu'il ne s'agit ici que d'une intensité partielle du phénomène, correspondant à l'intensité du phénomène dans les générations à l'âge où chacune d'entre elles est observée.

[244] Pour chacun des deux sexes, 15 ajustements ont été réalisés. Celui dont le $R^2$ était le plus élevé a été sectionné.

séries, que l'on appelle « séries ajustées », modèrent largement l'intensité supposée par la série corrigée pour les générations les plus anciennes, sans altérer les corrections apportées pour les générations les plus récentes.

**Graphique nº 77 : proportions observées, corrigées et ajustées d'expérimentateurs de cannabis selon le sexe et la génération (en %)**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

Les séries ajustées ne modifient, quoi qu'il en soit, pas les grandes tendances de l'expérimentation du cannabis au sein des générations. On observe clairement que l'intensité de l'expérimentation n'a cessé d'augmenter de la génération 1930 à 1975 pour les hommes et 1977 pour les femmes. Si celle-ci n'a de cesse d'être plus importante chez les hommes que chez les femmes, la plus grande variabilité de l'introduction de l'usage chez les femmes, qu'elle ne l'est chez les hommes, fait apparaître un moindre écart selon le sexe en ce qui concerne les générations 1960 et alentours. En effet, alors que les hommes ont connu une augmentation de l'expérimentation à un rythme quasi constant, on distingue quatre groupes de générations chez les femmes. Un premier concernant les générations antérieures à 1950 pour lesquelles l'augmentation de l'expérimentation est moindre que celles des hommes. Une seconde période englobant les générations 1950 à 1960. Si elles n'atteignent pas le niveau d'expérimentation des hommes, l'accroissement se fait à un rythme bien plus soutenu chez les femmes que chez les hommes. Notons toutefois que ces expérimentations peuvent avoir eu lieu chez les deux sexes à des périodes de leurs vies différentes. C'est pour une même raison que l'augmentation de l'expérimentation à un rythme moins soutenu chez les générations 1960-1975, peut autant s'expliquer par une moindre intensité que par le fait qu'une partie des

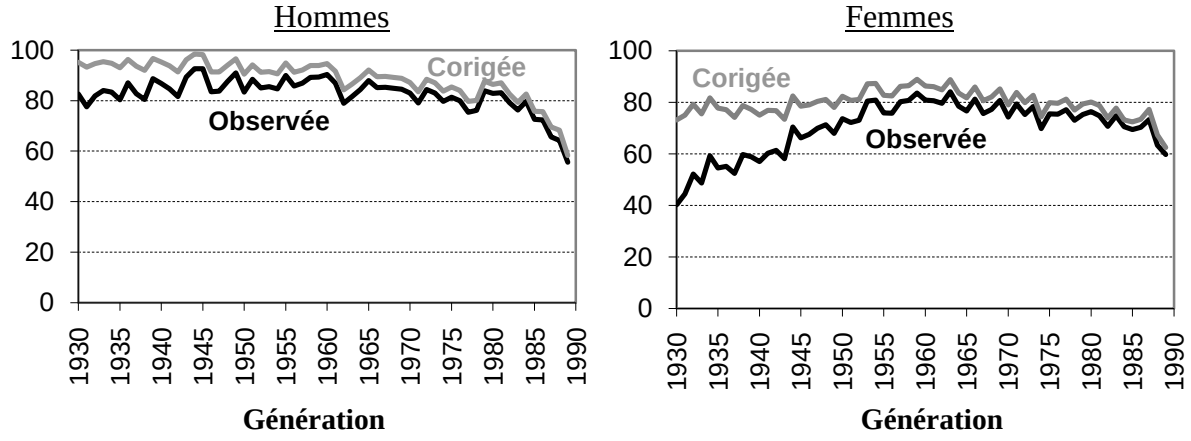
femmes des ces générations qui en feront l'expérimentation ne l'a pas encore à ce jour effectuée. C'est ce à quoi nous tenterons, entre autres, de répondre en nous intéressant par la suite au calendrier de l'expérimentation des différentes générations. Enfin un dernier groupe, constitué des générations postérieures à 1975 pour lesquelles la hausse est plus importante encore qu'elle ne l'était pour les générations des années 1950.

En ce qui concerne les générations encore plus récentes, qu'il s'agisse cette fois des hommes ou des femmes, les mesures de proportions d'expérimentateurs relèvent, plus encore que pour les générations plus anciennes, d'un mélange d'effet d'âge et de génération. C'est en fait le cas à tous âges puisque l'expérimentation peut avoir lieu tant que l'individu n'est pas décédé. Toutefois, la première consommation de cannabis, qui permet d'acquérir la caractéristique d'expérimentateur, à lieu relativement jeune. Une part encore importante des futurs expérimentateurs n'a, pour ces générations, pas encore acquis cette caractéristique, et explique que la progression de l'expérimentation cesse, voire décline. On peut toutefois constater une stabilité chez les hommes des générations 1975 à 1985, se traduisant au moins par un retard à l'expérimentation. Cette tendance semble confirmée puisque les données de l'enquête ESCAPAD, qui interroge les jeunes de 17-18 ans lors de la journée d'appel à la défense, ont révélé une baisse de la part des expérimentateurs entre les réalisations de 2003, 2005 et 2008 (Legleye *et al.* [2009]). On peut alors parler d'un moindre intérêt en cela que l'intensité partielle est moindre. Ce n'est cependant que par la réalisation d'enquêtes ultérieures, telles que le baromètre santé, qui identifieront ces mêmes générations à des âges plus élevés, que l'on pourra s'assurer d'une réelle baisse de l'intensité ou au contraire de vérifier qu'il ne s'agit pas que d'un retardement de l'expérimentation.

S'agissant à présent du tabac, la méthode de correction est relativement semblable à celle utilisée pour le cannabis, si ce n'est que la relation qu'il existe entre proportion observée et intensité du phénomène étudié n'est linéaire que lorsque les individus sont observés aux âges les plus jeunes. Pour les générations plus anciennes, la relation suit une fonction exponentielle dont la concavité est d'autant plus marquée qu'elle concerne les générations observées à un âge plus élevé. Cela tient au fait que la mortalité différentielle des expérimentateurs de tabac apparaît en deux périodes de la vie. Ce n'est donc plus uniquement celle apparaissant aux âges les plus faibles, mais également celle que nous avions noté au-delà de 40 ans qui joue sur l'indicateur, biaisant celui-ci d'autant plus qu'elle concerne les populations plus avancées en âge. Dans une telle situation, nous avons procédé à une interpolation linéaire entre les bornes constituées par les itérations des microsimulations. Par ailleurs, disposant cette fois d'une mesure de mortalité différentielle pour des âges plus

avancés, nous n'avons procédé à aucun ajustement. Les mesures qui en découlent font bien évidemment varier les niveaux autant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, alors que les tendances ne s'en voient pas modifiées pour les femmes, il en est tout autre pour les hommes. En effet, alors qu'à partir des données observées il apparaît une augmentation de l'expérimentation de tabac entre les générations 1930 et 1945, c'est plus une stabilité de l'usage qui transparaît lorsque l'on considère les données corrigées de la mortalité différentielle (graphique nº 78). En effet, l'augmentation de la part des expérimentateurs chez les générations 1930 à 1945 tiendrais en fait d'une érosion plus importante des expérimentateurs, comparativement aux abstinents, que d'une réelle hausse des l'expérimentation. Notons toutefois que nous avions fait des hypothèses *a maxima* dans l'illustration des biais qu'induise la mortalité différentielle. Il est donc probable que l'intensité du phénomène se voit située entre les mesures observées et corrigées. Cette possible augmentation de l'expérimentation apparaîtrait donc comme moins importante qu'il n'y parait au travers de la seule série observée.

**Graphique nº 78 : proportions observées et corrigées d'expérimentateurs de tabac selon le sexe et la génération (en %)**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

On retrouve, chez les femmes, un même amoindrissement de la hausse de l'expérimentation des générations 1930 à 1960. La correction des données observées n'élimine toutefois pas l'observation d'une hausse de l'expérimentation chez les femmes de ces générations. La génération 1960, qui atteint donc atteint l'âge de 16 ans en 1976[245], soit l'année de la mise en place de la première loi de la lutte contre le tabagisme, marque un

[245] Nous verrons que c'est vers 16 ans qu'ont lieu la majorité des expérimentations.

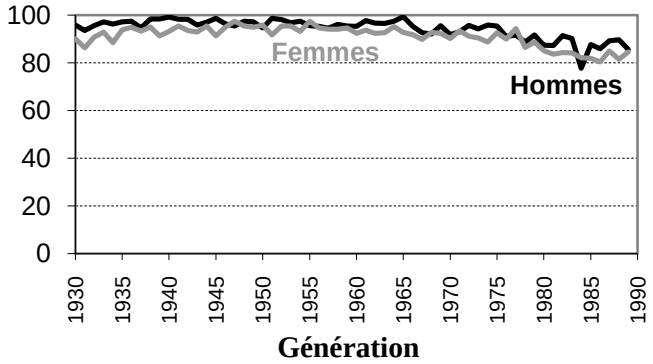
tournant dans l'expérimentation du tabac. En effet, les générations qui suivent marquent, semble-t-il, un désintérêt pour la substance qui se voit de moins en moins expérimentée.

### *B – Évolutions des expérimentations d'autres substances*

S'agissant des autres substances, nous ne pourrons avoir recours qu'aux seules données observées. Soit, et c'est le cas de l'alcool, car les donnés disponibles n'ont pas permis de réaliser de mesure de mortalité différentielle, soit, et c'est le cas des autres substances, car les mesures effectuées nous ont laissées à penser qu'elles reflétaient plus une amélioration de la collecte qu'une mesure de mortalité différentielle qui, rappelons-le, laissait supposer que les expérimentateurs de l'ensemble des drogues considérées bénéficiaient d'une sous-mortalité.

L'alcool est presque expérimenté par l'ensemble de la population, quelque soit la génération considérée. La proportion tend à baisser chez les générations les plus récentes, mais tient très certainement d'un effet d'âges (graphique nº 79). L'expérimentation d'alcool étant plus étalée dans le temps que les autres substances, il n'est pas surprenant que cette baisse soit initiée dès la génération 1965.

**Graphique nº 79 : proportion observée d'expérimentateurs d'alcool selon le sexe et la génération (en %)**

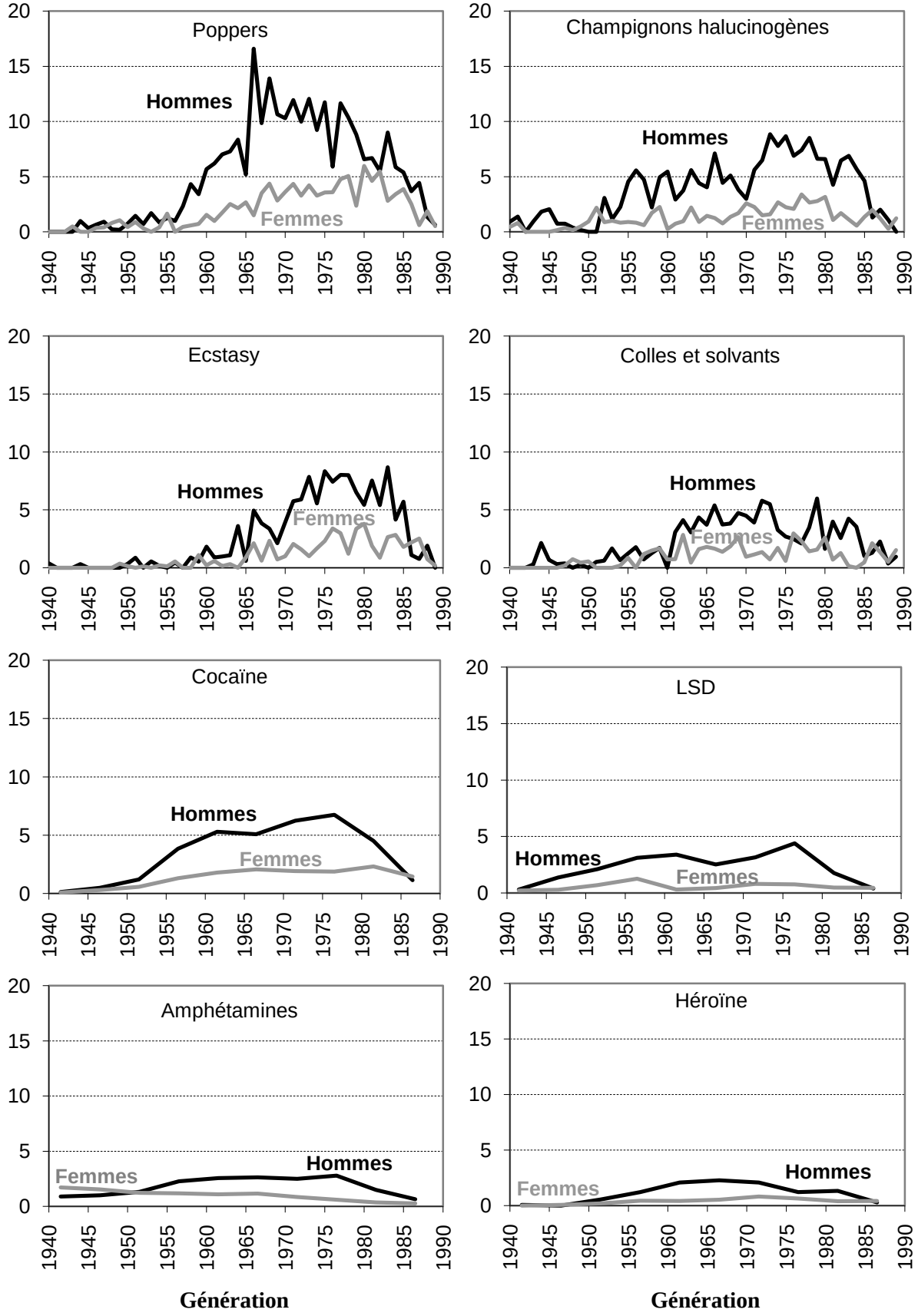



Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

À l'opposé, les autres substances ne sont que très peu expérimentées[246]. Parmi elles, la substance ayant été la plus expérimentée par une génération est le poppers qui atteint, chez les hommes, environ 16 % dans la génération 1966 (graphique nº 80). Les autres substances ne concernent jamais 10 % d'une génération. Le LSD, l'héroïne et les amphétamines ne concernant d'ailleurs même jamais 5 % des personnes d'un âge donné.

[246] Pour cette raison, nous avons été dans l'obligation de mesurer la proportion d'expérimentateurs au sein de groupes quinquennaux de générations

**Graphique nº 80 : proportions observées d'expérimentateurs de différentes drogues selon le sexe et la génération (en %)**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Le poppers, au-delà de sa prévalence d'expérimentation, se distingue également par un moindre intérêt chez les plus jeunes générations, postérieures à 1965. On observe en fait globalement une baisse de la part des expérimentateurs chez les générations les plus jeunes. Toutefois, cette baisse concerne la plupart du temps les générations qui sont plus jeunes que la génération 1978, soit les individus qui n'ont pas encore atteint 26 ans lors de l'enquête. Or, nous avions constaté lors de l'observation des calendriers d'expérimentations des patients pris en charge, que les calendriers de l'expérimentation de ces substances étaient plus tardifs que ceux du tabac de l'alcool ou encore du cannabis. Par conséquent, il est très probable que la décroissance de la part d'expérimentateurs au sein de ces générations ne soit que la conséquence d'une observation trop précoce pour que l'intensité partielle ne se rapproche sensiblement de l'intensité du phénomène. La décroissance de la part des expérimentateurs de poppers débute toutefois dès la génération 1965 qui atteindra 40 ans dans l'année. Hormis l'éventualité d'un retard à l'expérimentation de grande importance, c'est bien ici la résultante d'un désintérêt pour la substance qui se traduit ici graphiquement. Notons par ailleurs que l'on peut également apprécier, à défaut d'une franche décroissance, un tassement de l'expérimentation des autres substances pour les quelques générations qui suivent la génération 1965. C'est notamment le cas pour le LSD, les champignons hallucinogènes et la cocaïne. Cette moindre expérimentation n'est par ailleurs pas sans conséquence sur l'analyse transversale des expérimentations.

## II – Évolutions conjoncturelles de l'expérimentation de drogues

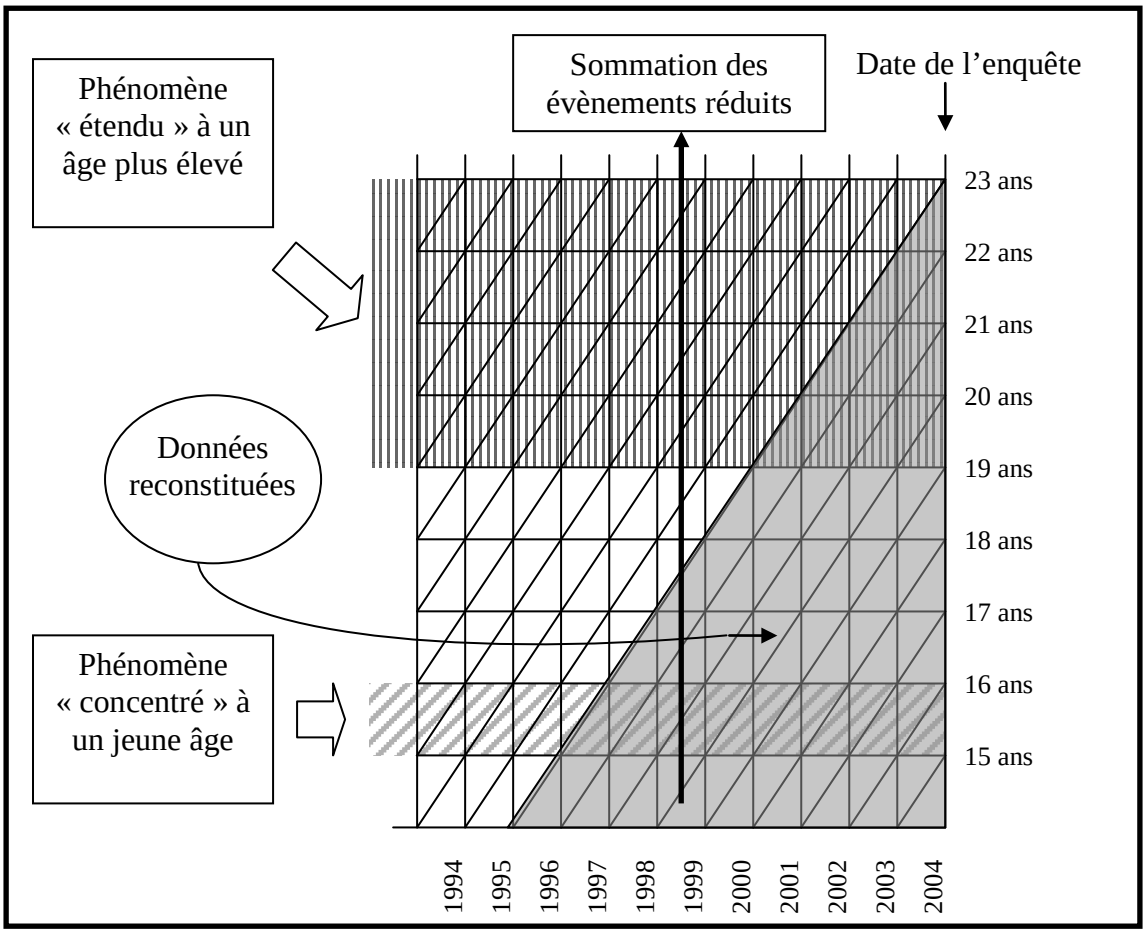
### *A – Analyse transversale : reconstitution et rappels d'interprétation*

L'étude transversale, bien qu'elle soit une mesure mêlée de l'intensité et du calendrier du phénomène, présente l'avantage de nous informer sur l'évolution d'un phénomène au cours du temps. Ainsi, sans que l'on puisse, par sa seule utilisation, être en mesure dans expliquer les raisons, elle peut présenter de manière synthétique une évolution des comportements à l'égard du phénomène qui nous intéresse. Nous pourrions utiliser la reconstitution du nombre d'expérimentations que l'on a observé chaque année. Toutefois, afin d'éviter tout effet de structure par âge, il est préférable d'avoir recours à la sommation par âge

des évènements réduits sur la période qu'il nous est possible de reconstituer[247]. Néanmoins, au-delà de la mortalité différentielle possiblement existante chez les expérimentateurs de drogues, l'utilisation d'une enquête rétrospective pour obtenir ces sommations d'évènements réduits entraîne inéluctablement un biais dans l'indicateur utilisé.

En effet, l'utilisation d'une enquête rétrospective, pour reconstituer la sommation d'évènements réduits, fait que la somme des événements réduits par âge s'effectue sur un nombre de générations d'autant plus faible que l'on cherche à obtenir l'indicateur d'une année éloignée (figure nº 7). Par ailleurs, si le phénomène se manifeste de manière très concentrée et à un âge relativement jeune, l'indicateur englobe plus de générations réellement concernées par le phénomène que s'il se manifeste à un âge tardif et est plus dispersé, en termes d'âge auquel il se manifeste.

**Figure nº 7 : Illustration des générations non intégrées au calcul d'une sommation des évènements réduits au fil des années à partir d'une enquête rétrospective**




[247] La sommation des évènements réduits est présentée dans le deuxième chapitre de la première partie de ce travail cf. p 105.

L'expérimentation des drogues est un phénomène qui se manifeste de manière relativement concentrée lors des jeunes âges. L'utilisation de tels indices n'est donc pas trop dommageable. Cette expérimentation pouvant cependant également avoir lieu avant que les individus soient en âge d'être enquêté (c'est le cas des moins de 15 ans en ce qui concerne les questions qui nous intéressent) la mesure peut également s'avérer faussée pour les années les plus proches de l'enquête

### *B – La discontinuité d'un attrait grandissant pour les drogues marginales*

Lors de l'observation de la prévalence de l'expérimentation de drogues illicites par l'utilisation d'une succession d'enquêtes en population générale[248], celle-ci apparaissait continuellement en hausse. Cela pouvait laisser paraître, derrière de tels résultats, que ces substances auraient connu un succès sans interruption. L'utilisation de la somme des évènements réduits au fil des années montre qu'il n'en est pas tout à fait ainsi[249]. Par cet indice, on tient compte de l'évolution au cours du temps autant de l'intensité de l'expérimentation que de son calendrier. Par conséquent, une hausse de cet indice pourra être le résultat d'une augmentation de l'intensité de l'expérimentation ou d'une plus grande précocité de celle-ci. Une baisse peut, au contraire, s'expliquer par une baisse de l'intensité ou un retard à l'expérimentation. Il n'est donc pas question ici de tenter de démêler l'influence de l'un ou l'autre des éléments qui influencent l'évolution d'une telle mesure, mais bien de constater le succès qu'ont rencontré les différentes substances au cours des dernières décennies, en ce sens qu'elles ont attiré plus ou moins de nouveaux individus à les expérimenter au cours d'une période de temps.

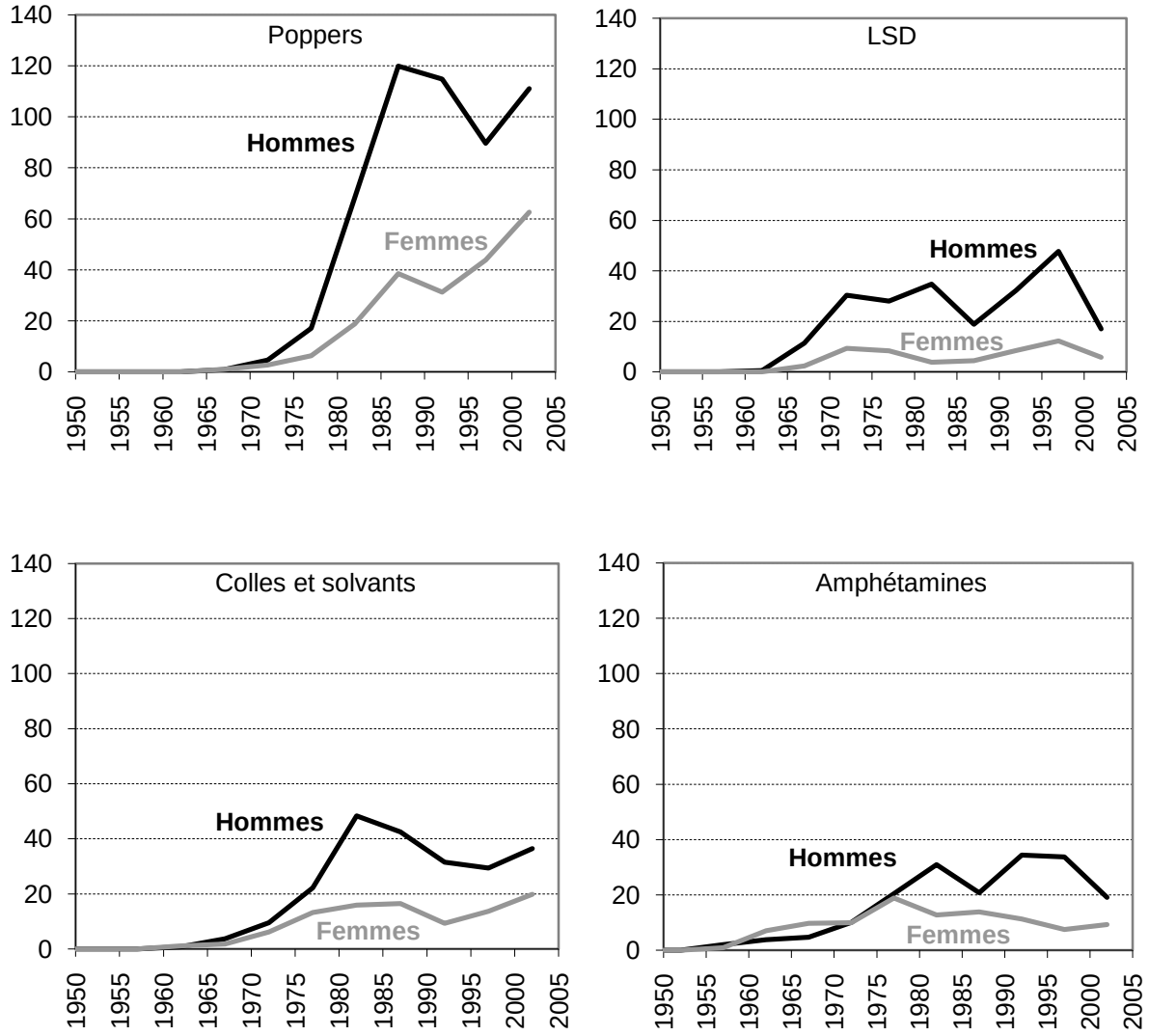
On retrouve sans trop de surprises une hausse tendancielle de l'expérimentation depuis la deuxième moitié du siècle passé (graphique nº 81). Il apparaît toutefois que les années 1980 ont marqué un tournant pour la grande majorité d'entre elles. En effet, à l'exception de l'héroïne, de l'ecstasy, et des poppers, toutes ont connu un moindre intérêt dans la seconde moitié des années 1980. S'agissant des poppers, son maintien ne fût d'ailleurs que de courte durée puisque c'est au début des années 1990 que les individus s'en éloignent. Toutes n'ont cependant pas connu le même destin par la suite. Les colles et les solvants, ainsi que les amphétamines, n'ont pas réussi à retrouver leur succès d'antan, puisqu'ils n'attirent pas par la

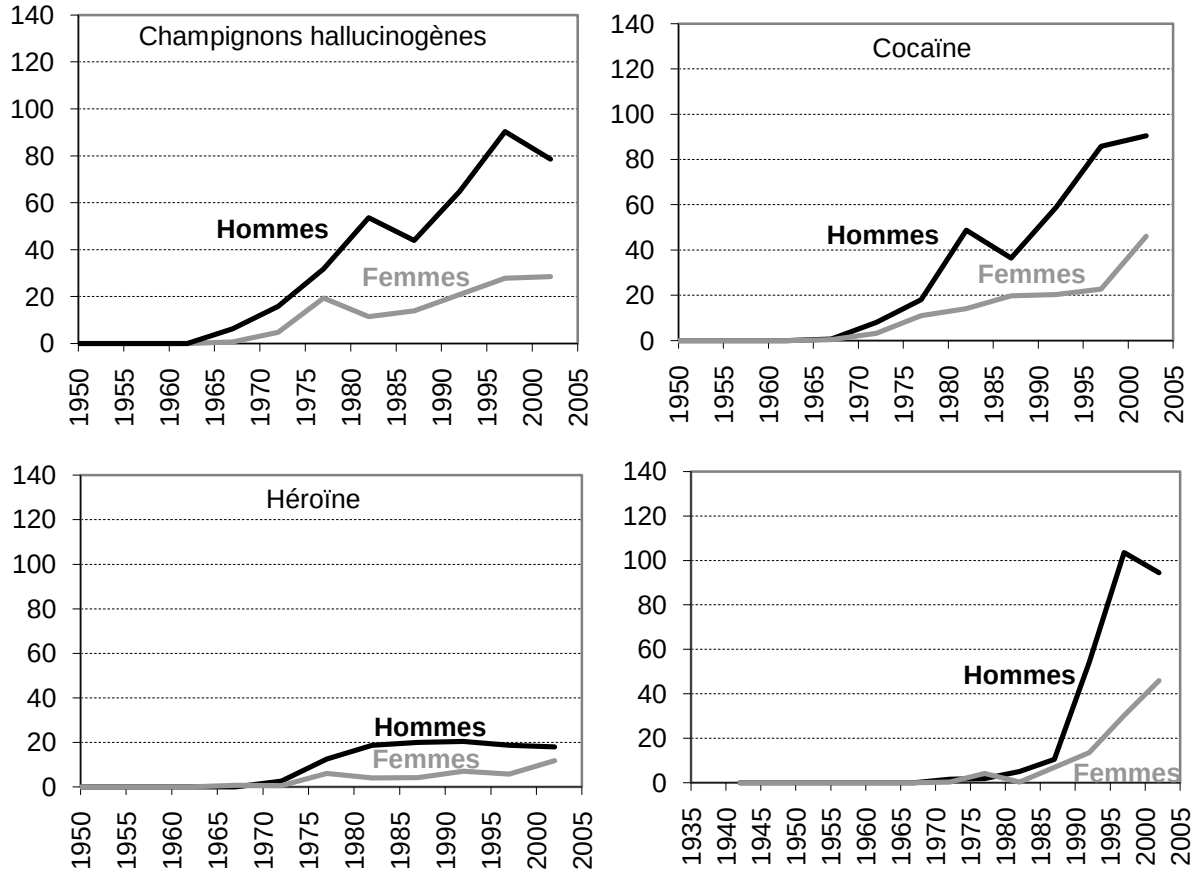
[248] Cf. Partie 1 chapitre 1.

[249] Pour parer à la faiblesse des échantillons, il s'agit ici de la somme d'évènements réduits calculés au sein de groupes quinquennaux de générations.

suite plus d'individus qu'ils n'en attiraient avant. Au contraire, pour les champignons hallucinogènes et la cocaïne cette période d'insuccès n'est que passagère puisqu'ils connaissent ultérieurement un même rythme de croissance de nouveaux expérimentateurs. Le LSD se situe dans une position intermédiaire puisqu'au début des années 1990 la somme des évènements réduits augmente de nouveau, mais à un rythme moins important. Enfin, deux produits se distinguent nettement. L'héroïne d'une part, qui connaît une stabilité impressionnante, et l'ecstasy d'autre part, qui n'a connu qu'une hausse des nouveaux expérimentateurs. Cela tient toutefois du fait qu'elle n'est réellement introduite en France qu'après la seconde moitié des années 1980.

**Graphique nº 81 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites selon la substance et le sexe de 1950 à 2004**






Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

*C – Une évolution contrastée des drogues les plus usitées*

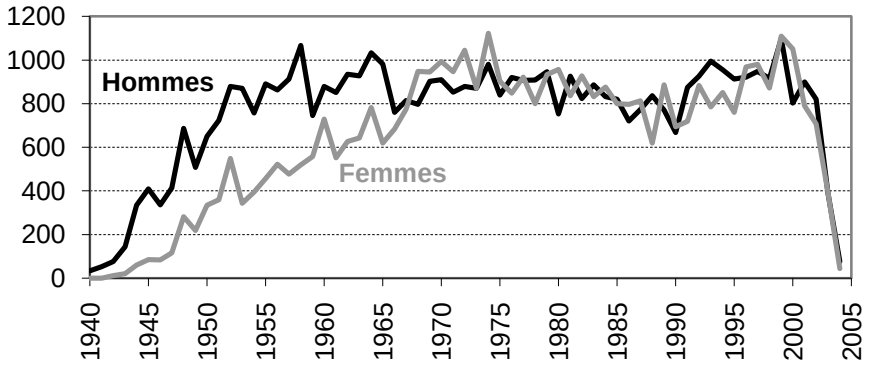
Une fois encore, l'absence de l'âge à la première consommation d'alcool nous empêche de suivre l'évolution des expérimentations au fil du temps. Nous disposons, il est vrai, de l'âge à la première ivresse. L'utilisation de l'ivresse comme substitut à l'expérimentation ne pourrait toutefois être acceptable que si les comportements qui mènent à l'ivresse alcoolique, une fois les individus devenus expérimentateurs, n'étaient que très peu variables. Une confrontation des proportions d'expérimentateur d'alcool et d'individus ayant connu l'ivresse au sein des générations montre qu'il n'en est pas ainsi[250]. L'étude de l'ivresse alcoolique ne sera donc menée que par la suite lors de l'étude des parcours d'usage. Nous nous restreindrons donc ici au tabac et au cannabis.

La hausse des expérimentations ayant eu lieu avant 1960 tient essentiellement de la construction de l'indice, et ne peut donc faire l'objet d'une interprétation. Il s'observe toutefois que cette hausse persiste chez les femmes jusqu'en 1975, signe d'un attrait

[250] Cf. Annexe n°16 p.455.

grandissant des femmes pour le tabac (graphique nº 82). Celle-ci est néanmoins suivie d'une baisse continue jusqu'à la fin des années 1980. La concordance de l'inversion de tendance et de la promulgation de la loi Veil laisse supposer de l'impact de cette dernière. Rappelons toutefois que celle-ci ne restreignait aucunement l'achat[251], mais simplement l'usage dans les lieux collectifs, réaffirmant ainsi la dangerosité du produit. Chez les hommes, cette baisse, qui s'affirme à la même période, avait déjà été initiée préalablement. Cette baisse tendancielle plus précoce de l'expérimentation dès 1960, pourrait alors s'expliquer du fait que c'est à cette époque que la dangerosité du tabac commence à se faire connaître auprès du grand public.

**Graphique nº 82 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites de tabac, selon le sexe, de 1950 à 2004**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

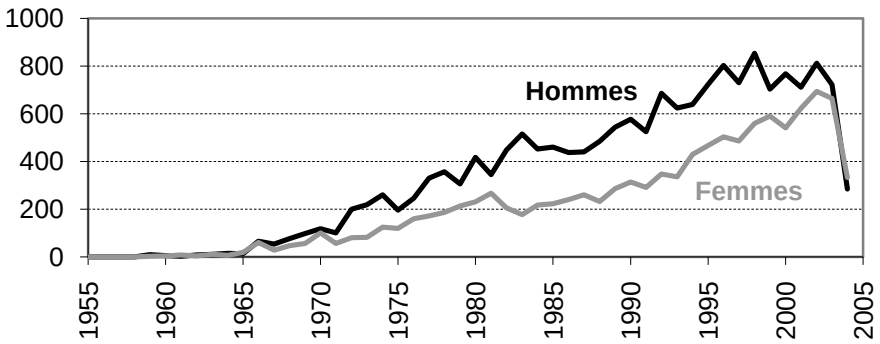
La même réaffirmation de l'aspect nocif du tabac qui s'est traduite par la loi Évin n'a toutefois pas eu ce même effet. En effet, c'est au contraire à cette même époque que les expérimentations rencontrent de nouveau plus de succès. On observe ici une évolution allant en sens inverse de ce que nous observions s'agissant des ventes de tabac à la même époque. Par conséquent, il apparaît que la loi Évin, si elle à sans nulle doute influencé les consommations des fumeurs, n'en a pas pour autant dissuader les abstinents d'expérimenter. Puisqu'elle agit pourtant sur un même rappel du danger qu'il y a à fumer que la loi Veil, pourquoi n'observe-t-on pas une même décrue des expérimentations, que celles-ci s'expliquent par une hausse des expérimentations au sein des générations ou d'une accélération du calendrier ? C'est en observant les niveaux atteints lorsqu'apparaît la décroissance des expérimentations que l'on peut tenter d'y trouver une réponse. En effet, si on analyse plus en détail le désintérêt pour l'expérimentation de tabac, on constate que celui-ci

[251] Contrairement à loi nº 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, qui interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans.

n’apparaît que lorsque les niveaux sont aux environs de l’unité (1000 expérimentations pour 1000 individus). Une fois retombée aux environs de 800 expérimentateurs pour mille individus, l’expérimentation augmente de nouveau les années qui suivent. Il semblerait donc que le caractère nocif du tabac n’a que peu d’effet sur les abstinents. Cela se comprend aisément puisque c’est le renouvellement de l’usage qui est nocif, plus que la simple expérimentation. Il est néanmoins intéressant de constater que dans un contexte où l’expérimentation est particulièrement importante, le risque lié à l’usage se traduit non pas au travers des consommations individuelles, mais des consommations collectives. Ainsi, les abstinents les plus réfractaires au risque se verraient rappeler les dangers du tabac par les consommations d’autrui, et n’en feraient pas l’expérimentation ou du moins la retarderait.

S’agissant enfin du cannabis, son expérimentation n’a eu de cesse d’augmenter au fil des années. On retrouve néanmoins le même tassement au début des années 1980 que ce que nous avions constaté pour la majeure partie des produits illicites (graphique nº 83). Celui-ci n’est cependant que de courte durée puisque l’expérimentation du cannabis croît par la suite à un rythme identique à ce qu’il en était avant les années 1980. Les niveaux atteints par les sommes annuelles d’expérimentations réduites impliquent par ailleurs que cette croissance de l’expérimentation au fil des ans ne peut être le seul fait d’une élévation de l’intensité de l’expérimentation au sein des générations, mais qu’elle résulte également d’un calendrier d’expérimentation plus précoce puisque la somme des expérimentations réduites est, dès le début des années 1990 plus élevées que l’expérimentation au sein des différentes générations. Le cannabis a donc rencontré un franc succès en cela qu’il est plus expérimenté qu’auparavant, mais également qu’il est expérimenté plus tôt qu’au sein des anciennes générations.

**Graphique nº 83 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites de cannabis selon le sexe de 1950 à 2004**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

## §2 – La survenue des expérimentations et leurs successions

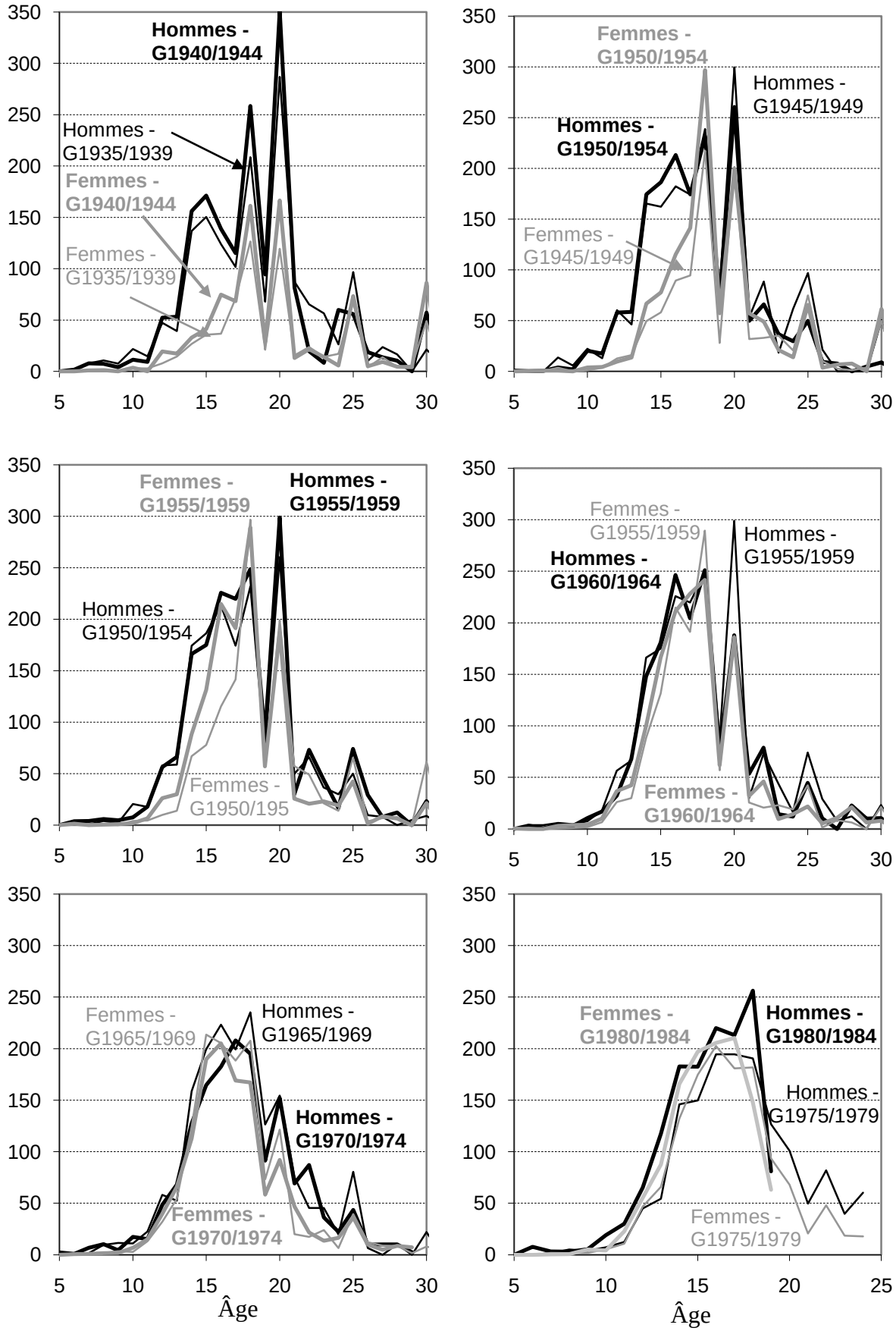
### I – La survenue de l'expérimentation au sein des générations

#### *A – Historique d'une plus grande précocité des fumeurs*

L'expérimentation du tabac s'est, au fil des générations rajeunie, et ce, plus particulièrement chez les femmes. Alors que les hommes des générations 1930-1940 fument leurs premières cigarettes en moyenne à l'âge de 16,8 ans et les femmes débutent à 21,6 ans (Peretti-Watel *et al.* [2007]). Elles présentent aujourd'hui un âge à l'expérimentation presque identique à celui des hommes, environ 15 ans. Le raccourcissement du calendrier d'expérimentation s'est également traduit par un déplacement de l'âge modal, passant de 20 ans pour les générations des années 1930, à 18 ans pour les générations des années 1940, et enfin 14 ans pour les générations des années 1980[252]. Afin de distinguer les différentes étapes qui ont mené à un tel raccourcissement du calendrier de l'expérimentation, il est utile d'avoir recours aux quotients d'expérimentation[253]. La présentation des quotients d'expérimentation, à chaque âge, de l'ensemble des générations sur un même graphique brouille l'information. C'est pourquoi il nous semble préférable de présenter ces quotients pour seulement deux groupes quinquennaux de générations pour chacun des deux sexes (graphique nº 84). Ainsi, nous pourrons détailler plus clairement les différentes étapes d'une convergence décroissante des deux sexes vers un même âge[254].

[252] Présentation des expérimentations réduites de tabac par âge selon la génération et le sexe en annexe n°17 p. 455.
[253] Il s'agit de quotients calculés à partir d'observations rétrospectives.
[254] Seules les évolutions les plus marquantes seront ici présentées, le reste des graphiques est disponible en annexe n°18 p. 457.

**Graphique nº 84 : Quotients d'expérimentation du tabac (pour 1000) par âge selon le groupe de génération considéré et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Si dès les générations les plus anciennes, il apparaît un rajeunissement de l'âge à l'expérimentation autant chez les hommes que chez les femmes. Le différentiel reste toutefois très important, en raison notamment d'une bien moindre expérimentation des femmes avant 17 ans. Cette importante différence d'expérimentation aux âges les plus jeunes tend à se réduire à partir des générations 1950-1954. Cependant, c'est réellement chez les générations 1955-1959 que les femmes « rattrapent » le plus significativement leur retard. Par la suite, bien que les femmes débutent plus précocement leur expérimentation de tabac, elles tendent peu à peu à présenter des quotients d'expérimentation relativement proches de ceux des hommes. La distribution par âge de l'expérimentation est alors telle qu'hommes et femmes voient leur probabilité augmenter à chaque âge jusqu'à 18 ans pour décroître par la suite alors, qu'auparavant, c'est à 20 ans que les abstinents risquaient de devenir expérimentateurs. On peut toutefois se demander s'il n'apparaît pas ici les réminiscences d'un biais de mémoire dû au rétrospectif. En effet, comme pour de nombreux phénomènes, la déclaration d'évènements d'importance relative se traduit par une concentration plus importante autour des âges multiples de 5, cela explique donc possiblement les pics qui s'observent à 20 ans.

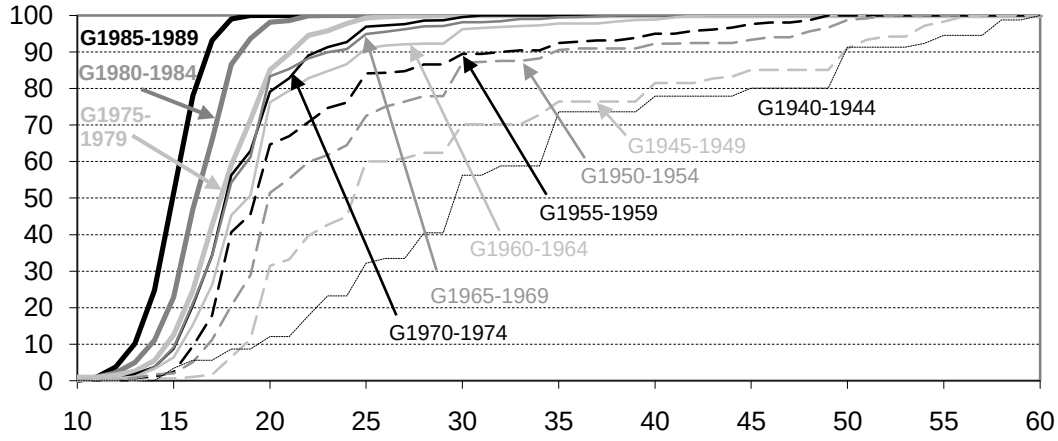
L'observation des expérimentations par groupes de générations quinquennales peut parfois apparaître comme source de perte d'information. Elle semble ici assez satisfaisante puisqu'elle nous permet néanmoins d'observer un léger recul chez les hommes des générations 1970-1974. Celle-ci ne sera toutefois que de courte durée puisque les générations de 10 ans plus jeunes rattrapent ce retard au point que le raccourcissement du calendrier apparaisse, entre ce groupe de générations et le précédent, plus important chez les hommes que chez les femmes. S'il ne peut vraiment être conclu à ce jour comment se distribueront les expérimentations des générations encore plus récentes, du fait qu'elles n'ont pas encore atteint au moment de l'enquête l'âge de 20 ans (âge auquel les générations ont presque achevé leurs expérimentations), il semblerait que les femmes aient déjà rééchelonné leurs expérimentations sur celles des hommes. Précisons en effet, et c'est important, que l'étude du calendrier de l'expérimentation du tabac ne peut s'effectuer ici au travers de l'analyse des quotients par âge (et des âges moyens à l'expérimentation) qu'en raison du fait qu'au moins 90 % des expérimentateurs et 80 % des expérimentatrices ont, dans chacune des générations qui ont atteint cet âge, expérimenté avant l'âge de 21 ans. Dès lors, une hausse des quotients aux plus jeunes âges, telle qu'elle s'observe ici, accompagnée d'une hausse compensatrice aux âges suivants ne peut se traduire que par un raccourcissement du calendrier, qu'il soit ou non accompagné d'une hausse de l'intensité.

*B – Un achèvement tardif de l'expérimentation du cannabis*

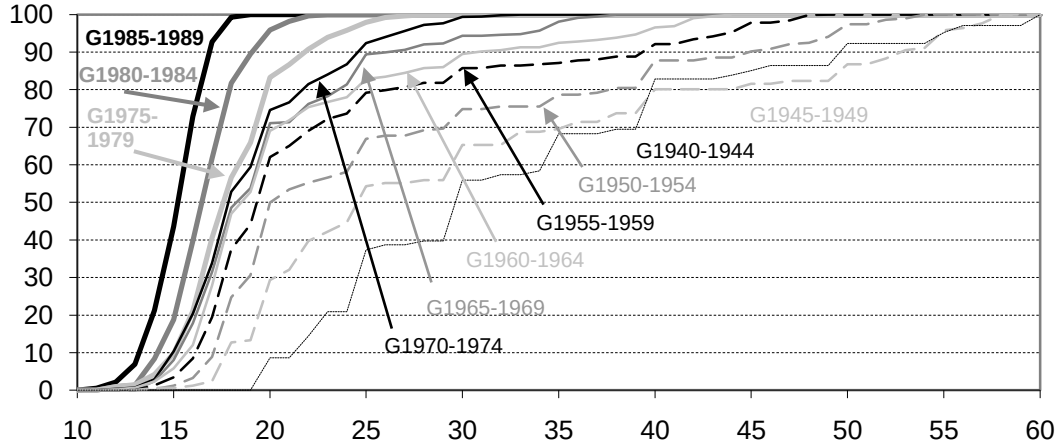
Contrairement au tabac, et bien que son expérimentation se concentre à des âges relativement jeunes, le cannabis est une drogue dont l'expérimentation au sein des générations ne se voit achevée qu'assez tardivement. En effet, en ayant recours aux fréquences cumulées croissantes de l'expérimentation au sein des différentes générations, on constate que pour les plus anciennes générations ce n'est qu'à partir de 50 ans que 90 % des expérimentateurs de celles-ci le sont devenus (graphique nº 85). Cela signifie que le cannabis se diffuse non seulement chez les plus jeunes générations, qui sont aux âges où l'expérimentation à le plus souvent lieu, mais également dans les générations plus anciennes plus âgées au moment de leur expérimentation.

**Graphique nº 85 : Fréquence cumulée croissante de l'expérimentation par âge selon le groupe de générations et le sexe (en %).**

Hommes



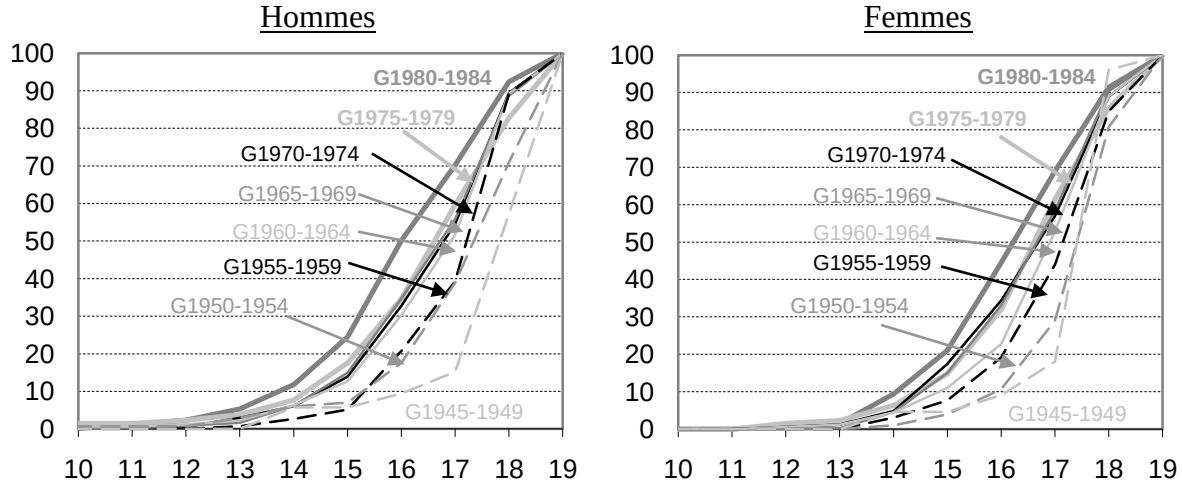

Femmes




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

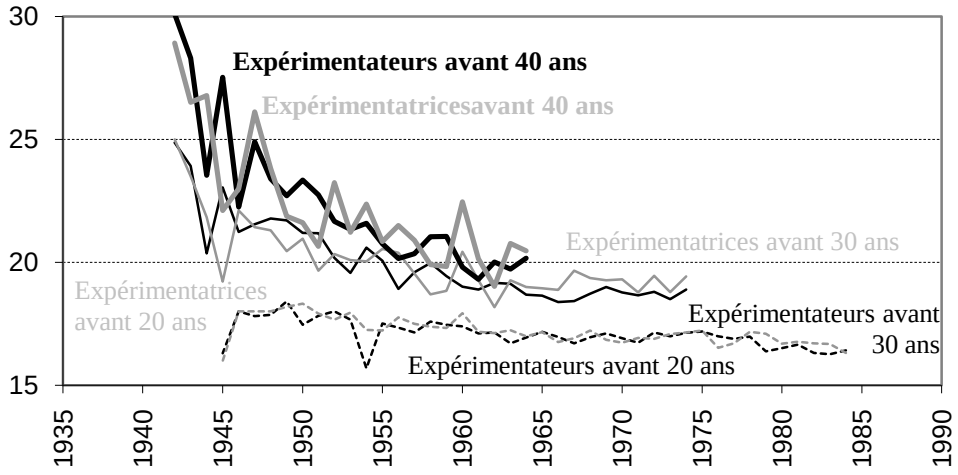
Une telle « propagation » du cannabis se traduit globalement par des quotients qui à chaque âge sont plus élevés au sein des générations plus récentes comparativement aux générations les plus anciennes. Pour cette raison, il n'est pas possible de prendre dès à présent la mesure du calendrier d'expérimentation du cannabis au sein des générations. Toutefois, nous pouvons tenter d'avoir une vision intermédiaire de l'évolution de la survenue de l'expérimentation en observant chez ceux qui ont expérimenté avant 20 ans la distribution par âge de ces expérimentations (graphique nº 86). On observe entre les générations 1940 et 1980 un rajeunissement des expérimentateurs ayant consommé avant 20 ans.

**Graphique nº 86 : Fréquence cumulée croissante de l'expérimentation par âge selon le groupe de générations et le sexe des individus ayant expérimenté avant 20 ans (en %)**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Graphique nº 87 : Âge moyen des expérimentateurs au fil des générations selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe de 1940 à 1984**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Par ailleurs, que l'on s'intéresse aux expérimentateurs ayant débuté leur usage de cannabis avant l'âge de 20, 30, ou 40 ans au sein des générations ayant respectivement atteint ces âges, l'âge moyen à l'expérimentation décroît des générations les plus anciennes aux plus récentes. Il semble donc que, quel que soit le calendrier partiel considéré, les jeunes générations ont expérimenté plus précocement. Dès lors, et même si les jeunes générations continuent à plus expérimenter aux âges élevés que les plus anciennes, il est peu probable que l'on assiste à un retournement de situation qui conduirait à une inversion de tendance. Toutefois puisqu'encore près de 40 % des générations les plus récentes n'ont pas expérimenté il n'est pas impossible que cela se produise.

### *C – Un apparent rajeunissement des expérimentations de l'ensemble des substances psychotropes*

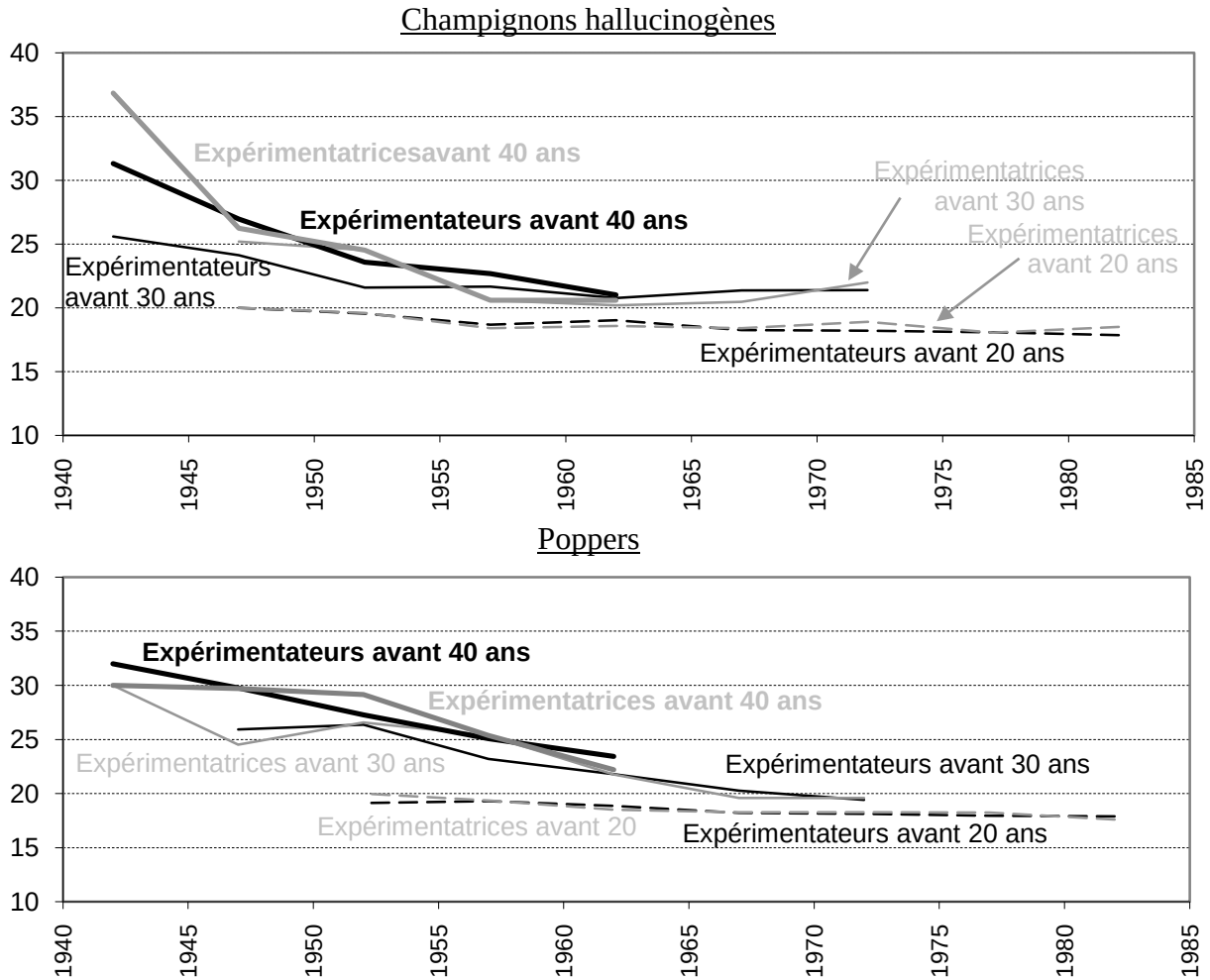
La faiblesse des effectifs d'expérimentateurs d'autres substances que l'alcool, le tabac ou le cannabis fait qu'opérer des mesures sur un sous-groupe de ces expérimentateurs s'avère difficilement réalisable. Pourtant, ce n'est qu'en étudiant la distribution de l'âge à l'expérimentation des individus ayant consommé avant un certain âge qu'il nous est possible de parvenir à disposer de quelques informations concernant l'évolution du calendrier de l'expérimentation au sein des différentes générations. Un regroupement par groupe quinquennal de générations s'avère parfois trop peu efficace et présente encore des variations aléatoires, alors qu'un regroupement décennal élimine toute subtilité d'analyse. Notre choix s'est porté en faveur du regroupement le plus restreint, qui nous permet d'être cohérents avec les mesures effectuées précédemment, tout en sachant que nous ne pourrons qu'avoir une vision globale pour un nombre par ailleurs limité de substances.

Ainsi, et identiquement à ce qui avait été réalisé pour les expérimentateurs de cannabis, il à été calculé l'âge moyen à l'expérimentation des individus ayant fait leur première expérience du cannabis avant respectivement 20, 30, et 40 ans, et ce, pour chaque sexe et chacun des groupes de générations ayant atteint ces âges au moment de l'observation. On observe dans l'ensemble une plus grande précocité des expérimentateurs des générations les plus récentes (graphique nº 88[255]). Toutefois, en raison de la très faible prévalence

[255] Seuls les graphiques ne souffrant pas trop des variations aléatoires sont présentés, les autres sont toutefois placées en annexe n° 19 p.459.

d'expérimentation de ces substances, des évolutions mineures pourraient sans difficulté modifier ce qui apparaît à ce jour.

**Graphique nº 88 : Âge moyen des expérimentateurs au fil des générations par produit selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe de 1940 à 1984**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

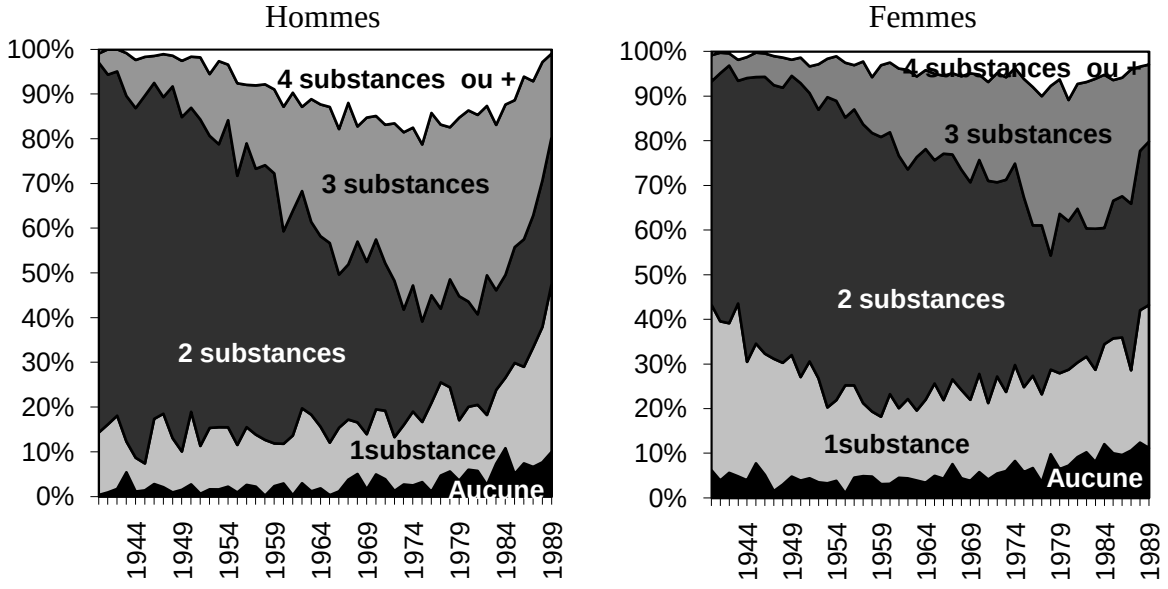
On constate notamment pour les champignons hallucinogènes, qui ne souffrent pas trop de variations aléatoires, une légère hausse de l'âge à l'expérimentation des générations 1965 à 1970, avec un âge moyen environ 21 ans. Ce retard pourrait expliquer en partie la baisse constatée de la somme des évènements réduits au cours des années 80. C'est dans ces mêmes générations que l'on constatait par ailleurs une moindre proportion d'expérimentateurs. Cette baisse serait donc la conséquence simultanée d'une moindre expérimentation et d'un retard de celle-ci. Malheureusement, il n'est pas possible de s'en assurer puisque les variations des autres substances sont trop erratiques pour infirmer ou confirmer cela.

## II – De la polyexpérimentation au sein des cohortes d'expérimentateurs

### *A – Étude exploratoire de la polyexpérimentation*

Le nombre de substances expérimentées par les individus au sein de chacune des générations est très largement conditionné par la diffusion des trois produits que sont l'alcool, le tabac et le cannabis au sein de celles-ci (Graphique nº 89). En effet, la part de ceux qui dans chacune des différentes générations n'ont consommé aucune des substances prises en compte suit sensiblement le complémentaire à l'unité de la part des expérimentations d'alcool. Identiquement, la part des individus qui déclarent avoir consommé au moins deux produits suit une évolution semblable à celle des expérimentateurs de tabac. Enfin, la part des expérimentateurs de cannabis n'est pas non plus sans équivoque avec celle des personnes déclarant au moins trois produits.

**Graphique nº 89 : Part des individus ayant expérimenté ou non des produits psychotropes selon le nombre de produits déjà expérimenté, le sexe et la génération**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Ainsi, 84 % des hommes et 88 % des femmes n'ayant expérimenté qu'une des substances considérées sont en fait expérimentateurs d'alcool, ils sont respectivement 15 % et 11 % à n'avoir expérimenté que le tabac. Parmi les expérimentateurs ayant consommé deux

substances, 99 % (hommes comme femmes) ont déjà consommé de l'alcool, et 98 % des hommes ainsi que 99% des femmes ont déjà fumé au moins une cigarette. Enfin, parmi les expérimentateurs de trois produits, la quasi-totalité a déjà expérimenté l'alcool et le tabac[256] et 96 % des hommes et des femmes sont expérimentateurs de cannabis.

Au-delà de trois produits, l'expérimentation d'une nouvelle substance n'est pas aussi assurément orientée (tableau nº 13). En effet, hormis le tabac, le cannabis et l'alcool, aucune des substances n'est consommée par au moins la moitié des personnes ayant expérimenté exactement quatre produits. Les poppers et, dans une moindre mesure, les champignons hallucinogènes sont plus souvent la quatrième substance expérimentée, mais elles n'apparaissent pas comme le produit qui sera expérimenté si nouvelle expérimentation il y a.

**Tableau nº 14 : Part des expérimentateurs des différentes substances parmi les expérimentateurs de plus de trois produits selon le sexe.**

| | 4 produits | | 4 produits ou plus | |
|---|---|---|---|---|
| **Substances** | ***Hommes*** | ***Femmes*** | ***Hommes*** | ***Femmes*** |
| Tabac | 97,6 % | 99,2 % | 98,4 % | 99,5 % |
| Alcool | 99,4 % | 99,9 % | 99,5 % | 99,7 % |
| Cannabis | 98,2 % | 98,1 % | 98,6 % | 98,4 % |
| Champignons hallucinogènes | 22,9 % | 18,5 % | 38,7 % | 29,1 % |
| Poppers | 40,2 % | 38,0 % | 50,4 % | 43,2 % |
| Colles | 11,7 % | 10,1 % | 21,0 % | 19,4 % |
| Ecstasy | 10,0 % | 9,2 % | 28,1 % | 23,0 % |
| LSD | 5,3 % | 3,9 % | 23,0 % | 13,5 % |
| Crack | 0,8 % | 1,4 % | 3,7 % | 3,7 % |
| Cocaïne | 8,5 % | 12,0 % | 35,9 % | 32,6 % |
| Héroïne | 0,9 % | 1,1 % | 11,8 % | 9,9 % |
| Amphétamines | 4,5 % | 8,6 % | 16,4 % | 15,1 % |

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Le fait que les expérimentateurs de stupéfiants (soit l'ensemble des drogues considérées exception faite de l'alcool et du tabac) soient, dans une très large majorité, au moins expérimentateurs de cannabis entraîna l'idée selon laquelle les usagers de cannabis ont un plus fort risque de consommer des drogues alors dites « dures » que les abstinents (Stenbacka, Allebeck, et Romelsjo [1993]). Comme le présente une étude longitudinale réalisée auprès de 1265 jeunes néo-zélandais de 15 à 21 ans, l'antériorité de l'expérimentation de cannabis est par ailleurs quasiment toujours vérifiée, puisque seuls trois enquêtés avaient débuté leur consommation de drogues par d'autres produits (Fergusson et Horwood [2000]). Il apparut par la suite que ceux ayant consommé plus de 50 fois du cannabis avaient 140 fois

[256] La proportion la pus faible est celle des hommes expérimentateurs de tabac équivalent à 99,3 %

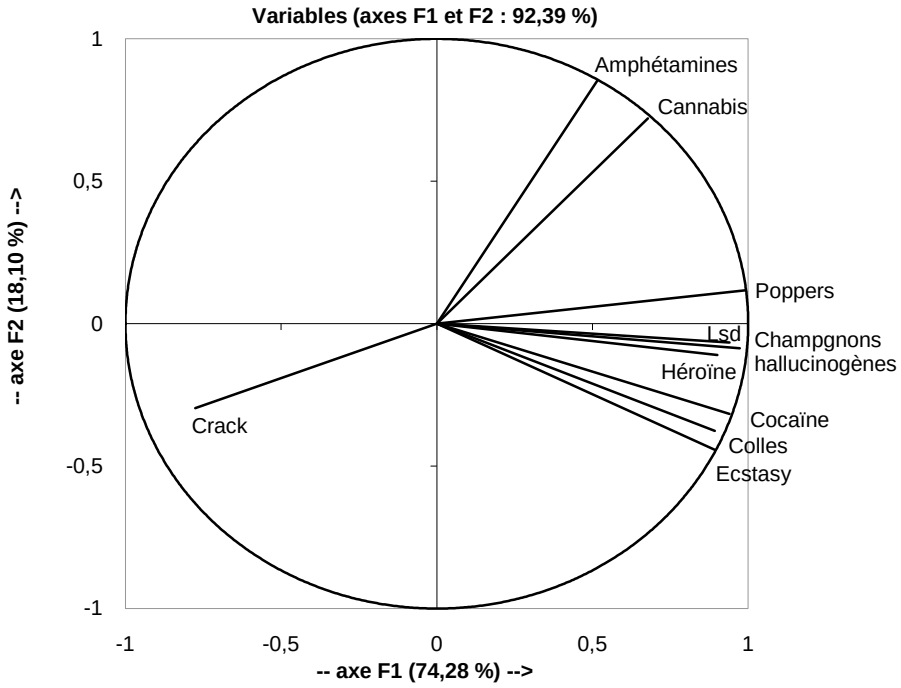
plus de chance de consommer d'autres drogues que les non-consommateurs (Morral et *al.* [2002]). Ces différentes constatations ont grandement participé au développement de la « théorie de l'escalade ». Celle-ci stipule que la consommation de cannabis entraînerait une recherche d'effets de plus en plus intense, qui se finalise par l'expérimentation de drogues de plus en plus néfastes. Pourtant, si les usagers d'autres drogues sont au préalable consommateur de cannabis, une très grande majorité des expérimentateurs de cannabis n'en viendra jamais à expérimenter d'autres drogues. C'est ce que nous avons constaté par une simple observation des importantes différences de niveaux d'expérimentation des différentes substances. Par conséquent, les corrélations établies sont à relativiser en cela que *« la marijuana [viendrait] typiquement en premier parce qu'elle est plus disponible »* (Morral et *al.* [2002]). Cela semble ici se vérifié puisque l'on constate de la même manière que le tabac, plus disponible puisque distribué légalement chez les débitants, et l'alcool s'avèrent les premiers produits consommés. La succession des consommations semblerait d'ailleurs indiquer que dans l'éventualité d'une escalade celle-ci aurait plutôt lieu de l'alcool au cannabis que du cannabis aux autres substances. En effet, il apparaît derrière la notion d'escalade l'idée d'une succession de paliers qu'il convient de franchir les uns après les autres. Or, cette ascension semble pour les stupéfiants bien moins « bornée » qu'elle ne l'est de l'alcool au cannabis.

Supposons toutefois pour l'heure que la théorie de l'escalade est vérifiée. La progression des consommations vers des produits de plus en plus nocifs implique un délai entre l'expérimentation d'une première drogue, *a priori* le cannabis, et une drogue plus nocive, et ce, jusqu'à l'héroïne. Notons par ailleurs que le cheminement du cannabis à l'héroïne est difficilement identifiable, que ce soit en termes de nocivité, du fait que chaque produit présente des effets nuisibles qui peuvent difficilement être ordonnés, ou en termes d'expérimentations observées comme nous venons de le constater. Néanmoins, plus les consommations de cannabis sont tardives plus les consommations de cocaïne, de poppers, de champignons hallucinogènes, puis d'héroïne (dans l'éventualité de sa plus grande nocivité) le seraient également. L'âge à l'expérimentation des différentes drogues devrait par conséquent être fortement corrélé. Nous restreindre à une analyse des corrélations entre deux variables, l'âge des expérimentations de cannabis et d'une autre substance ne peuvent toutefois pas nous satisfaire. Ce qu'il convient ici d'observer c'est ce en quoi la corrélation qu'il existe entre âge à l'expérimentation du cannabis se rapproche ou non de celle de l'ensemble des autres substances considérées simultanément. Afin d'apprécier cette éventualité, les relations

existantes entre l'âge moyen à l'expérimentation des dix différentes drogues référencées ont été étudiées par l'entremise d'une analyse en composante principale.

Pour réaliser celle-ci, ont été constituées différentes sous-populations caractérisées par les modalités que prennent les individus pour trois variables que sont le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle[257]. L'analyse s'est cependant avérée inexploitable du fait qu'apparaît naturellement le lien qu'il existe entre l'âge des individus et leur âge moyen à l'expérimentation des substances, puisque les plus âgés ont bénéficié d'une période plus importante pour pouvoir expérimenter les différentes drogues. Il a donc été nécessaire de restreindre les variables sociodémographiques discriminantes afin de ne pas biaiser l'analyse. Par conséquent, seuls la CSP et le sexe (soit quatre sous-populations) ont été conservés. On peut ainsi s'intéresser simultanément aux relations qu'il existe entre l'âge à l'expérimentation des différentes substances par l'étude du cercle des corrélations qui en découle (graphique nº 90).

**Graphique nº 90 : Cercle des corrélations du premier plan factoriel**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

[257] Le croisement des variables ne peut être que relativement faible en raison de la faiblesse des expérimentateurs d'autres stupéfiants que le cannabis. Nous avons donc procédé à un regroupement quinquennal des âges et à la reconstitution de deux groupes de CSP. D'une part les agriculteurs exploitants, employés et ouvriers, et d'autre part les artisans, commerçants, chefs d'entreprises, les cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que les professions intermédiaires. Les « retraités » et « autres personnes sans activité professionnelle », qui complètent les niveaux agrégés en huit postes de l'INSEE, n'ont pas été intégrés dans l'analyse du fait qu'ils regroupent des individus aux profils trop variés. Les retraités peuvent être issus de l'ensemble des CSP, les « sans activité » sont en grande majorité des femmes au foyer et des étudiants, peu comparables en termes d'usage de drogues.

Les variables sont ici toutes très bien représentées puisque l'extrémité des vecteurs, représentatifs des différentes variables, est proche du périmètre du cercle. On peut donc directement étudier les corrélations en observant l'angle formé par deux vecteurs. Il s'avère alors que les résultats obtenus s'orientent en faveur du rejet de l'hypothèse d'une « escalade » induite par la consommation de cannabis, dans la mesure où son âge à l'expérimentation est indépendant d'une grande partie de celui des autres drogues. Les autres substances s'avèrent, au contraire, particulièrement corrélées les unes avec les autres.

L'une des hypothèses alternatives à la « théorie de l'escalade », pouvant expliquer la consommation de cannabis par les usagers d'autres drogues, serait la « théorie de la porte d'entrée ». Celle-ci présente cette fois le cannabis comme un premier accès à un réseau socio-économique dans lequel circulent différentes drogues face auxquelles les usagers devront faire leurs choix. Une fois que les consommateurs ont pu entrer en contact avec le marché souterrain des drogues, les usagers de cannabis seraient alors amenés à décider d'expérimenter ou non d'autres drogues, décision à laquelle ne sont pas soumis ceux qui n'expérimentent pas le cannabis. Cette vision à l'avantage de pouvoir expliquer qu'apparaissent simultanément une forte corrélation entre âges à l'expérimentation de certains produits (champignons hallucinogènes, LSD, héroïne d'une part, et ecstasy, cocaïne d'autre part), et une indépendance à l'égard de l'âge à l'expérimentation de cannabis. Dans une telle appréhension de la succession des produits consommés, les spécificités du marché délimiteraient les possibles accès aux autres drogues. En raison de la structure pyramidale des revendeurs de cannabis (Lalam [2001]), la spécialisation qu'elle entraîne impliquerait qu'une grande partie des consommateurs de cannabis ne se voient jamais proposer d'autres substances. Seuls les usagers de cannabis en lien avec des revendeurs plus « diversifiés » pourraient alors décider de consommer d'autres produits. Les consommateurs, et leurs expérimentations de nouvelles drogues, seraient alors contraints par la disponibilité d'autres substances, qui dépendrait plus de « l'orientation commerciale » des revendeurs que des désirs de consommation des usagers. Enfin, les fortes corrélations observées entre ecstasy et cocaïne d'une part, et LSD et champignons d'autre part répondent cette fois à une spécialisation des revendeurs par famille de produits. Le cantonnement à la seule revente de cannabis est possible en raison du stock d'acheteurs potentiels. Les tarifs plus élevés des autres substances ne compensent pas le faible effectif d'usagers, et imposent aux revendeurs de ne pas se limiter à la vente exclusive d'un produit. Toutefois, il est courant que les revendeurs ne se limitent qu'à certains produits aux effets assez semblables (hallucinogènes, psychostimulants, opiacés,…), plutôt que de proposer une gamme complète de stupéfiants. Il

n’est par conséquent pas étonnant que l’âge à l’expérimentation des champignons hallucinogènes et celui du LSD soient fortement corrélés. Il en est de même pour l’ecstasy et la cocaïne.

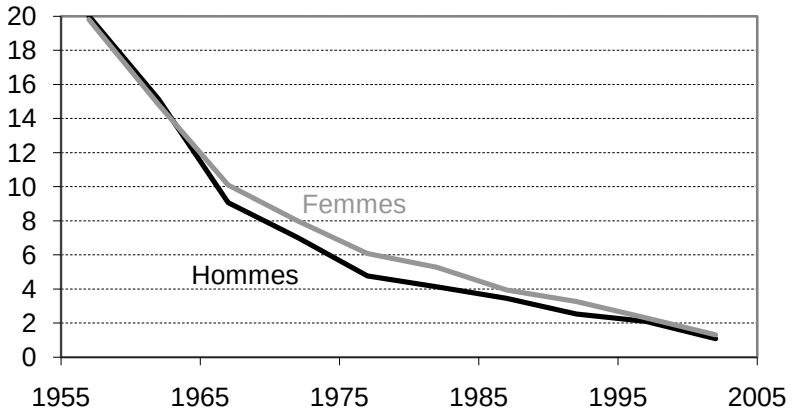
On peut, de cette brève étude exploratoire de la polyexpérimentation, procéder à certains arbitrage relatifs aux mesures qu’il est bon de mener quand à la survenue d’une nouvelle expérimentation de substance au sein de cohortes d’expérimentateurs d’une substance antérieure. S’agissant des autres stupéfiants que le cannabis, il semble que distinguer la survenue des expérimentations en distinguant chacun des produits ne serait pas justifiée. On pourrait, dans l’absolu, procéder à une telle étude pour chacune des combinaisons possibles d’enchaînement de substance. La faible expérimentation des substances fait que les effectifs sont trop peu nombreux pour que cela soit acceptable. On pourrait alors se restreindre à une seule succession si elle apparaissait de façon évidente, mais ce n’est pas le cas. C’est donc la survenue d’une autre substance, quelle qu’elle soit, qui sera étudiée au sein des cohortes de cannabis, la consommation de cannabis étant dans la grande majorité des cas antérieure. En ce qui concerne enfin l’étude de la survenue du cannabis et du tabac dans des cohortes d’expérimentateurs de l’une ou l’autre des substances, non seulement la répartition par produit laisse entendre qu’il conviendrait d’étudier l’expérimentation du cannabis dans des cohortes d’expérimentateurs de tabac, mais cela s’avère également justifié en raison du fait que 80 % des expérimentateurs des deux substances ont débuté par le tabac. On notera par ailleurs que 13 % des individus ont déclaré avoir consommé au même âge sans que l’on puisse distinguer l’antériorité effective de l’une ou l’autre des substances.

### *B – Une trompeuse durée moyenne écoulée entre deux expérimentations*

Il n’est pas étonnant que la durée moyenne qui sépare la première cigarette du premier joint baisse au fil des cohortes d’expérimentateurs de tabac puisque la durée d’exposition au risque d’expérimenter du cannabis est plus importante (graphique n° 91). De fait, au sein des cohortes les plus récentes, ne peuvent être observées que les expérimentations ayant eu lieu le plus rapidement après l’expérimentation de tabac. Par conséquent, la durée moyenne qui sépare les deux expérimentations est mécaniquement plus élevée chez les cohortes les plus anciennes et plus faible chez les plus récentes. Cela explique alors grandement la forte baisse de cette durée moyenne, passant de 20 ans (hommes comme femmes) pour les cohortes constituées de 1955 à 1959 à un peu plus d’un an pour les cohortes constituées entre 2000 et

2004 (1,1 an pour les hommes et 1,3 an pour les femmes). Si l'évolution est relativement semblable entre les sexes, la durée moyenne qui sépare les deux expérimentations est toutefois presque toujours légèrement supérieure pour les femmes.

**Graphique nº 91 : Durée moyenne écoulée entre l'expérimentation du tabac et de cannabis selon les cohortes d'expérimentation de tabac et le sexe**



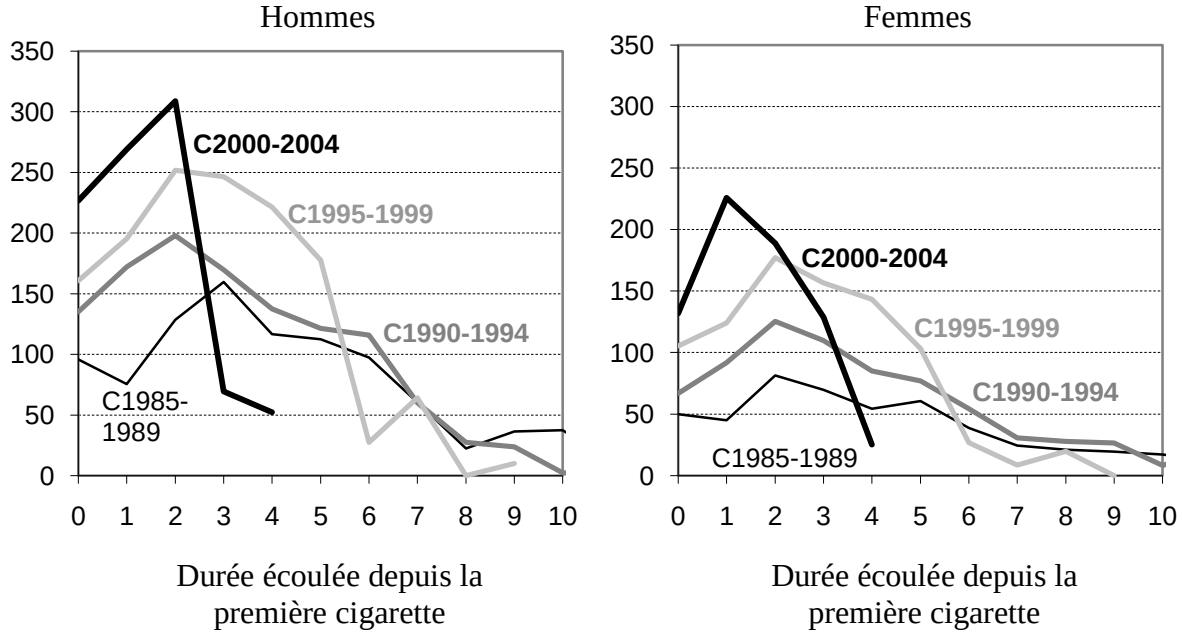

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Toutefois, on le sait, l'utilisation d'un indicateur de tendance centrale comme la moyenne peut recouvrir une large diversité de situations et ne permet pas d'apprécier en détail comment se distribuent les expérimentations de cannabis au sein des cohortes d'expérimentateurs de tabac. C'est alors par la réalisation des quotients d'expérimentation du cannabis à chaque durée écoulée depuis la constitution de la cohorte d'expérimentateurs de tabac[258] que l'on peut parvenir à apprécier plus distinctement l'évolution de la succession des expérimentations (graphique nº 92). On constate, chez les femmes, que les cohortes constituées entre 1985 et 1989 atteignent leur probabilité d'expérimentation du cannabis la plus élevée deux années après leur expérimentation du tabac. Chez les hommes celle-ci se situe à trois ans. Les cohortes masculines suivantes connaissent par la suite une évolution semblable à celle des femmes, mais présentent des niveaux toujours plus importants. Il en résulte que la plus forte probabilité d'expérimentation du cannabis s'observe pour les deux sexes deux ans après celle du tabac. Toutefois, cet « équilibrage » est de courte durée puisqu'au sein des cohortes les plus récentes, constituées entre 2000 et 2004, les expérimentations des femmes se concentrent de nouveau à un âge plus précoce que les

[258] Nous nous sommes ici concentrés sur les cohortes les plus récentes pour lesquelles les variations aléatoires ne sont pas trop dommageables. Les quotients des générations non présentées ici le sont en annexe n°20 p. 460.

hommes. C'est seulement un an après leur première cigarette qu'elles ont la plus forte probabilité de fumer leur premier joint, alors que les hommes concentrent encore leur expérimentation du cannabis deux années après avoir eu leur premier usage du tabac.

**Graphique nº 92 : Quotient d'expérimentation du cannabis par cohortes d'expérimentateurs de tabac, selon la durée écoulée et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Si cela ne remet pas en question l'évolution de la durée moyenne qui sépare l'expérimentation du cannabis et du tabac, quelques détails peuvent y être ajoutés. Il semblerait en effet que si les femmes ont une durée moyenne plus élevée, cela ne tient pas à la distribution de l'expérimentation au fil des durées les plus courtes, c'est-à-dire celles où l'expérimentation est largement plus importante que par la suite. Par conséquent, c'est la survenue d'expérimentations du cannabis à des durées plus tardives qui participe à ce que les femmes soient, en moyenne, moins rapides que les hommes dans l'enchaînement de leurs expérimentations. Une telle répartition différentielle des expérimentations de cannabis selon le sexe au sein des cohortes d'expérimentateurs peut alors s'expliquer en raison d'une constitution différente des cohortes. En effet, si hommes et femmes ont connu un raccourcissement du calendrier de l'expérimentation de tabac au fil des générations, celui des femmes est bien plus important que ne l'a été celui des hommes. Dès lors, les cohortes d'expérimentatrices contiennent en elles un plus large éventail de générations que celle des expérimentateurs de tabac. En d'autres termes, les cohortes d'hommes ayant déjà essayé de

fumer sont, par la même occasion, constituées d'individu ayant des comportements d'expérimentation de cannabis plus semblables que les cohortes de femmes ayant fumé au cours d'une même période. Or, comme nous l'avons vu, cette expérimentation de cannabis n'est, au sein des générations les plus âgées, pas encore achevée, signe d'une vraisemblable diffusion du cannabis qui, si elle est pus visible chez les plus jeunes, apparaît également chez les générations plus anciennes. Par conséquent, les expérimentations plus tardives de cannabis de générations plus anciennes apparaissent chez les femmes. Cela ne se retrouve pas chez les hommes car l'expérimentation, même tardive du cannabis, s'observe au sein de cohortes d'expérimentation de tabac également plus anciennes.

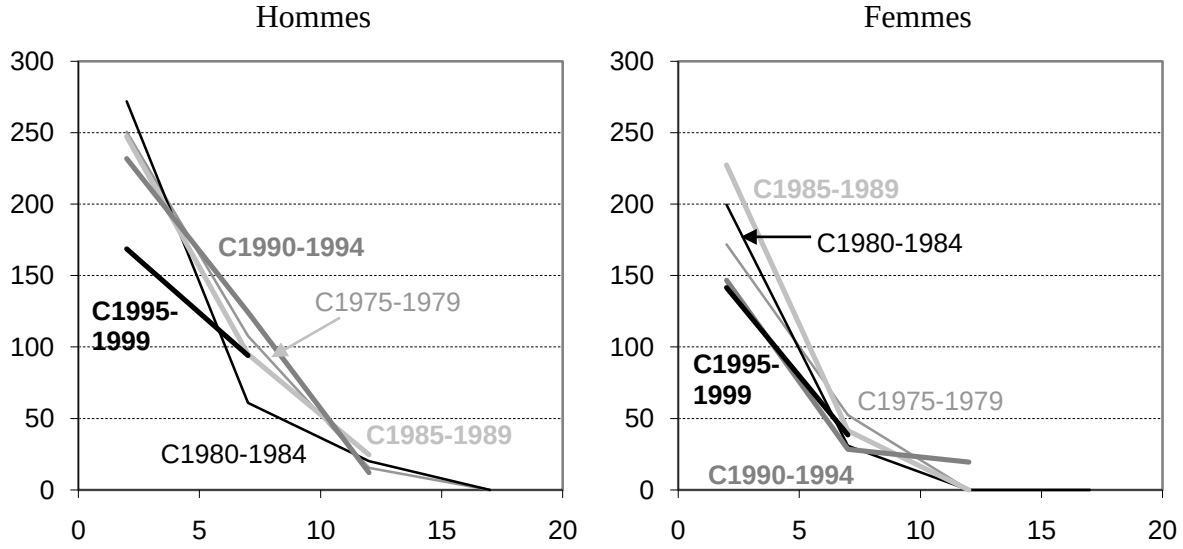
Deux remarques peuvent alors être alors effectuées. La première concerne la relation qu'il existe entre l'expérimentation du tabac et celle du cannabis. Eu égard des différences constatées entre les deux sexes, il semble que la durée écoulée entre les deux expérimentations ne soient que peu corrélée l'une à l'autre,[259] mais dépendent plus de l'évolution des expérimentations de chacune des substances. Ainsi, il apparaît que l'âge à l'expérimentation du tabac n'influence que peu celle de l'âge à l'expérimentation de cannabis. Le fait que le tabac soit le premier des deux produits consommés et qu'une majeure partie des expérimentateurs de cannabis soient également expérimentateurs de tabac tient donc plus de sa disponibilité et de sa plus grande acceptation sociale que d'un potentiel « initiateur » au cannabis. La seconde remarque porte sur l'évolution du comportement des femmes à l'égard du cannabis. La concentration des durées séparant les deux expérimentations à des durées plus faibles que chez les hommes est à mettre en relation avec l'âge moyen à l'expérimentation du cannabis chez les personnes ayant consommé avant 20 ans. En effet, ce dernier ne se distinguait que très peu selon le sexe des individus alors que les femmes conservaient un retard à l'expérimentation de tabac (pour laquelle il a aussi été considéré que la période d'expérimentation était presque achevée à 20 ans). Chez les femmes les plus jeunes, cette plus forte concentration de l'expérimentation à une durée moindre que les hommes tiendrait donc d'un différentiel existant pour le tabac qui n'apparaît pas pour le cannabis. Certes, puisqu'en termes de niveaux d'expérimentations elles restent en deçà des hommes, les femmes n'ont pas, dès à présent, adopté les mêmes comportements que les hommes. Il est d'ailleurs fort probable que l'on observe pour ces générations, lorsqu'elles seront plus âgées, un différentiel d'âge à l'expérimentation plus marqué, du fait qu'elles soient plus nombreuses que les

[259] C'est également ce que montrent les coefficients de corrélations de Pearson (en annexe n°21 p. 460) moins élevés chez les femmes que chez les hommes et qui décroissent avec l'âge ; signe que les corrélations aux jeunes âges tiennent surtout du fait que les corrélations ne peuvent êtres effectuées que parmi les personnes ayant déjà fait l'expérimentation des deux substances.

hommes à pouvoir encore expérimenter plus tardivement. Reste que parmi ceux qui débutent leur consommation aux âges où l'expérimentation est la plus répandue, les femmes ont déjà une même distribution par âge pour un produit à la diffusion en cours, alors qu'elles sont encore en retard sur les hommes lorsqu'il s'agit d'un produit plus largement répandu comme le tabac. On est alors en droit de se demander s'il n'existerait pas une distinction par genre se traduisant différemment selon que les substances sont plus ou moins intégrées dans la société. Le tabac, bien plus répandu, a longtemps distingué les hommes des femmes en cela que le sexe féminin accédait moins souvent au tabac que le sexe masculin. Une fois cette différence atténuée, c'est par l'âge à la date d'occurrence que les femmes continuaient à se distinguer. S'agissant du cannabis, les femmes sont pour l'heure encore moins souvent expérimentatrices que les hommes, c'est donc au travers de cette distinction que s'opère la « distinction sexuelle ». Toutefois, parmi celles qui « franchisent le pas » cette distinction n'aurait alors plus lieu d'être.

Nous avons procédé à une même réalisation des quotients d'expérimentation d'autres stupéfiants que le cannabis au sein de cohortes d'expérimentateurs de cannabis selon la durée écoulée depuis la constitution des cohortes. Nous avons toutefois, pour ne pas souffrir des variations erratiques qu'entraîne la faiblesse de l'échantillonnage, non seulement constitué des regroupements quinquennaux de cohortes, mais également des durées (graphique nº 93). De tels regroupements ne permettent malheureusement plus de clairement distinguer l'information qu'ils contiennent.

**Graphique nº 93 : Quotient d'expérimentation d'autres stupéfiants par cohortes d'expérimentateurs de cannabis, selon la durée écoulée et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Il semblerait que, comme pour l'expérimentation de cannabis au sein des cohortes d'expérimentateurs de tabac, l'expérimentation d'autres stupéfiants au sein des cohortes d'expérimentateurs de cannabis soit, chez les femmes, plus concentrée à des durées plus faibles que chez les hommes. Ce n'est toutefois pas qu'à cette seule constatation que doit s'arrêter l'analyse. En effet, si comme pour le tabac et le cannabis, la durée qui sépare l'expérimentation des substances prises en compte tient plus de l'évolution de chacun des produits que de la relation de l'une par rapport à l'autre, la réunion de l'ensemble des substances qui, si elle s'avérait justifiée en raison des contraintes d'effectif, ne peut prêter à interprétation.

## § 3 – Différencier entre eux les expérimentateurs

À présent qu'a été présentée la diffusion de l'expérimentation des différentes substances au sein des générations ainsi que les caractéristiques des expérimentateurs, il est possible de réaliser quelques analyses multidimensionnelles qui nous permettront, ayant connaissance des informations précédentes, d'interpréter sans trop de difficulté en quoi les expérimentateurs de certaines substances se distinguent des expérimentateurs d'autres substances. Nous avons pu constater que les expérimentateurs d'alcool et de tabac ne se distinguent que très peu de l'ensemble de la population du fait que ces substances sont expérimentées par une très large majorité d'individus. Quelques analyses ont préalablement intégré ces deux substances. Toutefois, en raison de leur niveau de prévalence, leur introduction entraîne deux cas deux figures : soit leur expérimentation s'oppose à l'expérimentation d'autres substances, se qui empêche toute distinction parmi les usagers d'autres substances ; soit, ils s'avèrent être des « points moyens » non distinctifs[260]. Par conséquent, nous les avons exclus de l'analyse.

En appliquant à présent les principes de l'analyse factorielle des correspondances (AFC) aux usagers de drogues, nous allons tenter d'établir la nature du lien qu'il existe entre les caractéristiques des usagers et les produits vers lesquels ils s'orientent plus volontiers. Il n'y a pas de méthode qui préside au choix des variables qui sont incluses dans de telles analyses. Ce n'est donc que par la réalisation de plusieurs d'entres elles, pour lesquelles nous

[260] Nous aurons l'occasion de revenir sur ce cas lors de l'interprétation des résultats qui suivent en nous intéressant au cas du cannabis qui, s'il est moins expérimenté que le tabac et l'alcool, reste bien plus expérimenté que les autres stupéfiants et se retrouve comme nous le verrons, dans une situation analogue.

avons modulé les variables intégrées, qu'ont été sélectionnées celles qui s'avèrent êtres les plus pertinentes et qui seront présentées ici.

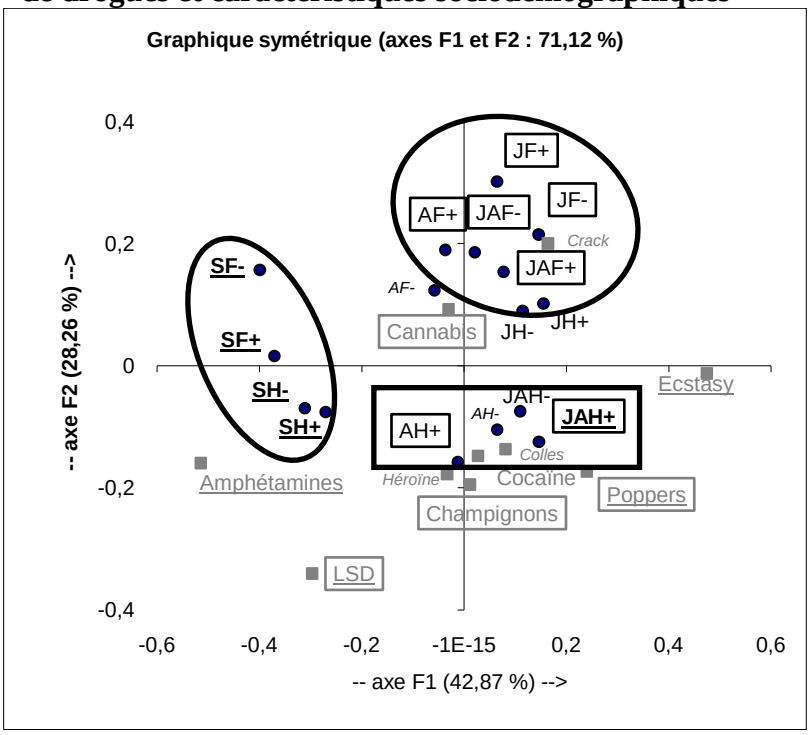
Parmi elles, la première qui retient notre attention intègre trois variables, l'âge le sexe, et la catégorie socioprofessionnelle. Ayant déjà largement précisé les difficultés rencontrées, on comprendra aisément la nécessité de procéder à certains regroupements. S'agissant de l'âge, nous nous sommes appuyés sur la prévalence d'usage des différentes substances au sein des générations pour procéder aux regroupements suivants : les plus jeunes générations âgées de 15 à 24 ans au moment de l'enquête codifiées « J », les jeunes adultes codifiés « JA » intègrent quant à eux les 25-34 ans, les 35-44 ans ont été regroupés dans la catégorie que nous appellerons adulte et noterons *« A »*, enfin les seniors représentent la population âgée de plus de 45 ans et plus indiquée *« S »*. Pour des raisons identiques à celles énoncées lors de la réalisation de l'analyse en composante principale, les catégories socioprofessionnelles sont regroupées comme suit : les agriculteurs exploitants, employés et ouvriers sont regroupés au sein d'une même catégorie « - », les artisans, commerçants, chefs d'entreprises, les cadres et professions intellectuelles supérieures, ainsi que les professions intermédiaires sont regroupés au sein de la catégorie « + ». Enfin, le sexe des individus est codé « F » ou « H » selon qu'il s'agisse de femmes ou d'hommes.

Croisées entre elles, ces trois variables permettent d'obtenir seize sous-populations distinctes pour lesquelles on s'intéresse à l'effectif d'individus ayant déjà expérimenté les différentes substances considérées. Avant d'interpréter les résultats obtenus, il convient de décrire l'orientation des axes, c'est-à-dire d'en déduire leur signification à partir du positionnement des différents éléments[261]. L'axe 1, par l'opposition qu'il fait des éléments les plus contributifs à son orientation (l'ensemble des 55 ans et plus aux hommes de 25-34 ans), est principalement expliqué par l'âge des usagers (graphique nº 94). Les usagers les plus âgés se distinguent par leurs consommations d'amphétamines, alors que les consommations d'ecstasy sont très spécifiques aux jeunes hommes. Chacun d'entre eux présente, à un moindre degré, une certaine attirance pour la consommation de poppers chez les jeunes consommateurs de drogues, et pour le LSD s'agissant des plus âgés. Le deuxième axe distingue les consommateurs de drogues selon leur sexe. L'ensemble des femmes se situe effectivement dans la partie supérieure du graphique alors que les hommes, à l'exception des

[261] Les aides à l'interprétation, qui permettent de distinguer les éléments les plus contributifs aux axes et de nous informer sur la qualité de représentation de ceux-ci, sont présentées en annexe n°22 p. 460. Pour simplifier la lecture des graphiques, les éléments sont soulignés lorsqu'ils sont les plus contributifs à l'axe 1 et encadrés lorsqu'ils le sont à l'égard de l'axe 2. Selon qu'il s'agisse des substances expérimentées ou des sous-populations, les éléments ont respectivement été colorés en gris et noir. La taille des éléments mal représentés a été réduite.

plus jeunes d'entre eux, sont regroupés vers le bas du graphique. Les femmes de moins de 55 ans, font blocs, en haut du graphique et s'attribuent le cannabis, alors que les hommes de 25 à 34 ans ayant une CSP élevée diversifient leurs expérimentations en présentant un intérêt pour les champignons hallucinogènes et la cocaïne.

**Graphique nº 94 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et caractéristiques sociodémographiques**




Source : baromètre santé 2005 ; Exploitation N.CAUCHI-DUVAL

L'opposition la plus marquante au sein des usagers de drogues reste celle qu'il existe entre amphétamines et ecstasy. De par la nature des produits en question, c'est en fait une caractéristique commune qui tend à être révélée, plus qu'une réelle opposition. En effet, l'ecstasy est un produit contenant de la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine) qui, comme l'indique sont nom, appartient à la famille des amphétamines. Quel que soit leur âge, les consommateurs semblent rechercher les effets stimulants que permettent ces drogues, afin de répondre à leur désir de performance, qui tend à s'étendre dans les sociétés occidentales modernes (Gasparini [2004]). L'orientation des plus jeunes vers l'ecstasy, et celle des plus âgés vers les amphétamines, peut s'expliquer en raison de plusieurs éléments. Tout d'abord, les occasions pour lesquelles les individus cherchent à être plus compétitifs qu'en l'absence de substances diffèrent très certainement selon l'âge des individus, et les effets annexes peuvent ne pas répondre aux attentes de chacun. La consommation d'ecstasy s'est initialement

développée dans les milieux technos (rave et *« freeparty »*[262]), puis s'est diffusée en dehors de ce seul environnement culturel, mais reste principalement réalisée dans des espaces festifs (boites, bars, fêtes privées, …). Les propriétés proches des hallucinogènes, le sentiment d'être « connecté », voire la sensation du sentiment « amoureux », caractéristiques de la MDMA, couplés à l'action stimulante sont donc particulièrement appréciés dans des environnements déjà propices aux rencontres. Au contraire, ces effets peuvent s'avérer contre-productifs dans des situations où les résultats recherchés sont principalement la sensation de supprimer la fatigue (dans l'espoir de pouvoir réaliser plus de tâches qu'il ne serait possible de le faire dans le temps imparti en l'absence de substance), ou les effets anorexigènes servant alors de coupe-faim. Les usagers les plus âgés, étant probablement plus souvent confrontés à ces dernières situations, il se comprend que leurs consommations ne s'orientent pas vers l'ecstasy. Qui plus est, une distinction pouvant être à l'origine de ces regroupements selon l'âge tient également au cadre légal de ces différents produits. L'ecstasy, ainsi que la plupart des amphétamines sont classées sur la liste des stupéfiants. Reste qu'une partie des amphétamines peut être distribuée sous prescription médicale et sont donc plus facilement accessible. Enfin, le classement des amphétamines sur la liste des stupéfiants date de 1967, les générations les plus anciennes peuvent donc les avoir consommées lorsque celles-ci n'étaient pas interdites.

Le cannabis, du fait qu'il s'est largement diffusé dans toutes les couches sociales et à tous les âges, occupe une position presque centrale et ne se distingue que très peu[263]. De par sa facilité d'accès, il est le stupéfiant qu'expérimentent très majoritairement les plus jeunes hommes. Sa principale particularité est l'attrait qu'il connaît auprès des femmes. Alors que les femmes sont historiquement très peu consommatrices de drogues, elles présentent une attitude nouvelle à l'égard du cannabis, et se rapprochent peu à peu vers des niveaux d'usage masculins. L'expérimentation des autres drogues, tels que les champignons hallucinogènes, les poppers, ou la cocaïne, se regroupe près des hommes de 25 à 44 ans appartenant plutôt à une CSP élevée. Si nous avions déjà constaté que les expérimentateurs de l'ensemble des substances étaient plus souvent des hommes de CSP élevés, précisons qu'il s'agit ici de voir en quoi les expérimentateurs de certaines substances se distinguent des expérimentateurs d'autres substances, et non plus de ce en quoi ils se différencient de l'ensemble de la population. La mauvaise qualité de représentation des hommes ayant une faible CSP ne

[262] Cf. Partie 1 chapitre 1.

[263] Comme ce qui a été présenté en préambule, c'est ce genre de situation qui se retrouve généralement, et de manière plus marquée pour l'alcool et le tabac. Expérimenté par une large part de la population aucune sous-population ne se caractérise par son expérimentation et ne s'« approprie » par conséquent la substance en question.

permet malheureusement pas d'interpréter leurs consommations. L'âge et le sexe étant principalement discriminants, il était utile de réaliser une AFC ne tenant compte que de la CSP pour évaluer les distinctions que peut opérer cette variable.

Soustraire le sexe et l'âge des individus des caractéristiques utilisées permet paradoxalement d'affiner l'apport informationnel de l'étude menée ici. Si chacune des analyses menées peut être réalisée, et donc interprétée, indépendamment des autres, l'intérêt est, dans ce cas précis, de pouvoir préciser ou compléter les interprétations réalisées. Ainsi, la réalisation de l'AFC portant sur le croisement de trois variables sociodémographiques a permis de hiérarchiser l'impact de celles-ci en éliminant les effets marginaux ou secondaires. Pour autant, cela ne signifie aucunement que les variables n'ayant pas permis de distinguer des regroupements particuliers sont sans effet. Il se peut non seulement que ces variables participent à la différenciation des usagers au sein de populations de même sexe et/ou d'âge, mais, de plus, les regroupements effectués dans un souci de lisibilité – par grand groupe d'âges et niveau de CSP – sont susceptibles de couvrir certaines particularités liées à un niveau de détail plus fin. Le regroupement des CSP en seulement deux groupes permettait de créer seize sous populations contre soixante-quatre, si les huit postes agrégés avaient été conservés, ce qui, malgré l'apport des méthodes utilisées en matière de représentation graphique, en aurait naturellement troublé la lecture. Au-delà du seul fait que ne conserver que deux groupes de CSP, en excluent l'âge et le sexe, ne justifierait pas l'utilisation d'une AFC[264], sont à présent étudiés la relation existante entre l'expérimentation des dix produits et l'appartenance à l'un des huit postes agrégés utilisés par l'INSEE[265].

Une fois encore, nous procédons préalablement à la description des axes retenus avant d'entreprendre l'interprétation des regroupements qui en découlent[266]. L'axe 1 oppose les CSP les plus élevées (cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires) au CSP moins élevés (employés et ouvriers) (graphique nº 95). Une telle distinction valide donc *a posteriori* le regroupement qui avait été effectué précédemment. En matière d'expérimentation d'usages de drogue, les CSP se situent d'autant plus à gauche de l'axe qu'elles sont peu expérimentatrices d'héroïne et de crack. L'axe 2, quant à lui, oppose les expérimentateurs de champignons hallucinogènes et de poppers d'une part aux individus

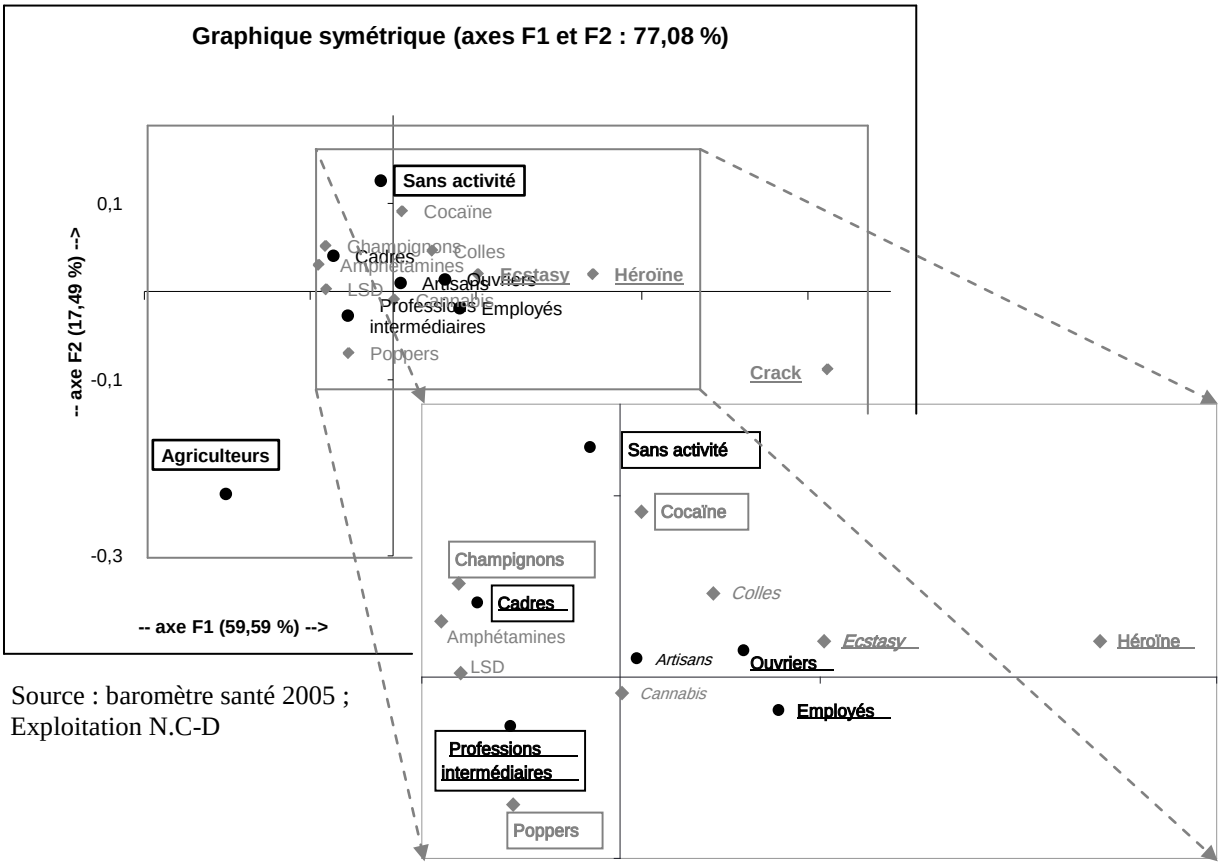
[264] Par construction l'AFC permet d'obtenir une représentation des données dans un espace de dimension égal au minimum du nombre de modalités des deux variables considérées moins une. L'ensemble de l'information contenue dans les relations de deux variables dont l'une disposerait de deux dimensions serait alors contenu sur une seule, ce qui ne justifie donc pas la réalisation de procédures statistiques multidimensionnelles tel qu'il est fait ici.

[265] Notons que cette AFC illustre assez bien les limites de ce que nous pouvions juger comme acceptable pour pouvoir être présenté ici.

[266] Aides à l'interprétation en annexe n°23 p. 463.

se distinguant par l'expérimentation qu'ils font de la cocaïne. L'orientation de cet axe est moins évident en termes de CSP, et peut s'expliquer par des effets de structures par sexe et âge qui peuvent brouiller le positionnement des CSP concernées. Les agriculteurs ont un rapport de masculinité plus élevé que l'ensemble des actifs et sont plus âgés en moyenne. Les personnes sans activité sont au contraire plus jeunes et présentent une proportion de femmes plus importante. C'est donc cette opposition qui pourrait ici se traduire au travers des CSP.

**Graphique nº 95 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et CSP**




Source : baromètre santé 2005 ;
Exploitation N.C-D

L'opposition que présente l'axe 1, entre les CSP les plus élevées et les CSP les plus faibles, permet de combler le manque d'information disponible concernant l'AFC précédente. En effet, les personnes âgées de 35 à 44 ans appartenant à une CSP peu élevée souffraient, ainsi que l'héroïne et le crack, d'une mauvaise qualité de représentation. Leurs proximités sur ce graphique indiquent que l'expérimentation de ces produits s'explique surtout par la CSP, et justifie que la projection de ces éléments sur un graphique principalement orienté selon l'âge et le sexe ne soit pas pertinente. Le reste des autres proximités justifie au contraire la réalisation des regroupements effectués préalablement. Les distinctions effectuées par grands groupes de CSP signifient donc que les caractéristiques communes aux postes agrégés

appartenant à un même groupe expliquent les relations observées, et que leur démantèlement rend les proximités moins évidentes.

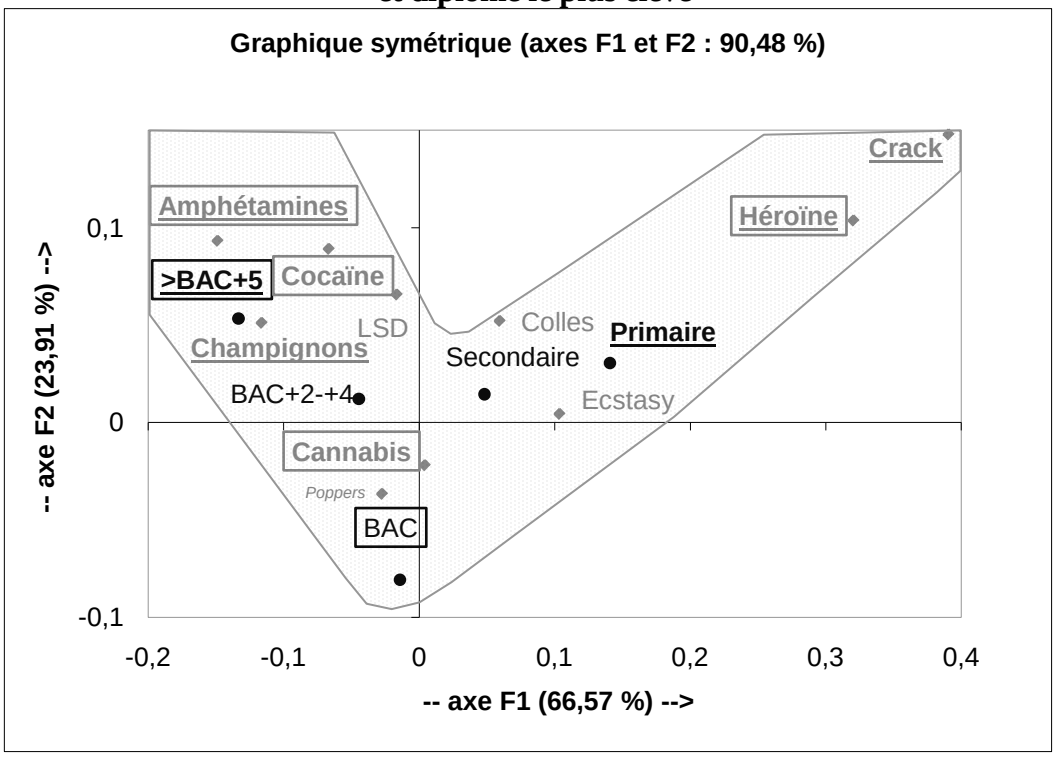
Deux éléments directement liés à la CSP des individus peuvent expliquer que les regroupements en deux grands groupes permettent des rapprochements aux expérimentations de substances que ne permet pas un niveau de détail plus fin. La CSP des individus est largement dépendante du niveau de diplôme obtenu. Les revenus dont ils disposeront varient alors notablement selon la CSP qu'ils ont intégré. Disposant des revenus mensuels du ménage auquel appartiennent les individus, et de la composition de ces ménages, il est possible d'appliquer à ces revenus l'échelle de l'OCDE. Celle-ci permet de rapporter le revenu de l'ensemble du ménage au nombre d'unités de consommations (UC) qui constituent ce ménage, pour que puissent être comparés les revenus de ménages dont la structure diffère[267]. Bien qu'il ne l'ait pas été précisé jusqu'à maintenant, la réalisation d'une AFC impose que soit réalisé au préalable un test d'indépendance du Khi². Si jusqu'à maintenant l'hypothèse d'indépendance fût rejetée, ce qui justifiait d'ailleurs que l'on réalise par la suite une AFC, elle ne l'est pas dans le cas qui nous intéresse maintenant. Par conséquent, il ne peut être étudié la nature du lien qu'il existe entre expérimentation de drogues et revenus des ménages sachant que ces deux variables apparaissent comme indépendantes[268].

Il reste donc à vérifier que le niveau de diplôme des individus puisse être un élément commun aux grands groupes de CSP qui distingue les individus en ce qui concerne l'expérimentation des différentes drogues. Selon le même principe que précédemment, une AFC croisant le plus haut niveau de diplôme des individus et l'expérimentation des dix substances recensées est réalisée [269]. On distingue les niveaux « primaire et inférieur », « secondaire », « bac », « bac+2 à bac+4 », « bac+5 et plus ou grandes écoles ».

Le facteur 1 oppose les plus faibles niveaux de diplômes aux niveaux de diplômes les plus élevés (graphique nº 96). En matière d'expérimentation de drogues, l'héroïne et le crack – situés à droite – se distinguent principalement de l'expérimentation des hallucinogènes et des amphétamines. L'axe 2 distingue les expérimentations au sein des plus diplômés puisque qu'il positionne au bas du graphique le niveau bac, et l'oppose au niveau bac+5 et supérieurs. Le cannabis, situé au bas du graphique, s'oppose principalement à la cocaïne et aux amphétamines.

[267] Le premier adulte est considéré comme une UC, les adultes supplémentaires et enfants de 14 ans et plus sont assimilés à 0,7 UC, les enfants de moins de 14 ans représentent 0,5 UC.
[268] Test d'indépendance en annexe n° 24 p. 464.
[269] Aides à l'interprétation en annexe n° 25 p. 465.

**Graphique nº 96 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et diplôme le plus élevé**




Source : baromètre santé 2005 ; Exploitation N.CAUCHI-DUVAL

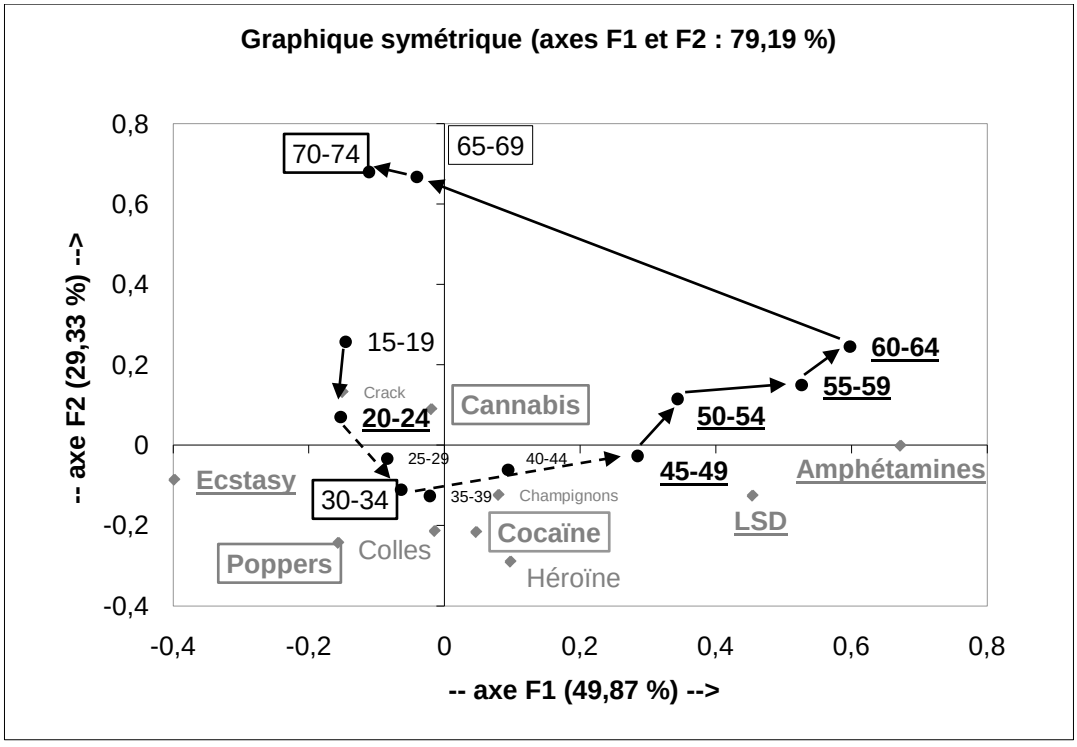
Les personnes sans diplôme ou ayant un niveau de diplôme primaire se différencient principalement des autres de par leur appropriation de l'expérimentation d'héroïne et de crack. Les plus diplômés s'orientent quant à eux vers les hallucinogènes, les amphétamines et la cocaïne. La proximité des hauts niveaux de diplômes à la cocaïne et aux amphétamines s'explique en raison des occasions pour lesquelles ils consomment ces produits comme il l'a été indiqué précédemment. L'utilisation des hallucinogènes pourrait s'expliquer par les capacités de projections et de libérations des barrières intellectuelles qu'on lui accorde généralement, favorisant certaines réflexions et « quêtes de connaissances ». Les bacheliers, qui représentent pour les nouvelles générations la très grande majorité des individus et donc ne se distinguent pas en termes de niveau de diplômes, se rapprochent logiquement de l'expérimentation du produit le plus répandu, le cannabis.

Avant d'interpréter plus en détails les rapprochements apparaissant entre les substances expérimentées et le plus haut niveau de diplôme des usagers, il doit être noté la forme que prend l'agencement des différents éléments. En effet, les niveaux de diplômes, en étant reliés du plus faible au plus élevé, se retrouvent autour d'une fonction polynomiale du second degré. Les différentes substances, bien que plus écartées de celle-ci, gravitent également autour de cette fonction. Cette représentation, appelée effet Guttman, est

significative d'une redondance d'information entre les deux variables considérées. Une telle redondance s'explique aisément lorsque les deux variables en question dépendent « naturellement » l'une de l'autre. C'est par exemple ce qui aurait été le cas si on croisait l'âge des individus au plus haut niveau de diplôme obtenu d'individus encore étudiants, puisque l'obtention du niveau de diplôme s'explique principalement par l'âge des étudiants.

L'expérimentation des différentes drogues n'est cependant pas mécaniquement expliquée par le niveau de diplôme des usagers. Toutefois, comme l'ont révélé les précédents résultats, l'expérimentation des différentes drogues prises en compte s'explique largement selon l'âge des usagers. Bien qu'une fois passé l'âge de 30 ans le vieillissement des individus ne soit plus lié à l'augmentation du niveau de diplôme, il se pourrait que, derrière cette redondance constatée, ne se traduise que la redondance existante entre âge et niveau d'études. Afin de s'assurer que les relations identifiables entre niveau d'étude et expérimentation de drogues ne soient pas les conséquences de l'âge sur celles-ci, il est indispensable de réaliser une AFC sur les données ne croisent les expérimentations qu'avec l'âge des individus (graphique nº 97). Du fait que l'âge ne sera pas croisé à d'autres variables sociodémographiques, il est possible de différentier les individus en les regroupant par âges quinquennaux.

**Graphique nº 97 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et âges**




Source : baromètre santé 2005 ; Exploitation N.CAUCHI-DUVAL

Sous condition que les classes d'âges 25-29 ans, 35-39 ans et 40-44 ans soient proche du positionnement observé, il pourrait être supposé un même effet Guttman de 15-à 45 ans. Ceci s'avère toutefois bien moins vrai pour les classes d'âges plus élevées, et ce, notamment en ce qui concerne les 65 ans et plus. Qui plus est, les psychotropes ne suivent pas la même « courbe » que les classes d'âges des individus. Il apparaît donc que la redondance d'information observée entre les niveaux de diplôme et les drogues expérimentées, signifie bien que le niveau d'étude est, après l'âge et le sexe des individus, l'un des facteurs qui discriminent particulièrement entre eux les usagers de drogues dans les expérimentations qu'ils font. En ce sens, il est alors justifié que les classes d'âges les plus élevées se rapprochent des classes d'âges les plus faibles. En effet, la hausse générale du niveau d'études des générations les plus récentes fait que les populations les plus âgées et les jeunes se retrouvent en raison d'un niveau d'études peu élevé

La distinction effectuée ici par groupe d'âges quinquennaux, et la manière dont ceux-ci se suivent de 45 à 64 ans, sans présenter de comportements particuliers, justifient par ailleurs qu'ait été réalisé au préalable un regroupement plus important qu'il ne l'a été fait pour les générations plus récentes. Il peut alors, maintenant, être accepté de considérer que les moins diplômés s'orientent vers les drogues les plus nocives telles que l'héroïne et le crack. Les personnes disposant d'un niveau de diplômes plus élevé (niveau bac) expérimentent bien plus rarement ce type de drogue, possiblement en raison d'une meilleure connaissance des risques associés à leurs consommations, et se contentent de l'expérimentation du cannabis. Les plus diplômés enfin, expérimentent d'autres drogues, plus nocives que le cannabis, mais moins chargées symboliquement que le crack et l'héroïne, en raison de deux possibles éléments. D'une part, la période des études supérieures est une époque où les individus ne vivent plus dans le giron familial − contrairement aux plus jeunes − et n'ont pas non plus constitué leur propre noyau familial. Par définition, ils n'ont pas non plus intégré le monde du travail. D'autre part, ils sont plus habitués à faire leurs propres recherches et non se limiter aux seules informations dispensées au grand public, et rationalisent les méconnaissances des produits pour y voir un monde à découvrir susceptible de rassasier leur curiosité, et non attribuer *a contrario* leurs craintes à l'inconnu.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 2*

Les variables endogènes aux individus, c'est-à-dire les caractéristiques innées, sont celles qui discriminent le plus les individus en matière d'expérimentation de drogues. Les expérimentateurs de drogues sont effectivement plus souvent des hommes plutôt jeunes. Deux produits se distinguent toutefois clairement, l'alcool et le tabac. On pourrait concéder que leur distinction s'explique simplement en raison du cadre légal dont il bénéficie. Cependant, et malgré leur légalité, ils n'ont pas toujours rencontré le succès qu'ils connaissent actuellement.

C'est notamment au travers des évolutions des comportements féminins que l'on se rappelle qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Ce n'est en fait qu'au cours des années 1970 qu'elles ont fait du tabac, au même titre que l'alcool, « une drogue expérimentée par tous ». S'il s'agit en fait d'une hyperbole, l'exagération qui lui est attribuée n'est que toute relative. En effet, la reconstitution de données transversales montre que, depuis le milieu des années 70, la baisse de l'expérimentation de tabac n'a lieu que lorsque celle-ci est à son niveau maximal. Dans une telle situation, en rappeler sa nocivité apparaît efficace, mais limitée, en ce qui concerne l'expérimentation. Deux lois contre le tabagisme, dont le contenu s'avère relativement proche, en l'occurrence la loi Veil et la loi Évin, ne se sont pas traduites pas par les mêmes évolutions. Alors que la loi Évin s'avérait plus restrictive que la loi Veil, elle s'est suivie, d'une baisse des consommations totales de tabac, mais d'une hausse des expérimentations, contrairement à ce qu'il est apparu au lendemain de la loi Veil. Chacune est toutefois apparue dans un environnement d'expérimentation très différent. Alors que la première est promulguée aux niveaux d'expérimentation les plus élevés, la seconde l'est lorsque les niveaux d'expérimentations sont les plus faibles depuis 1970. Il semblerait donc qu'en matière d'expérimentation de tabac la nocivité de la substance n'a de poids que dans un environnement où l'expérimentation concerne la quasi-totalité des individus.

L'adéquation des comportements féminins à ceux des hommes en matière d'expérimentation de tabac, après s'être réalisée au travers de l'intensité des personnes concernées, s'est poursuivie par une même distribution par âge des expérimentations. Le cannabis est la substance pour laquelle on constate une même évolution. Cependant, parce qu'il n'est pas non plus un produit aussi expérimenté que le tabac chez les hommes, l'analyse du calendrier de son expérimentation est malaisée puisque son expérimentation apparaît chez les générations les plus anciennes relativement tardivement. C'est en nous intéressant plus en détail à la durée qui s'écoule entre l'expérimentation de tabac et celle du cannabis qu'il apparait que le comportement des femmes à l'égard de cette substance semble ne pas prendre

le même chemin que celui du tabac. Il est vrai que la durée qui sépare l'expérimentation des deux substances est en moyenne plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais cela tiendrait en fait de la concomitance de l'accélération du calendrier d'expérimentation de tabac et des expérimentations tardives des générations plus anciennes. Il semble donc qu'en matière de cannabis, si les femmes n'ont pas encore atteint les mêmes niveaux d'expérimentation que les hommes, celles qui l'ont déjà expérimenté, dans les plus jeunes générations, ont, dès à présent, une même distribution par âge à l'expérimentation.

En ce qui concerne les autres stupéfiants, il n'est pas possible d'avoir, à partir des données disponibles, connaissances de telles informations. On a toutefois pu présenter en quoi les expérimentateurs de ces substances se distinguaient en termes de variables exogènes, que ce soit à l'égard de l'ensemble de la population, ou entre eux, selon les produits qu'ils avaient expérimentés. Lorsqu'il a s'agit de distinguer les expérimentateurs entre eux, nous avons constaté que toutes les variables n'ont pas le même poids dans l'orientation des individus vers l'une ou l'autre des substances. Permettons-nous, de manière très schématique, d'apparenter la CSP, le revenu mensuel et le niveau de diplôme des individus respectivement au capital social, au capital économique et au capital culturel (Bourdieu [1979]). Ainsi assimilé, le capital culturel explique bien plus l'expérimentation de certains produits psychotropes que l'explique le capital social ou économique. Le crack et l'héroïne, dont les dommages sont certainement plus importants que ceux des autres substances, s'avèrent en effet, parmi les expérimentateurs de stupéfiants, se distinguer par leurs plus importantes expérimentations chez les personnes les moins diplômées. En cela, les efforts menés depuis près de dix ans afin de développer la prévention, l'éducation et l'information relatives aux drogues sont particulièrement justifiés. Mais c'est également au travers des comparaisons qui peuvent être faites entre les caractéristiques sociodémographiques des expérimentateurs enquêtés, et celles des patients pris en charge dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes que se trouve également la justification de telles politiques publiques. En effet, si l'on observe les caractéristiques des personnes enquêtées, les expérimentateurs de drogues sont en moyenne plus diplômés que l'ensemble de la population et appartiennent à une classe sociale plus élevée. Les patients pris en charge dans les CSST sont, au contraire, en moyenne moins diplômés et appartiennent à des catégories socioprofessionnelles moins élevées. Ces différences ne tiennent bien évidemment pas d'effet de structure par sexe et âge puisque ces variables ont été contrôlées. Si les patients pris en charge dans les centres de soins résident par ailleurs plus souvent en zones urbaines, du simple fait que ces centres sont également plus souvent dans les villes qu'en milieu rural, nous avons également constaté une

surreprésentation des expérimentateurs de l'enquête baromètre santé 2005 en milieu urbain. Ce en quoi se distingue plus particulièrement les deux sous populations concernées, les patients des CSST d'une part et les expérimentateurs enquêtés d'autre part, c'est le type d'usage qu'ils ont des produits et l'observation dont ils ont fait l'objet. Nous avions présenté en quoi les enquêtes en population générale réalisées actuellement étaient difficilement aptes à cibler les populations les plus marginalisées ainsi qu'à différencier les types d'usage de drogues. Se retrouvent donc dans l'enquête baromètre santé les usages les moins importants des populations les moins marginalisées, alors qu'en centres de soins sont observées les usagers de drogues dont on sait qu'ils ont au moins un usage problématique des substances consommées. Chacune des bases de données souffre d'un effet de sélection indépendamment l'une de l'autre. Toutefois, en les confrontant, on peut clairement en déduire que si l'expérimentation de drogues est un comportement de personnes plutôt favorisées, l'usage problématique s'avère plus fréquent chez celles moins favorisées, ce qui expliquerait qu'on les retrouve plus souvent en centre de soins. On pourrait se poser la question de savoir dans quelle mesure ce ne serait pas l'usage de drogues qui pourrait avoir entraîné un « déclassement social » des usagers si les disparités ne s'observaient que pour la CSP. Mais il ne peut en être ainsi pour le niveau de diplôme qui ne peut être perdu une fois acquis. Une telle distinction des populations se trouvant aux deux extrémités de l'usage de drogues, que sont l'expérimentation et la dépendance au produit montre, tout l'intérêt d'être en mesure de pouvoir, à terme, distinguer les parcours de ces usages.

# <u>Chapitre 3</u> : Analyse des parcours d'usage de drogues

L'analyse des expérimentations de drogues, si elle pouvait apparaître comme restreinte au regard des usages les plus problématiques qu'il est souhaitable de prioritairement empêcher. Elle s'est toutefois avérée, en comparaison de l'analyse des patients pris en charge dans les CSST, révélatrice d'une différenciation des transformations de l'usage de drogues selon l'environnement socioculturel des individus. Il y aurait un intérêt certain à reconstituer les parcours d'usage allant de la simple expérimentation à l'usage problématique qui peut entraîner une prise en charge. L'étude des patients pris en charge, ainsi que la présentation d'une collecte qui pourrait nous permettre d'y parvenir, nous ont clairement indiqué que les données actuelles ne pourraient pas nous permettre de répondre à une telle ambition. Nous pouvons toutefois présenter l'évolution de quelques comportements d'usage de drogues des personnes enquêtées en population générale.

Jusqu'à maintenant, nous avons, dans la mesure du possible, tenter de répondre à la nécessité de nous intéresser à l'ensemble des drogues de manière à les traiter au travers des comportements d'usage plus que de centrer nos propos sur l'une ou l'autre des substances. Nous ne pourrons cependant plus à présent continuer à faire ainsi. En effet, distinguer les évolutions des comportements d'usage tient largement aux informations disponibles. Celles relatives aux consommations de tabac se différencient très nettement par leur richesse de celles collectées pour l'alcool, le cannabis ou encore les autres stupéfiants. Par ailleurs, la concomitance d'une faible expérimentation des stupéfiants et la faiblesse de l'échantillonnage fait que nous ne pourrons pas les prendre en compte. Par conséquent, nous n'avons pas d'autres choix que de mener à présent une étude par produit, qui se distinguera largement d'un produit à l'autre. Alors que concernant le tabac nous élaborerons les parcours d'usage principalement à partir des données du baromètre 2005, celles du baromètre 2000 ne venant que pour compléter légèrement l'information disponible, les parcours d'usage de cannabis s'établiront sciemment sur l'utilisation simultanée de ces deux observations. En effet, les données relatives au cannabis ne permettent, comme nous y avions fait référence, que de faire l'état des lieux des formes d'usage à différents instants. Nous procéderons donc à l'élaboration théorique des évolutions des comportements d'usages en utilisant ces états des lieux et en tentant d'en présenter les probables évolutions. S'agissant de l'alcool, nous verrons qu'une telle entreprise ne peut être menée. Nous ferons ici abstraction d'une d'éventuelle mortalité différentielle selon les comportements d'usage des individus. Celle-ci ne sera

réintroduite qu'ultérieurement, une fois les parcours d'usage mieux appréhendés dans ce chapitre.

## ***Section 1 – L'évolution des comportements tabagiques***

La transformation des comportements tabagiques se traduit au travers du renouvellement plus ou moins important des consommations sans que puissent être clairement définis les évènements qui permettent d'identifier l'entrée dans une sous-population particulière d'usagers. L'observation empirique des divers usages a toutefois permis d'établir une sorte de typologie des usages. Ainsi, on peut distinguer le simple expérimentateur du fumeur régulier ou de l'ancien fumeur. Reste qu'il existe des comportements nécessairement intermédiaires que l'on ne peut distinguer entre ces « grandes familles » d'usagers. S'il est donc clairement établi que l'ensemble des mesures effectuées ne pourront être en cela que des taux composantes, nous considèrerons que les classifications effectuées révèlent cependant une homogénéité des usagers. Par conséquent, nous parlerons malgré tout d'intensité d'un type d'usage au sein de cohortes de fumeurs d'un usage moindre.

### §1 – De l'expérimentation à l'usage régulier

#### I – Devenir fumeur régulier : un phénomène plus qu'intimement lié au fait d'avoir expérimenté le tabac…

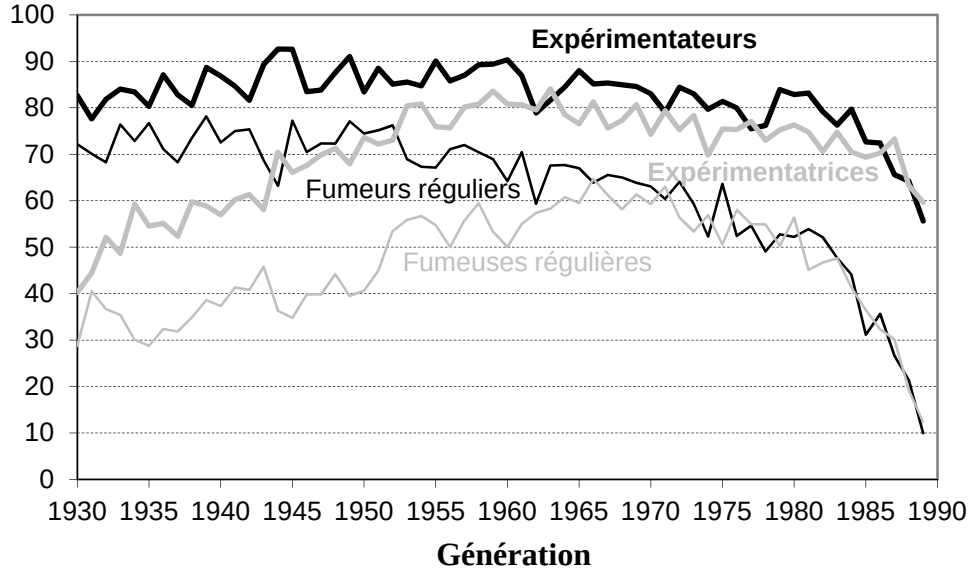
En raison de la remarque énoncée plus avant, il convient de distinguer la part des individus ayant déjà eu un usage régulier du tabac au sein d'une génération, de celle observée au sein d'une cohorte d'expérimentateur. La première est ici un taux composante de l'usage régulier au sein des générations puisqu'elle tient compte du fait que les individus de cette génération aient ou non fait l'expérimentation de tabac, et que ces expérimentateurs en aient par la suite fait un usage régulier. Puisque nous avons ici fait abstraction d'une éventuelle mortalité différentielle, on considère par conséquent que la part des personnes ayant été ou

étant encore fumeur régulier au sein des cohortes d'expérimentateurs représente quant à elle l'intensité de l'usage régulier parmi les expérimentateurs.

Afin que l'on puisse prendre la mesure d'un phénomène, il convient bien évidemment de ne pas tenir compte des seuls individus qui présentent le caractère « fumeur régulier » au moment de l'enquête, mais également ceux qui l'ont présenté au cours de leur vie. En raison des questions posées dans le baromètre santé 2005 et des modalités de réponses possibles, on considérera comme personne ayant eu un usage régulier du tabac : soit les individus qui déclarent *« [fumer], ne serait-ce que de temps en temps »* et répondent par l'affirmative à la question *« fumez-vous tous les jours »*, soit ceux qui déclarent ne pas fumer actuellement, mais avoir *« déjà essayé de fumer »* et avoir fumé *« quotidiennement pendant au moins 6 mois »*[270]. Dès à présent, on entendra donc par « fumeur régulier » les personnes ayant déjà eu un usage régulier au cours de leur vie.

On ne sera bien évidemment pas surpris de constater que la part des expérimentateurs et celle des fumeurs réguliers au sein des générations sont liées l'une à autre puisque la première est composante de la seconde (graphique nº 98). La part des fumeurs réguliers, chez les hommes comme chez les femmes, suit globalement une évolution similaire à celle des expérimentateurs, mais à des niveaux moindres puisqu'une partie des expérimentateurs ne deviendra jamais fumeurs réguliers.

**Graphique nº 98 : Proportion de fumeurs au sein des générations (en %) selon le type de consommation et le sexe**

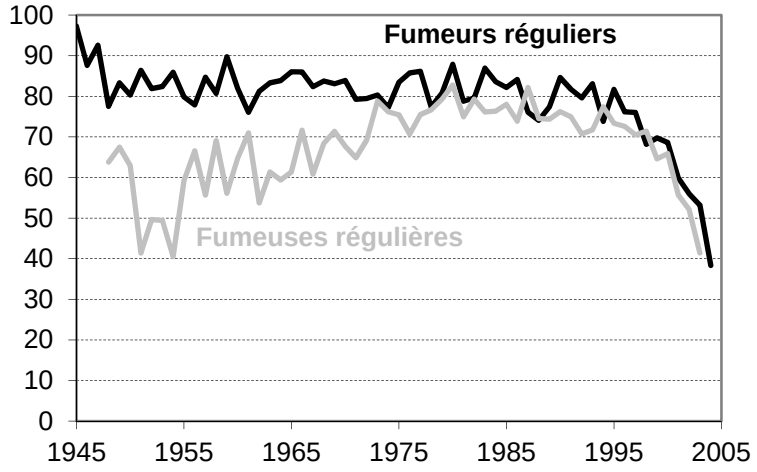



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

[270] Cette modalité de réponse s'ajoute aux autres qui pouvaient être avoir fumé : *« une fois pour essayer »* ; *« occasionnellement (ou quotidiennement pendant moins de 6 mois ») »*.

C’est en prenant la mesure de l’intensité de la consommation régulière dans des cohortes d’expérimentateurs de tabac que l’on pourra avoir connaissance de l’évolution de la seconde composante de la part des fumeurs réguliers au sein des générations. En distinguant le devenir des expérimentateurs en fumeurs réguliers, il apparaît une différenciation de la transformation de l’usage entre les sexes (graphique nº 99). En effet, chez les hommes, devenir fumeur régulier est relativement constant au fil des cohortes. Ce n’est réellement qu’à partir des cohortes postérieures à 1995 que l’on constate une baisse qui tient en partie du fait qu’elles ont eu moins de temps pour que l’usage devienne un usage régulier. Si l’on constate une même baisse au sein des cohortes féminines les plus récentes, c’est une hausse de l’intensité de l’usage régulier qui s’observe chez les femmes ayant expérimenté avant 1975.

**Graphique nº 99 : Proportion de fumeurs réguliers au sein des cohortes d’expérimentateurs (en %) selon le sexe**

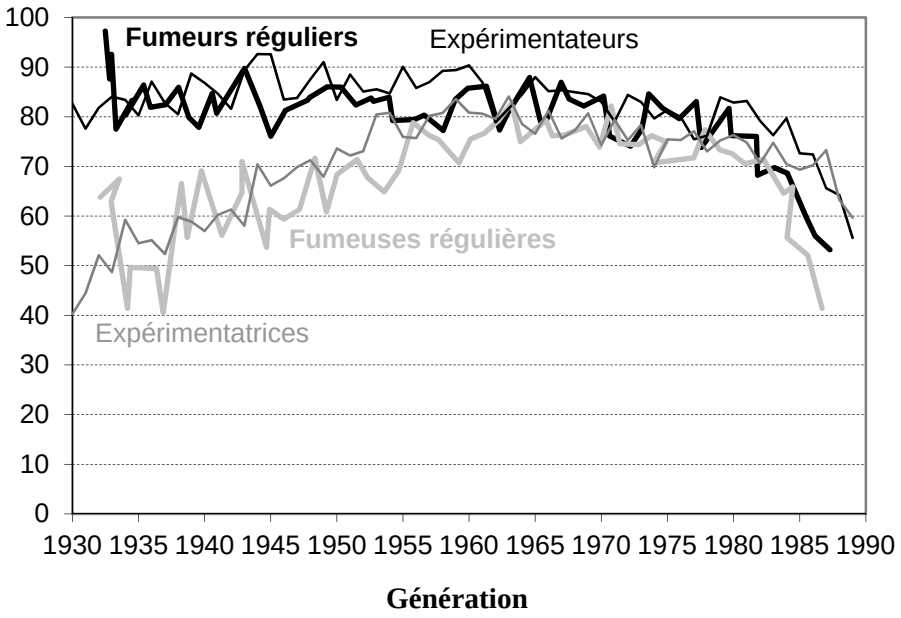



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Ces évolutions sont remarquablement similaires à celles de l’intensité de l’expérimentation au sein des générations. S’il est vrai que les cohortes d’expérimentateurs contiennent en elles des individus issus de différentes générations, la distribution par âge de l’expérimentation du tabac étant relativement concentrée, il existe une relation ténue entre l’intensité de la consommation régulière du tabac dans une cohorte et celle de la génération la plus représentée dans cette cohorte. Afin de pouvoir confronter, et d’illustrer facilement, les évolutions similaires de l’intensité et de l’expérimentation dans les générations et de l’usage régulier dans les cohortes d’expérimentateurs, il nous semble intéressant d’attribuer l’intensité d’une cohorte à une unique génération. Pour ce faire, a été calculé dans chacune des cohortes

l'âge moyen des individus qui constituent ces cohortes au 1er janvier 2005. L'âge des individus au 1er janvier 2005 étant l'âge en différence de millésime des individus en 2004, il a été retranché à 2004 cet âge moyen afin d'en déduire une « génération moyenne »[271]. C'est alors à cette génération qu'a été attribuée l'intensité des cohortes. Celles-ci sont confrontées par la suite à l'intensité de l'expérimentation au sein des générations[272] (graphique nº 100).

**Graphique nº 100 : Intensité de l'expérimentation au sein des générations, et intensité de l'usage régulier dans les cohortes attribuée à la génération moyenne des cohortes (en %) selon le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Il existe des différences mineures entre les courbes, mais celles-ci tiennent à la fois du fait qu'est comparée une intensité au sein de cohortes contenant plusieurs générations à une intensité au sein d'une seule et même génération ainsi qu'aux variations aléatoires. Ce qui en ressort de manière flagrante, c'est la grande similitude qu'il existe entre la diffusion de l'expérimentation dans des générations et celle de l'usage régulier au sein des expérimentateurs. Cela révèle qu'indirectement, prendre une mesure de l'expérimentation serait également une bonne mesure de la survenue de l'usage régulier dans les générations. Il en résulterait également que réduire, ou augmenter, la survenue de l'expérimentation

[271] Notons qu'il ne s'agit pas ici de génération moyenne au sens de Gérard Callot.

[272] Une autre confrontation possible est celle de l'attribution de l'intensité d'une cohorte à sa « génération moyenne » au rapport de la proportion de fumeurs réguliers dans une génération par celle des expérimentateurs dans cette même génération. Celle-ci est présentée en annexe n° 26 p. 467.

entraînerait une évolution de même sens, et dans une même proportion, de l'usage régulier chez les expérimentateurs.

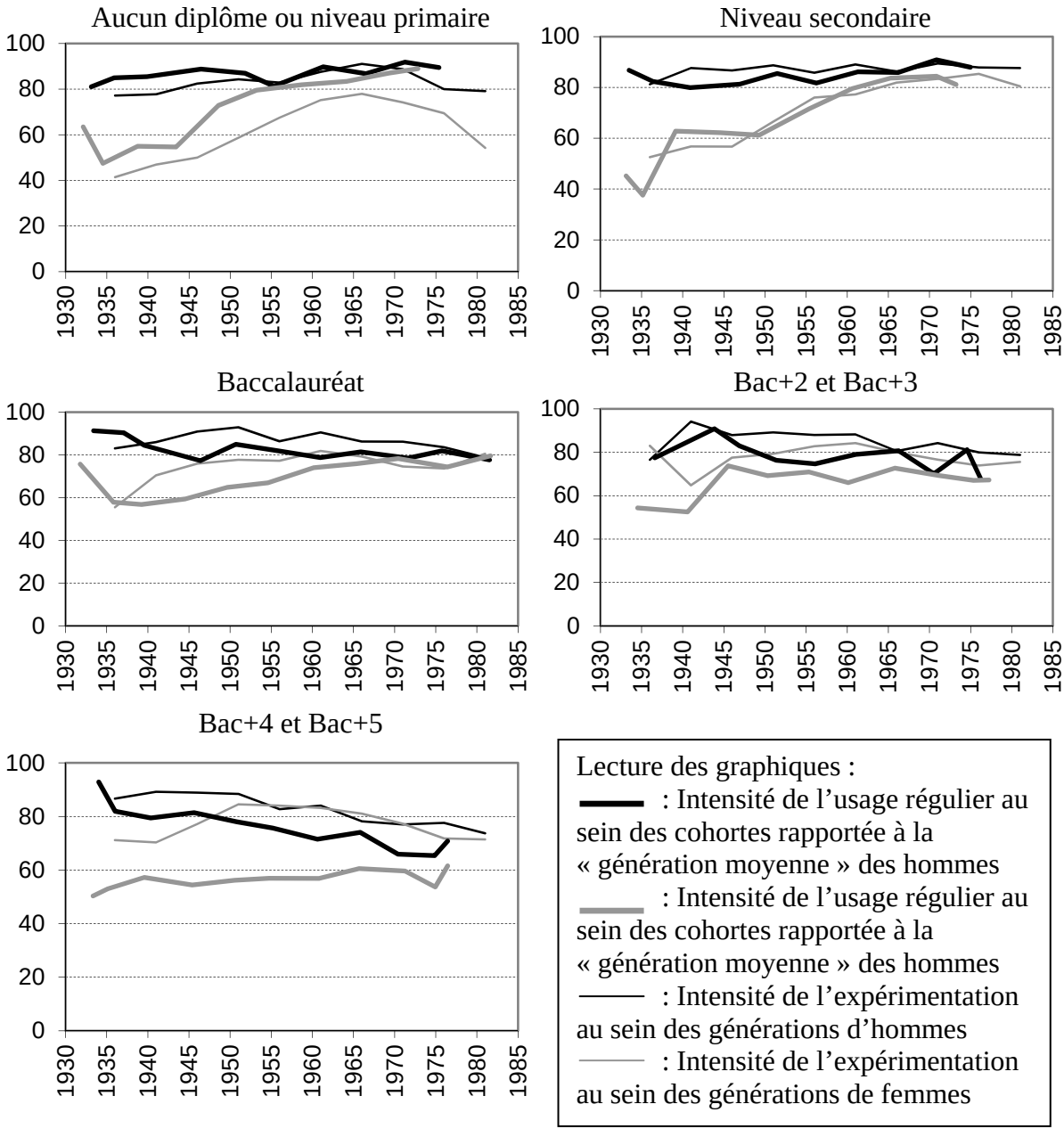
## II – … ou simple résultat d'une agrégation trop peu précise ?

Plusieurs éléments président au choix d'une variable particulière qui distinguera le plus vraisemblablement l'intensité de l'usage régulier du tabac. On a en effet pu constater que plusieurs variables distinguaient les usagers de drogues toutes substances confondues. Toutefois, en confrontant les caractéristiques des expérimentateurs aux patients pris en charge, deux variables directement liées l'une à l'autre présentaient de larges différences entre les deux sous-populations considérées, la CSP des individus et leur niveau de diplôme. La CSP des individus est cependant susceptible de se modifier en cours de carrière alors que le niveau de diplôme n'est évolutif, une fois l'âge de 25 ans atteint, que dans des proportions marginales. Dès lors, puisqu'il s'agit d'étudier la survenue de l'usage régulier dans des cohortes d'expérimentateurs, il est préférable de l'étudier selon une caractéristique qui ne sera pas amenée à se modifier afin de conserver l'homogénéité initiale des cohortes. Pour cette même raison, et puisqu'on ne dispose pas d'information sur les dates d'occurrence de mise en couple ou de modification du statut matrimonial légal, ces variables ne présentent pas le même intérêt. Enfin, il apparaît que c'est également le niveau de diplôme qui distingue plus nettement la prévalence du tabagisme que la catégorie socioprofessionnelle. En termes d'activité, c'est surtout le fait d'être actif occupé ou non qui différencie la prévalence de la consommation de tabac (Peretti-Watel *et al.* [2007]). La prévalence du tabagisme à un instant donné tient également de l'intensité de l'arrêt du tabac. Cela n'enlève en rien l'intérêt d'une distinction par niveau de diplôme qu'il conviendra néanmoins de mettre en relation avec l'analyse de l'arrêt du tabac qui suivra si cela s'avère possible.

La disparition du certificat d'étude primaire, qui validait le niveau d'éducation primaire, entraîne, chez les plus âgées, un possible niveau de diplôme dont ne « bénéficient » pas les plus jeunes. Nous avons donc regroupé les individus déclarant un niveau d'étude primaire et ceux qui déclarent n'avoir aucun diplôme. Enfin, pour permettre de disposer d'effectifs convenables, nous avons également regroupé l'ensemble des personnes déclarant un niveau de diplôme supérieur ou égal à bac+4. Nous avons alors procédé identiquement à ce qui a préalablement été présenté. Pour chacun des niveaux de diplômes ont été confrontées

l'intensité de l'expérimentation au sein des générations à celle de l'usage régulier attribuée à la « génération moyenne » de la cohorte (graphique nº 101). Si on constate qu'en termes d'évolution, au fil des générations et des cohortes, l'expérimentation et l'usage régulier suivent pour l'ensemble des niveaux de diplômes, exception faite des femmes les plus diplômées, des tendances similaires. Les niveaux d'intensité varient cependant d'un niveau de diplôme à l'autre.

**Graphique nº 101 : Intensité de l'expérimentation au sein des générations et intensité de l'usage régulier rapportée à la génération moyenne des cohortes (en %) selon le sexe et le niveau de diplôme**

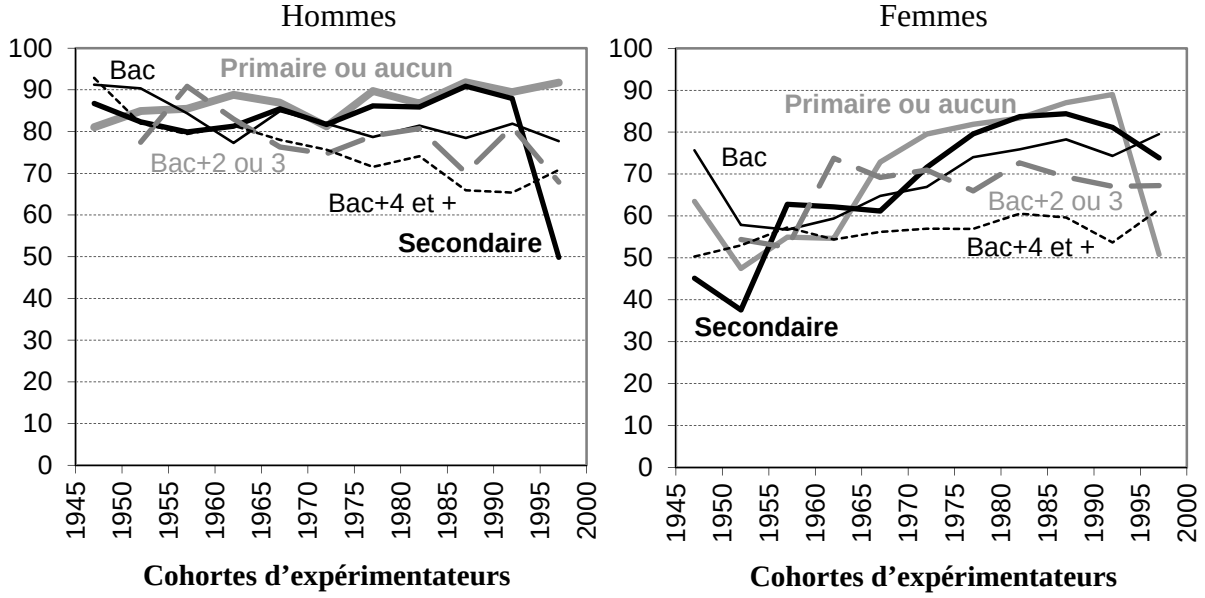



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

On retrouve une même intensité de l'expérimentation et de l'usage régulier au sein des générations et des cohortes d'expérimentateurs chez les individus qui disposent d'un niveau d'étude secondaire. Chez les individus qui ont un niveau de diplôme plus faible, la transformation de l'expérimentation en usage régulier s'avère plus importante que ne l'est l'expérimentation dans les générations. Au contraire, lorsque le niveau de diplôme est plus élevé que le niveau secondaire, l'usage régulier au sein des cohortes d'expérimentateurs est de moindre importance que ne l'est l'expérimentation dans les générations. Cela s'avère d'ailleurs être particulièrement le cas chez les femmes, notamment celles ayant un niveau de diplôme bac+4 et plus. Par conséquent, s'il apparaît évident qu'il existe une relation non négligeable entre la survenue de l'expérimentation et celle de l'usage régulier puisqu'elles évoluent généralement dans un même sens. La similarité qui apparaissait sans distinction du niveau de diplôme résulte cependant de l'agrégation de comportements distincts, qui révèlent une moindre tendance à l'acquisition d'usages plus importants chez les plus diplômés, comparativement à l'expérimentation qu'ils ont du tabac.

Par ailleurs, il est à noter des évolutions de l'intensité de la survenue de l'usage régulier qui se différencient en fonction du niveau de diplôme et du sexe, ce qui peut expliquer la convergence de l'intensité de l'usage régulier chez les deux sexes (graphique nº 102). Cette convergence s'expliquerait en effet par une baisse de l'usage régulier des hommes les plus diplômés, simultanément à une hausse de cet usage chez les femmes les moins diplômées.

**Graphique nº 102 : Proportion de fumeurs réguliers au sein des cohortes d'expérimentateurs (en %) selon le sexe et le niveau de diplôme**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

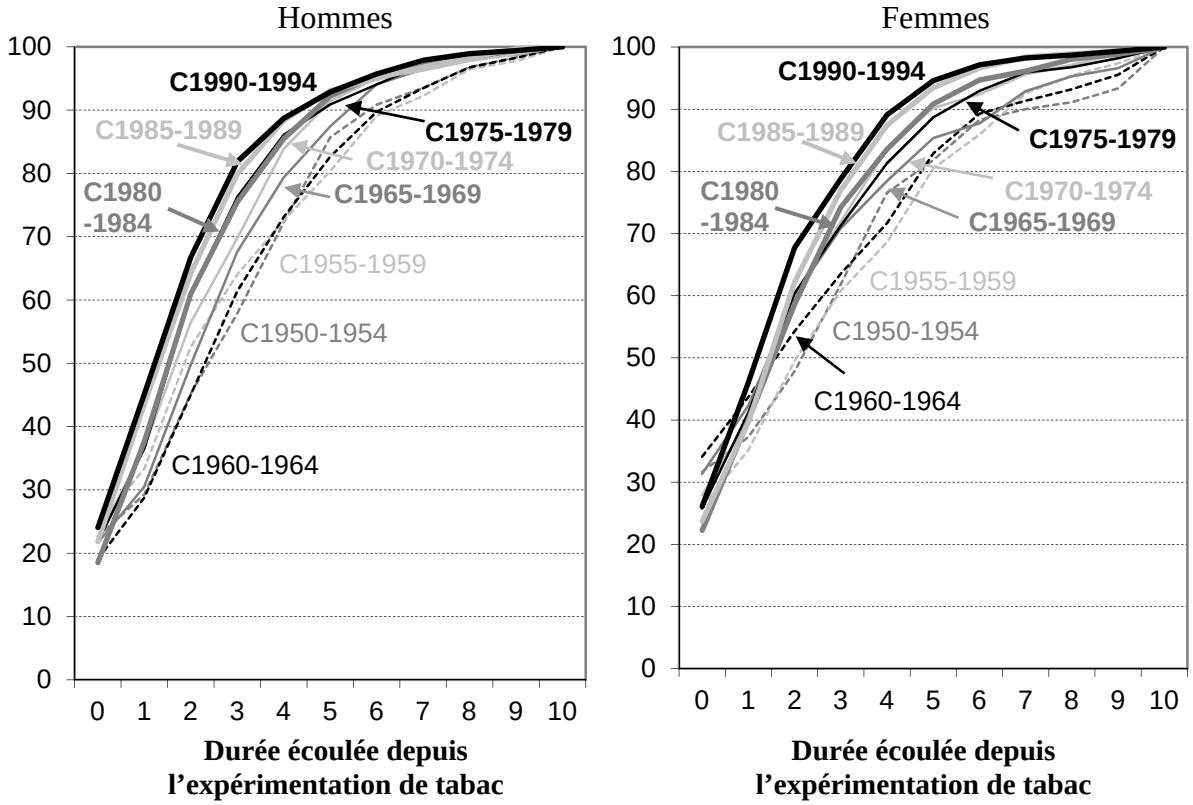
L'intensité de l'usage régulier tend à augmenter au fil des cohortes d'expérimentateurs chez les hommes sans diplôme ou avec un niveau primaire, passant de près de 80 % à 90 %, ainsi que chez les hommes ayant un niveau de diplôme secondaire. Toutefois, la part de ces niveaux de diplômes tend à se réduire, chez les générations les plus jeunes, au bénéfice des niveaux de diplôme au moins équivalent au baccalauréat (Caillot [2005]), niveaux de diplôme parmi lesquels l'usage régulier se fait plus rare dans les cohortes d'expérimentateurs les plus récentes. Cette baisse ne s'observe pas chez les femmes les plus diplômées, mais l'usage régulier ne varie presque pas au fil des cohortes d'expérimentatrices, alors que cet usage tend à augmenter pour les niveaux plus faibles, et ce, d'autant plus que le niveau de diplôme des expérimentatrices est faible.

## III – Une évolution différenciée d'un même raccourcissement de la survenue de l'usage régulier chez les expérimentateurs selon le sexe

Pour que puissent être rigoureusement étudiées les modifications du calendrier de la survenue de l'usage régulier parmi les cohortes d'expérimentateurs, il conviendrait d'attendre l'achèvement de cette possible modalité d'usage du tabac. Le calendrier pourrait être connu, soit lorsque l'ensemble des individus d'une génération a connu ce type de consommation, soit lorsque toute une génération est décédée, ce qui rend l'observation impossible au travers d'une enquête rétrospective. Nous ne pouvons donc réaliser ici qu'une analyse du « calendrier partiel ». Parmi les individus ayant été fumeur régulier au cours de leur vie, on constate, que dans l'ensemble des cohortes qu'il a été possible de constituer, au moins 90 % des hommes sont devenus fumeur régulier avant la 8ème année écoulée depuis l'expérimentation du tabac. Chez les femmes, le dernier décile de celles qui connaîtront l'usage régulier dans leur vie débutera cet usage après l0 années écoulées depuis la première cigarette. Nous avons donc décidé d'étudier la fréquence cumulée croissante de l'usage régulier des personnes ayant eu ce type d'usage avant la 11ème année écoulée depuis leur 1ère expérimentation du tabac (graphique nº 103). Hommes comme femmes ont connu un raccourcissement de l'entrée dans l'usage régulier depuis leur première consommation de tabac. Cela est particulièrement net chez les hommes qui ont, à chaque durée écoulée, des fréquences cumulées plus élevées pour les cohortes les plus récentes, comparativement aux cohortes plus anciennes, hormis quelques exceptions dès lors qu'on s'intéresse aux plus anciennes cohortes. En effet, on note par exemple que les cohortes 1960-1964 ont plus rapidement expérimenté que les cohortes 1950-

1954 avant 4 années depuis l'expérimentation, mais que cela s'inverse par la suite. Chez les femmes, on observe également un usage régulier plus rapide parmi les cohortes les plus récentes. Les cohortes les plus anciennes atteignent une plus importante part de fumeuses régulières avant le premier anniversaire de leur première consommation, mais par la suite, dès le premier, voire le deuxième anniversaire, on assiste à un rattrapage des cohortes les plus récentes.

**Graphique nº 103 : Fréquence cumulée croissante de l'usage régulier dans des cohortes d'expérimentateurs de tabac (en %) selon la durée écoulée et le sexe**

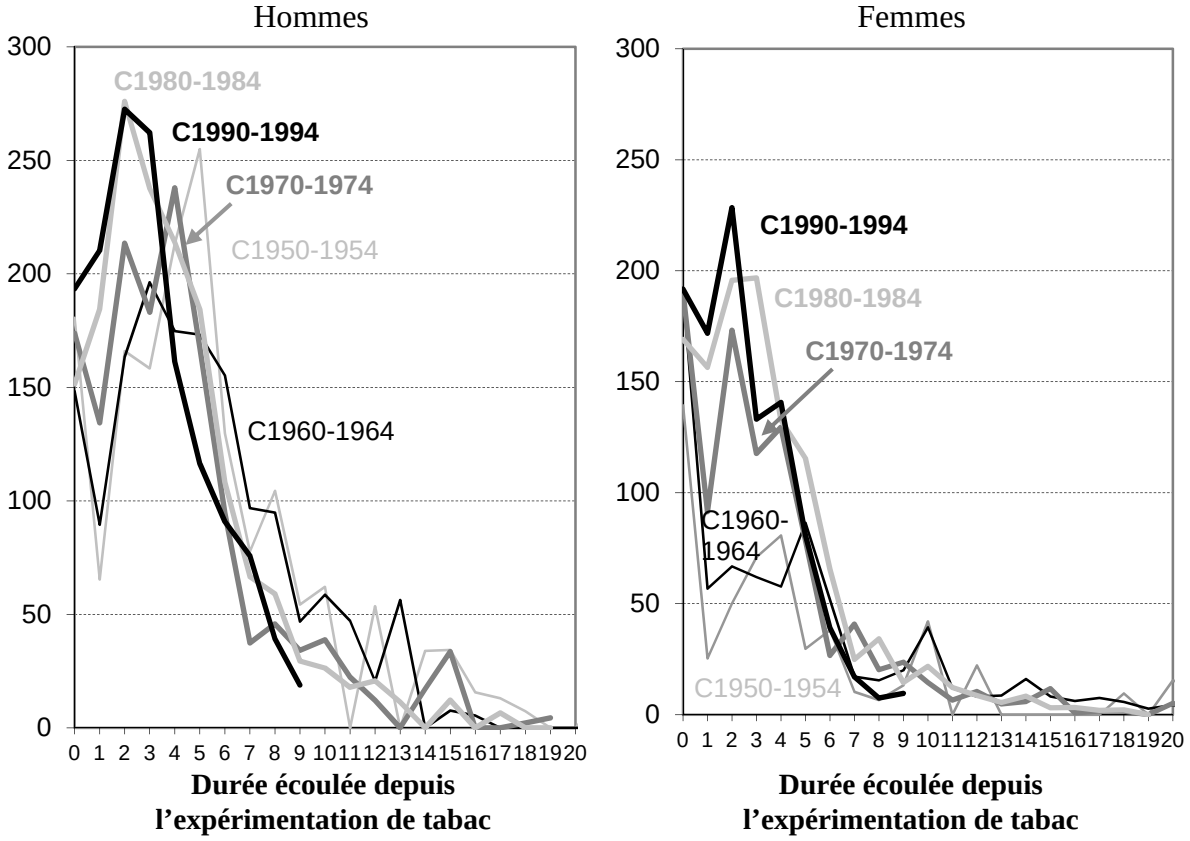



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Bien que légèrement différenciées, ces évolutions se trouvent effacées au travers de la mesure de la durée moyenne qui sépare la première cigarette de la consommation régulière. En effet, on constate, parmi ceux qui sont entrés dans l'usage régulier au plus tard au cours de la dixième année de consommation, une même baisse chez les hommes et les femmes. Les cohortes d'expérimentateurs 1950 à 1954 présentent une durée moyenne de 3,1 ans pour les hommes et 3 ans pour les femmes. Cette durée baisse à 2,1 ans pour les hommes contre 2 ans pour les femmes parmi les cohortes 1990-1994, soit une même baisse d'un an. Ce n'est que par l'entremise des quotients d'entrée dans l'usage régulier au sein des cohortes d'expérimentation, selon la durée écoulée depuis la première cigarette fumée, que l'on pourra

parvenir à distinguer plus précisément les évolutions rencontrées chez les hommes et les femmes (Graphique nº 104)[273]. Exception faite des cohortes 1960-1964, il s'observe, chez les hommes, une très faible évolution de la probabilité d'entrée dans l'usage régulier la plus importante au fil des cohortes. Ce en quoi les courbes se distinguent les unes des autres, c'est leur déplacement vers la gauche qui entraîne une translation de 4 à 2 ans de la durée à laquelle l'entrée dans l'usage régulier est la plus importante. Les quotients d'entrée aux durées plus faibles sont par ailleurs plus élevés chez les cohortes les plus récentes que chez les plus anciennes. Chez les femmes, on constate une tendance à la hausse de la probabilité d'entrer dans l'usage régulier à chaque durée, au fil des cohortes, pour ne connaître de nouveau une baisse que chez les cohortes constituées dans les années 1990. C'est donc par un subtil jeu d'évolution conjointe de l'intensité de l'usage régulier et de sa distribution au fil des durées que se retrouve un même raccourcissement de la durée moyenne séparant l'expérimentation d'une consommation régulière.

**Graphique nº 104 : Quotients d'entrée dans l'usage régulier (pour 1000) par cohorte d'expérimentation selon la durée écoulée depuis la première cigarette fumée et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

[273] Pour simplifier la lecture des évolutions, nous n'avons ici présenté qu'un groupe quinquennal de cohortes sur deux. Les autres sont présentés en annexe n° 27 p. 467.

Chez les cohortes d'expérimentatrices du tabac les plus anciennes, l'usage régulier s'établissait très largement la même année que l'expérimentation pour, par la suite, se faire très rapidement beaucoup moins important. Ainsi, au sein des cohortes 1960-1964, 191 expérimentatrices sur mille devenaient, la même année, fumeuses régulières, alors qu'elles ne sont plus que 57 ‰ des expérimentatrices restantes à le devenir au cours de l'année suivante. Cette probabilité se stabilise les 4 années suivantes et, après une légère hausse lors de la sixième année à 86 ‰, finit par devenir négligeable. On assiste alors simultanément à une élévation des niveaux de consommation régulière et à une réduction de la durée qui sépare cette consommation de l'expérimentation. La probabilité de devenir fumeuse régulière, qui apparaissait importante 5 ans après l'expérimentation dans les cohortes des années 1960, se déplace pour atteindre 2 ans dans les cohortes des années 1990. Si on observait cette simultanéité du raccourcissent du calendrier et d'une hausse de l'intensité à chaque durée chez les cohortes d'hommes les plus anciennes, c'est sans commune mesure avec ce qui s'observait encore chez les femmes des cohortes 1990-1994.

## §2 – L'arrêt de la consommation

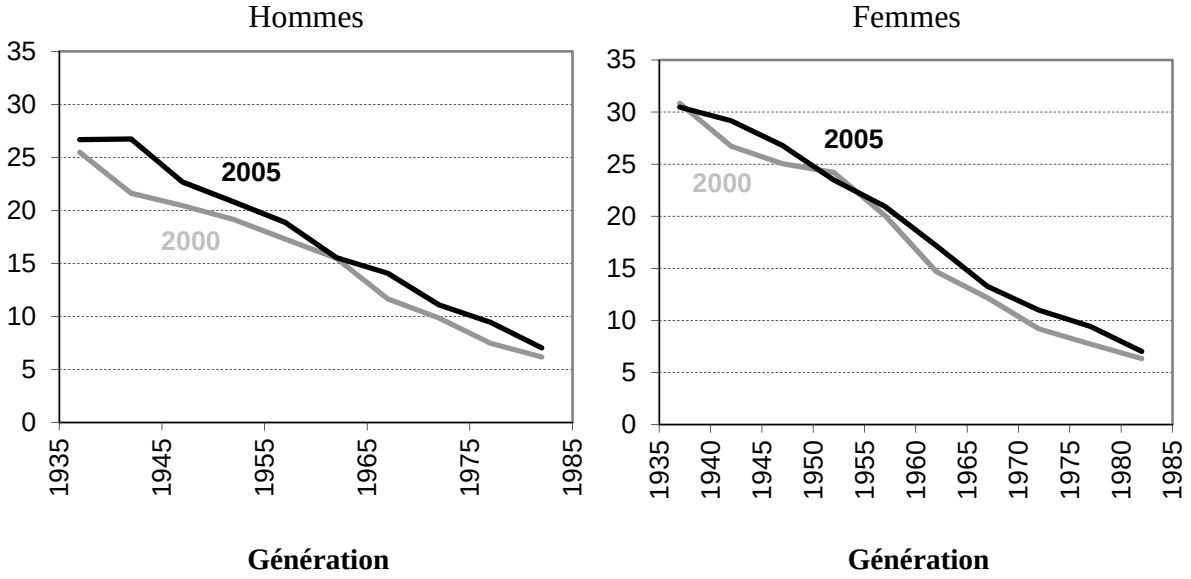
### I – Un arrêt pas toujours définitif qui en empêche la mesure

L'arrêt de la consommation de tabac est, au même titre d'ailleurs que l'usage régulier, un évènement renouvelable. Toutefois, nous pouvions étudier la survenue du premier usage régulier puisque nous disposions du type d'usage qu'avaient eu les anciens fumeurs, ainsi que de l'âge auquel avait débuté leur consommation régulière. On comprend que ne puisse être renseigné, lors d'une enquête, l'ensemble des arrêts qu'ont connu les fumeurs, ainsi que la date d'occurrence de ces arrêts. On dispose, lors des enquêtes baromètre santé 2000 et 2005, pour les fumeurs actuels, du nombre de tentatives d'arrêt et de la durée la plus importante de ces tentatives. Pour les anciens fumeurs, on connaît la durée depuis laquelle ils ne fument plus, sans connaître le rang de cet arrêt, et pourrait s'avérer par ailleurs n'être qu'une tentative. Il ne nous est en effet pas réellement possible de distinguer les arrêts effectifs des tentatives d'arrêt. Dès lors, s'il est possible d'étudier la survenue d'au moins une tentative, il n'est pas possible de connaitre la durée écoulée depuis l'expérimentation, ou l'usage régulier.

En effet, pour les fumeurs actuels nous ne disposons pas de cette information. Il est regrettable que nous ne puissions, pour les anciens fumeurs, connaître le rang de la tentative actuelle. Dans le cas contraire, il nous serait possible de calculer des probabilités de sortie selon le rang de la tentative, qu'elle soit encore ou non en cours au moment de l'enquête. Par ailleurs, nous pourrions savoir si les anciens fumeurs déclarent plus ou moins de tentatives, ce qui peut probablement être un facteur discriminant de l'effectivité de l'arrêt.

Par conséquent, avant d'étudier l'arrêt du tabac, il convient de décider préalablement quel type d'arrêt du tabac sera effectivement analysé. En premier lieu, nous voulions vérifier que les personnes se déclarant anciens fumeurs au moment de l'enquête ne présentent pas des arrêts qui pourraient se traduire, par la suite, par une reprise des consommations. Nous avons donc confronté les durées moyennes d'arrêt de la consommation de tabac chez ceux qui se déclaraient non-fumeurs lors des enquêtes 2000 et 2005 par génération. Pour cela, nous avons pris le soin d'exclure, en 2005, les personnes qui déclaraient avoir arrêté depuis moins de 5 ans, car ils ne pouvaient donc pas être anciens fumeurs en 2000 sous l'hypothèse que les déclarations d'anciens fumeurs soient des arrêts définitifs. Ainsi, si les arrêts sont définitifs il devrait s'observer, au sein d'une même génération, une durée moyenne de l'arrêt en 2000 de 5 ans moins importante que celle observée en 2005. Pour faciliter l'observation, nous avons donc ajouté 5 années aux durées moyennes d'arrêt observées en 2000 afin d'obtenir la durée moyenne que l'on devrait observer en 2005 si les arrêts du tabac étaient définitifs. Ainsi, les deux courbes qui en découlent devraient se superposer, ce qui s'avère ne pas être le cas (graphique nº 105). On constate en effet que les durées moyennes observées en 2000 restent, malgré la correction effectuée de cinq années, inférieures à celles observées en 2005. Par conséquent, il peut en être déduit, qu'en moyenne, ceux qui n'ont pas repris leurs consommations de tabac entre 2000 et 2005 sont ceux qui, en 2000, présentaient une durée d'arrêt plus élevée que ceux ayant repris leurs consommations par la suite. Notons par ailleurs que le différentiel constaté est moins important chez les femmes que les hommes, ce qui signifierait que les arrêts seraient chez les femmes plus souvent définitifs, une fois une durée d'abstinence écoulée moins importante que chez les hommes.

**Graphique nº 105 : Durée moyenne de l'arrêt du tabac en années des personnes se déclarant anciens fumeurs en 2000[274] et 2005[275] selon le sexe et la génération**



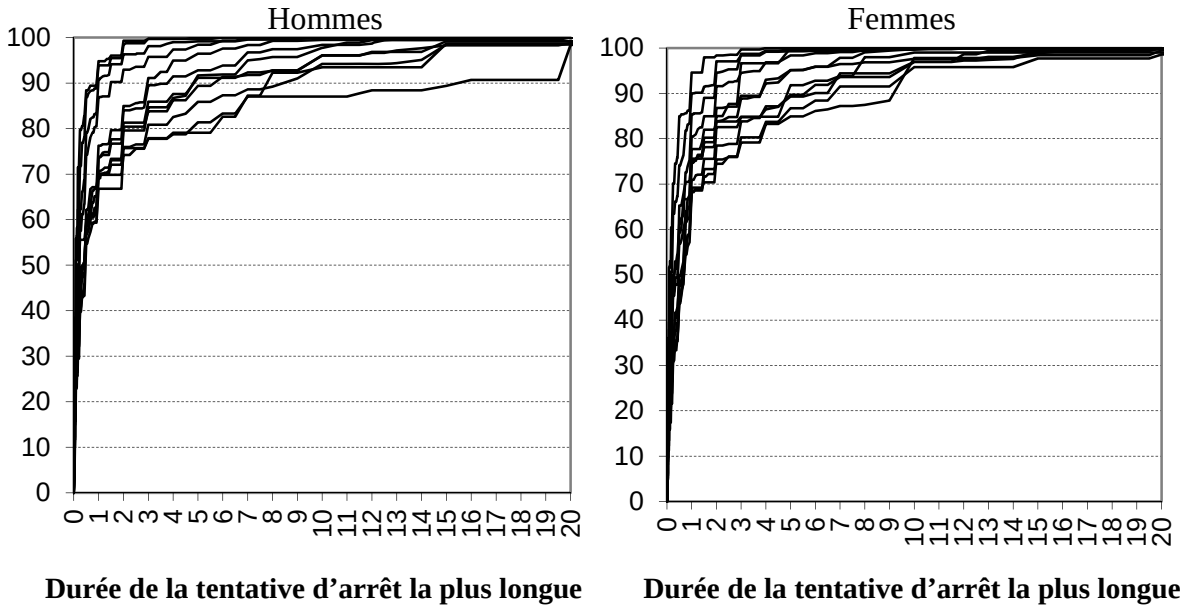

Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

Afin de décider des caractéristiques d'arrêt qui pourraient être assimilées à des arrêts effectifs, nous avons menés plusieurs travaux exploratoires prenant en compte la part des fumeurs déclarants avoir déjà essayé d'arrêter, le nombre de tentatives effectuées ainsi que des croisements sur ces deux variables en les confrontant aux données 2000. Malheureusement, aucune des réalisations ne nous est apparue satisfaisante, en raison très certainement, du fait que ces informations mélangent une grande diversité de comportements. Il s'agit en effet de tous les arrêts d'au moins une semaine, ce qui peut paraître trop peu distinctif, et entraîne une grande variabilité du nombre d'arrêts (entre une tentative et près d'une centaine). C'est alors au travers de comparaisons entre durées d'arrêt des personnes se déclarant anciens fumeurs et durée la plus importante des fumeurs actuels que nous avons orienté nos recherches d'un caractère discriminant. Cela nous restreignant de fait à distinguer les arrêts définitifs des tentatives d'arrêt, pas encore échouées au moment de l'enquête, au travers des durées de ces arrêts. Si cette différentiation ne peut donc avoir qu'un caractère arbitraire, nous présentons à présent les éléments sur lesquels nous nous sommes appuyés pour effectuer ce choix. Le premier concerne la part cumulée croissante des fumeurs actuels ayant déjà tenté d'arrêter selon la durée de tentative la plus longue par groupes quinquennaux de générations (graphique nº 106). On peut ainsi constater que parmi les fumeurs actuels, et

[274] S'ils avaient été enquêtés en 2005 et l'arrêt encore d'actualité.
[275] Ayant arrêté de fumer depuis au moins 5 ans.

dans les générations pour lesquelles la distribution par durée est la plus étalée (les générations les plus anciennes), ce n'est qu'après 15 ans d'arrêt que se situe le dernier décile.

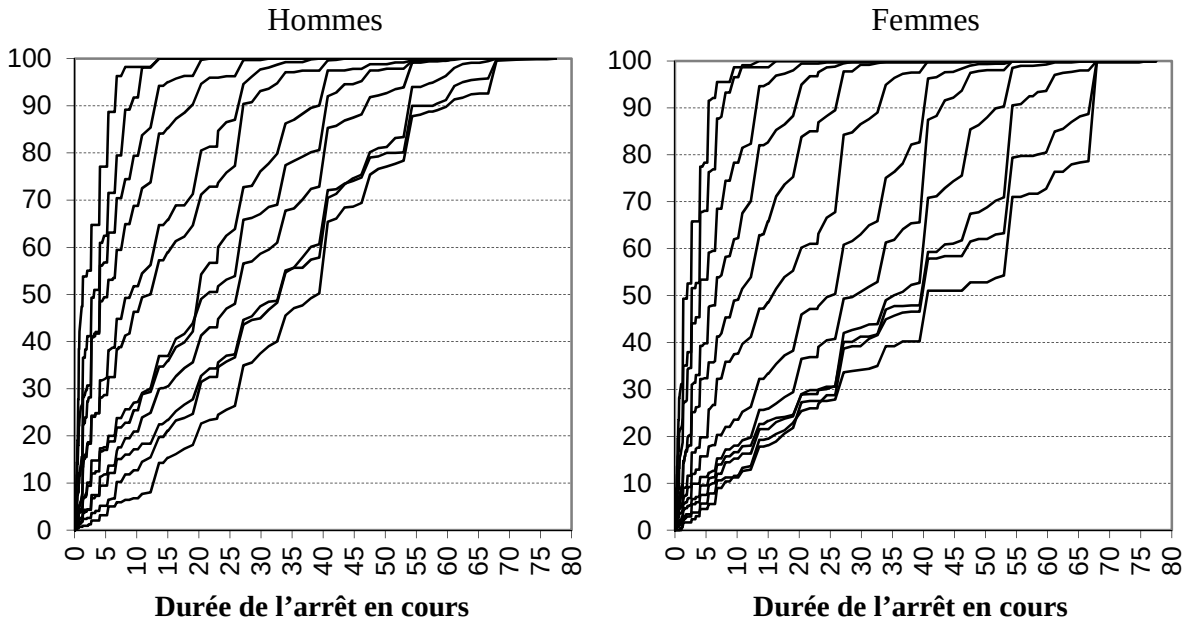
**Graphique nº 106 : Fréquence cumulée croissante des fumeurs actuels ayant déjà tenté d'arrêter (en %) selon la durée de la tentative la plus longue et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

On pourrait donc être tenté de ne considérer comme arrêt définitif que les anciens fumeurs qui déclarent avoir arrêté de consommer depuis au moins 15 ans. Cette décision pourrait toutefois s'avérer être trop restrictive, et ce, d'autant plus que chez les générations qui présentent une telle répartition selon les durées de l'arrêt s'observe un particularisme certain. Toutefois, c'est par l'entremise de la fréquence cumulée croissante des anciens fumeurs, selon la durée de leur arrêt, que nous pourrons en décider de manière plus satisfaisante (graphique nº 107). En effet, s'il apparaissait qu'aucun des anciens fumeurs n'a arrêté depuis moins de 15 ans alors ce critère de sélection n'aurait que peu d'impact. Cependant, dans une telle situation, nous n'aurions certainement pas eu non plus à décider d'un critère d'arrêt. Il apparaît alors que ce critère est sans surprise trop contraignant. En effet, en considérant que seuls les arrêts de plus de 15 ans sont effectifs, il en résulte qu'aucun des arrêts des générations 1980 et suivantes ne sera définitif.

**Graphique nº 107 : Fréquence cumulée croissante des anciens fumeurs (en %) selon la durée de l'arrêt selon le sexe**



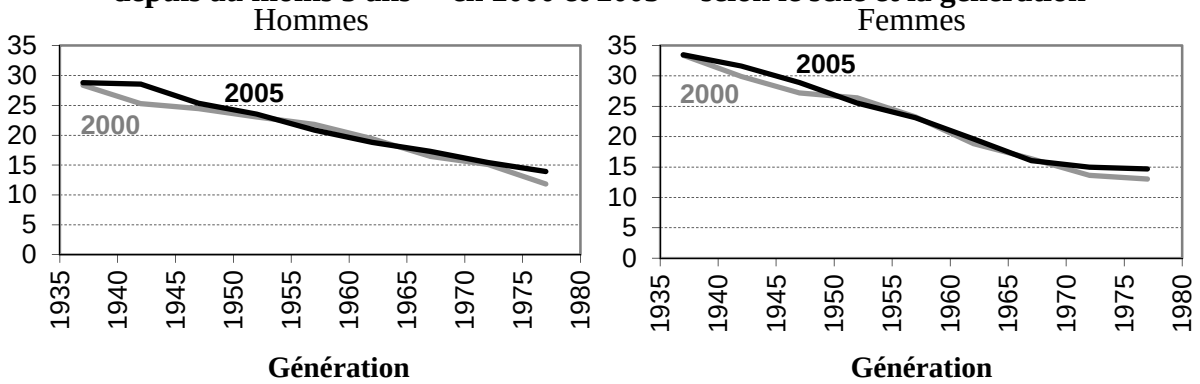

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Partant du principe que l'on ne peut pas considérer que l'ensemble des arrêts des anciens fumeurs, au moment de l'observation, soit en fait des tentatives qui seront avortées par la suite, du fait que certains n'ont eu qu'un usage occasionnel, deux alternatives s'offrent à nous. Soit on exclut, parmi les fumeurs actuels, les distributions selon la durée des tentatives d'arrêt qui nous apparaissent comme étant les plus insolites. Soit on baisse la proportion d'individus qui doit avoir arrêté pendant une certaine durée, chez les anciens fumeurs, pour apparaître comme justifiant, qu'au-delà de cette durée, les arrêts sont considérés comme définitifs. La première des solutions est peu intéressante. D'une part, car elle est particulièrement subjective et d'autre part, car selon cette alternative, nous n'exclurions qu'un groupe de générations. Le critère d'arrêt serait alors rapporté aux environs de 9 années d'abstinence. Cela ne permettrait de considérer les anciens fumeurs au moment de l'enquête comme anciens fumeurs définitifs qu'à hauteur de 2 % chez les plus jeunes hommes. La seconde alternative nous apparaît alors plus sensée. On note que 80 % des hommes ayant tenté d'arrêter de fumer sans y parvenir ont connu une durée d'arrêt la plus importante inférieure à 4,7 ans chez les hommes des générations pour lesquelles les périodes d'arrêt sont pourtant les plus élevées. En ce qui concerne les femmes cette durée et de 3,8 ans. Afin de disposer d'un critère commun de distinction des arrêts définitifs entre hommes et femmes, on statuera à 5 ans la durée minimum d'arrêt chez les anciens fumeurs pour considérer que les

individus ne consommeront plus par la suite. C'est au moins 81,4 % d'une génération d'hommes qui n'ont pas atteint une telle durée d'arrêt lors de ces tentatives, et 86,4 % d'une génération de femmes. S'agissant des individus qui se déclarent anciens fumeurs, c'est 20 % des générations les plus jeunes qui sont considérés comme anciens fumeurs définitifs et près de 95 % des générations les plus anciennes.

Enfin, afin de valider notre arbitrage nous nous sommes assuré que décider d'un tel critère de sélection améliorait effectivement la qualification des anciens fumeurs comme étant des arrêts effectifs. Pour ce faire, nous avons, de manière similaire à ce qui avait été fait pour s'assurer que ne pouvaient être défini comme arrêt effectif l'ensemble des arrêts des individus qui se déclaraient anciens fumeurs, confronté, au sein des différentes générations, les durées moyennes d'arrêt des individus observés en 2000 dont l'arrêt était d'au moins 5 ans à ceux observés en 2005 qui devraient avoir une durée d'abstinence d'au moins 10 ans. Une fois encore, afin de simplifier la lecture des graphiques nous avons ajouté 5 années aux durées obtenues en 2000, puisque si elles sont définitives elles seront en 2005 de 5 ans plus élevées (graphique nº 108). S'il n'apparaît pas de parfaite similitude entre les deux courbes, on constate néanmoins une nette amélioration, comparativement à ce qui s'observait en considérant simplement que toutes déclarations par les individus de leur statut tabagique en tant qu'ancien fumeur impliquait un arrêt effectif. On notera cependant, en ce qui concerne les générations les plus anciennes, qu'il apparaît des différences relativement importantes. Elles pourraient s'expliquer du fait que la durée de l'arrêt n'est pas le seul élément explicatif de la réussite de la tentative, mais également de mortalité différentielle dont ceux qui ont arrêté depuis plus longtemps souffrent moins, se retrouvant par conséquent plus représenté en 2005 qu'en 2000.

**Graphique nº 108 : Durée moyenne de l'arrêt du tabac en années des anciens fumeurs depuis au moins 5 ans[276] en 2000 et 2005[277] selon le sexe et la génération**




Sources : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

[276] S'ils avaient été enquêtés en 2005 et l'arrêt encore d'actualité.
[277] Ayant donc arrêté depuis au moins 10 ans.

Dès lors, lorsque nous étudierons par la suite les arrêts du tabac, nous ne considèrerons comme tels que les arrêts qui datent de plus de cinq ans sans le préciser à chaque fois. Nous préciserons au contraire qu'il s'agit d'« arrêt toutes durées confondues » lorsque cela sera le cas.

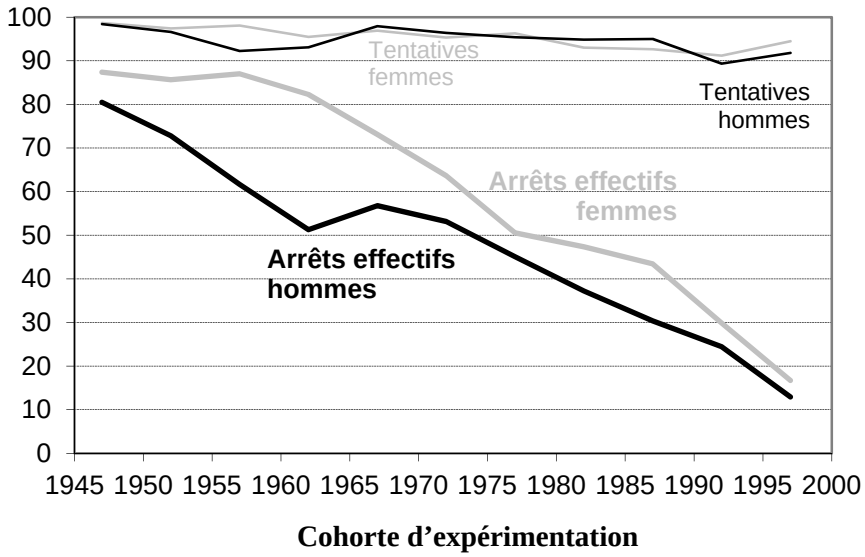
## II – L'arrêt de l'usage occasionnel ou la cessation d'un état transitoire

Étudier la survenue de l'arrêt de l'usage occasionnel devrait *a priori* s'effectuer au sein de cohortes d'individus ayant débuté leur usage occasionnel au cours d'une même période. Cependant, l'usage occasionnel est en fait défini comme un usage qui ne se soit pas limité à une seule consommation, mais qui pour autant n'est pas non plus devenu un usage quotidien pendant une période d'au moins six mois. Par conséquent, il n'existe pas de caractéristique d'usage qui permette de clairement définir cet usage, celui-ci existant plus en cela qu'il se différencie des autres usages qu'il ne se caractérise distinctement. Par conséquent, il n'est pas possible de regrouper les usagers occasionnels au sein de cohortes homogènes. Nous n'avons donc d'autre choix que d'analyser la cessation de l'usage occasionnel au sein de cohortes d'expérimentateurs, puisque l'expérimentation fait alors figure d'évènement nécessairement et immédiatement antérieur. C'est néanmoins bien l'« intensité » de l'arrêt de l'usage occasionnel qui sera étudié, en ce sens qu'on s'intéressera à l'arrêt de l'usage occasionnel parmi les usagers d'une même cohorte d'expérimentateurs, et non de l'arrêt parmi les expérimentateurs d'une même génération. Ainsi, l'évolution de l'arrêt ne pourra pas être le fait d'une évolution de l'usage occasionnel au sein des cohortes d'expérimentateurs. Enfin, on qualifiera d'usagers occasionnels, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé *« occasionnellement (ou quotidiennement, mais moins de 6 mois) »* ou qui *« [fument] ne serait-ce que de temps en temps »*, mais répondent par la négative à la question *« fumez-vous tous les jours ? »*.

Si la quasi-totalité des usagers occasionnels a tenté d'arrêter sa consommation de tabac, 95 % des usagers ont fait au moins une tentative toutes durées confondues, la proportion de ceux qui ont effectivement arrêté est bien moindre puisqu'ils ne sont chez les hommes plus que 42 % et 55 % chez les femmes. Le différentiel qu'il existe entre la part de ceux qui ont tenté d'arrêter et la part de ceux qui l'ont effectivement fait est d'ailleurs d'autant plus accru que l'arrêt concerne des cohortes récentes d'expérimentateurs (graphique nº 109). Deux éléments pourraient expliquer cette différence, le nombre de tentatives et la

durée des tentatives. Les cohortes d'expérimentateurs les plus anciennes ont bénéficié de plus de temps pour faire plus de tentatives et donc tenter de parvenir à définitivement cesser l'arrêt. Les tests effectués sur cette variable n'apportent rien de concluant, et ce, très certainement en raison du fait que la période d'une semaine est trop courte pour distinguer efficacement les usagers. C'est alors l'éventualité de l'impact de la durée de la tentative qui pourrait expliquer une telle différence. Plus la durée de l'arrêt est importante, plus la probabilité de rechuter est faible, toutefois les données ne permettent pas d'en être certain.

**Graphique nº 109 : Part des fumeurs occasionnels ayant tenté d'arrêter de fumer et de ceux qui ont effectivement cessé leurs consommations (en %) selon le sexe et la cohorte**

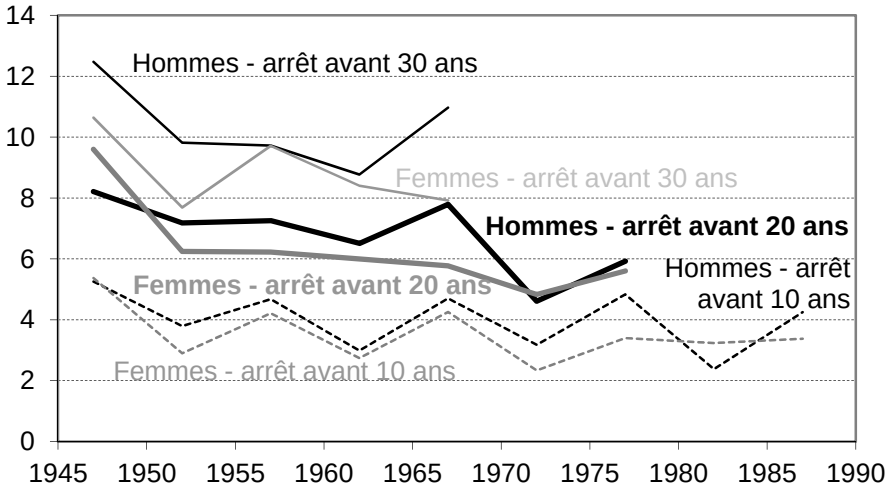



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Sans savoir si les différences constatées entre tentatives et réussites tiennent du nombre de tentatives d'arrêt ou de leur durée, il n'en reste pas moins que les femmes réussissent plus que les hommes leurs tentatives. Un autre élément que nous n'avons pas abordé, mais qui pourrait participer aux différences constatées, est la durée qui sépare l'entrée dans l'expérimentation de l'arrêt des consommations. Nous ne pouvons pas procéder à l'analyse de cette durée en ce qui concerne la première tentative et ne pourrons donc que nous prononcer sur celle qui sépare l'expérimentation de l'arrêt effectif. Puisque les différentes cohortes d'expérimentateurs n'ont pas bénéficié de la même période de temps au cours de laquelle ils étaient susceptibles de cesser leur consommation, nous n'avons d'autre solution que d'étudier ce que nous avions nommé le « calendrier partiel » de l'arrêt des consommations, à savoir, la distribution selon la durée de la consommation de l'arrêt de

l'usage occasionnel parmi les individus ayant cessé avant une durée donnée. La durée moyenne de consommation avant l'arrêt au sein de chacune des sous-populations caractérisées par un arrêt antérieur à 10, 20 et 30 ans de consommation, permet d'avoir une première indication de l'évolution du phénomène (graphique nº 110). Malgré les variations aléatoires qu'entraîne la faiblesse des effectifs, il apparaît une baisse tendancielle de la durée moyenne des consommations occasionnelles avant l'arrêt de celles-ci, signifiant, qu'en moyenne, l'arrêt se fait chez les fumeurs occasionnels de plus en plus tôt après leurs expérimentations.

**Graphique nº 110 : Durée moyenne de consommation occasionnelle du tabac avant l'arrêt chez les personnes ayant cessé leurs consommations avant 10, 20 et 30 ans selon la cohorte d'expérimentation et le sexe**



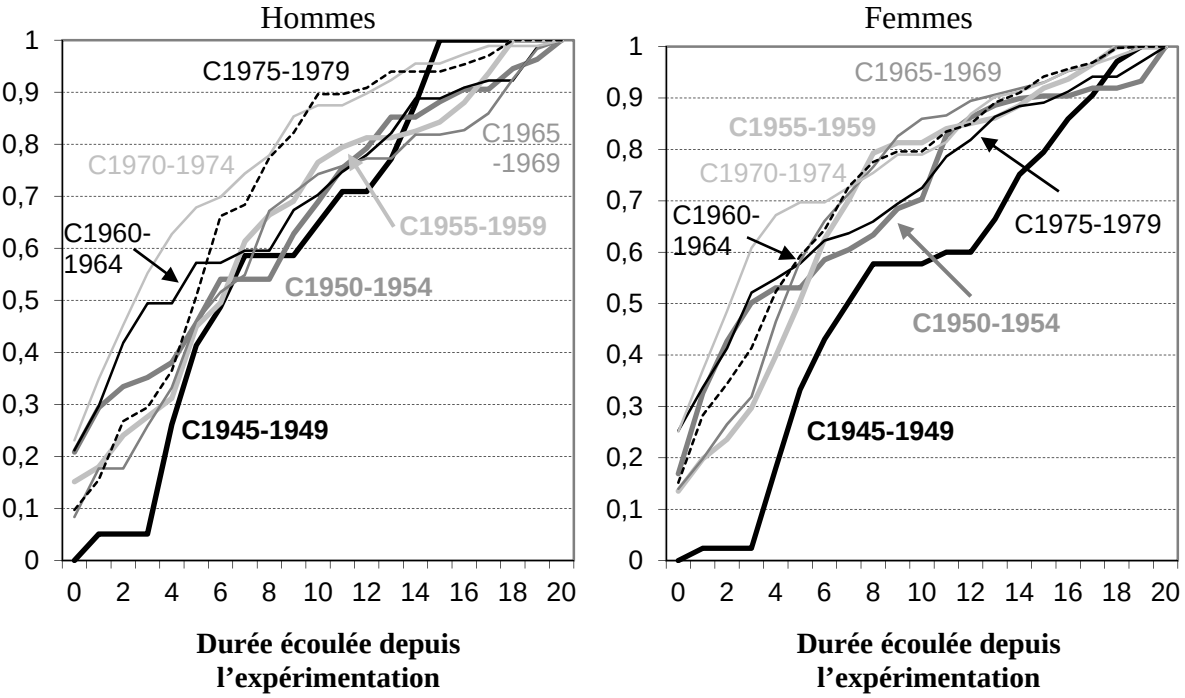

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Afin de comprendre comment s'est effectué ce raccourcissement de la durée de la consommation occasionnelle, nous pouvons avoir recours à la part cumulée croissante des fumeurs occasionnels à avoir cessé leur consommation, au fil des durées, pour chacun des groupes quinquennaux de cohortes d'expérimentateurs, et selon que leur arrêt du tabac ait eu lieu avant 10, 20, ou 30 ans. Nous ne présenterons ici à titre d'exemple cette fréquence cumulée croissante que pour ceux dont l'arrêt a eu lieu avant 20 années de consommation occasionnelle du tabac[278] (graphique nº 111). On peut alors rapidement constater que cette accélération de la survenue de l'arrêt des consommations occasionnel ne tient pas d'un

[278] Ces mêmes graphiques pour les fumeurs occasionnels ayant arrêté avant 10 et 30 années de consommation sont présents en annexes n° 28 et n° 29 p. 468.

processus continu, qui se traduirait par une part plus importante des arrêts aux durées les plus coutres chez les cohortes les plus récentes, mais tiens plus d'évolutions spécifiques à chacun de groupes de cohortes qui peuvent difficilement être interprétable.

**Graphique nº 111 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessé leurs consommations avant 20 ans au fil des durées selon le sexe**



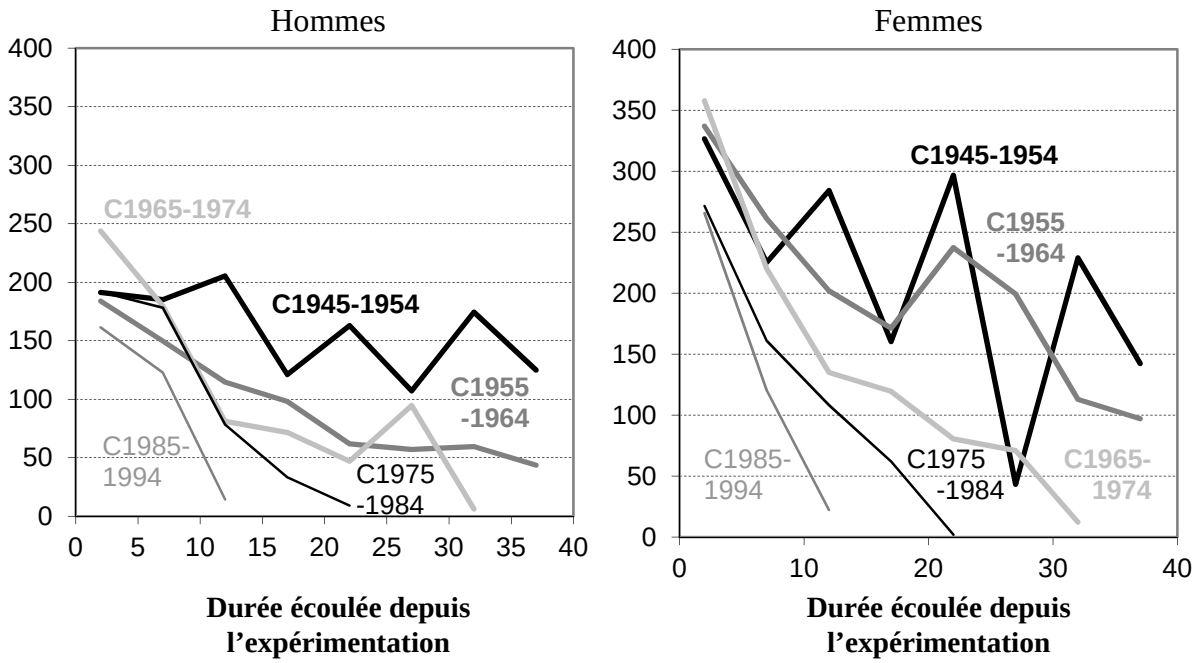

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Ces évolutions erratiques tiennent probablement du fait que le regroupement des fumeurs se situant entre l'unique expérimentation et la consommation régulière, sous le terme de fumeur occasionnel, rassemble une population particulièrement hétérogène qui, par conséquent, se différencie dans ces arrêts selon l'importance que représentent les différents comportements d'usage qui peuvent se retrouver sous une même dénomination.

Dès lors, afin de pouvoir avoir connaissance des durées de consommations auxquelles ont le plus lieu les cessations d'usage occasionnel du tabac, nous avons été contraints d'effectuer des regroupements décennaux de cohortes d'expérimentateurs et quinquennaux des durées écoulées depuis l'expérimentation. Des regroupements aussi importants ont mécaniquement tendance à lisser les évolutions, et ce, au risque d'en cacher certaines autres. C'est pourquoi nous y avions eu le moins possible recours. Toutefois, en raison du caractère polymorphe qu'il semble apparaître de l'usage occasionnel, nous n'avons malheureusement pas eu d'autre choix pour effectuer les quotients d'arrêt de ces consommations selon la durée

écoulée depuis l'expérimentation (graphique nº 112). Malgré cela, on constate, pour les cohortes les plus anciennes, des variations encore importantes.

**Graphique nº 112 : Quotients d'arrêt des consommations occasionnelles (pour 1000) selon la durée écoulée depuis l'expérimentation selon le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Seules les grandes tendances peuvent ici être présentées sans trop d'incertitude. L'arrêt des consommations occasionnelles se produit, quel que soit le sexe, le plus fréquemment au cours des cinq premières années écoulées depuis l'expérimentation ; ceux-ci se raréfient par la suite. La décroissance des probabilités d'arrêt ne doit pas ici être interprétée comme une stabilisation dans ce type d'usage occasionnel après certaines durées, mais présente, une fois encore, le caractère intermédiaire de ce type d'usage. En effet, si les individus ont eu un usage régulier au cours de leur vie, ils sont comptabilisés dans les expérimentateurs qui constituent les cohortes au sein desquels sont calculés ces quotients. Ils ne sont cependant pas comptabilisés dans ceux qui auraient arrêté cet usage, même s'il y avait eu arrêt de l'usage occasionnel avant une reprise qui se soit ultérieurement transformée en usage régulier. Mesurer l'arrêt de l'usage occasionnel de tabac ne représente que l'une des modalités de sorties de cette sous-population. Une autre serait le passage de l'usage occasionnel à l'usage régulier ; mesure impossible à effectuer puisque l'usage occasionnel n'est caractérisé par aucun évènement entrée qui se distingue de l'expérimentation. Toutefois on peut clairement voir dans la décroissance des probabilités d'arrêt au fil des durées de consommation l'effet

d'un tel mode de sortie. Ainsi, les usagers occasionnels, étant par la suite devenue en partie usagers réguliers, ne peuvent pas par la suite, même en cas d'arrêt, faire partie des arrêts de fumeurs occasionnels.

L'étude de la cessation de la consommation du tabac chez les fumeurs occasionnels s'est vue largement restreinte par la définition même de cette sous-population. Elle illustre toutefois ici bien la nécessité de disposer de sous-populations définies selon les méthodes de l'analyse démographique ; cas auquel les mesures effectuées ne peuvent que souffrir de l'hétérogénéité des sous-populations. Indirectement, elle souligne également la nécessité de distinguer les arrêts selon le type de fumeurs dont il est question et de ne pas entreprendre l'arrêt du tabagisme directement au sein des générations dans la mesure où, selon l'importance que représenteraient ces fumeurs occasionnels, les résultats pourraient être par eux biaisés.

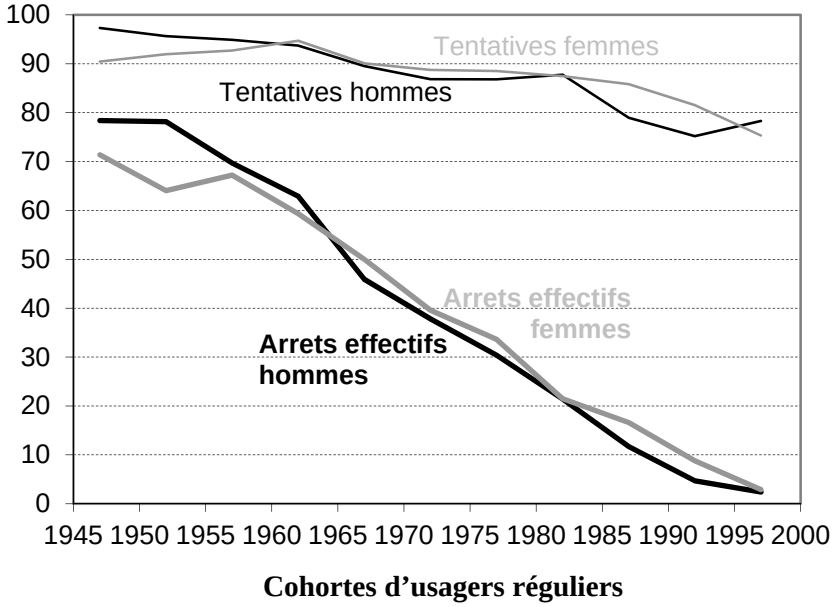
## III – L'arrêt de la consommation des fumeurs réguliers

Contrairement à l'usage occasionnel, l'usage régulier a pu être défini par lui-même et non en cela qu'il se distinguait d'autres usages. Dès lors, nous avons pu constituer des cohortes d'usagers réguliers à partir de leur déclaration de l'âge auquel ils ont initié un usage régulier. Il convient toutefois d'apporter quelques précisions. Lors de l'enquête il est demandé aux individus *« À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement »*. Toutefois, les individus qui peuvent répondre à cette question ne sont pas les seuls individus à déclarer fumer quotidiennement actuellement ou quotidiennement pendant au moins 6 mois par le passé, mais l'ensemble de ceux qui déclarent fumer ou avoir fumé en moyenne une fois par jour. Les sous-populations sont distinctes puisqu'un individu qui fumerait par exemple un paquet de cigarettes les week-ends serait susceptible de déclarer l'âge auquel il a fumé régulièrement, alors qu'il n'est pas identifié comme fumeur régulier. Notons donc qu'ici les cohortes de fumeurs réguliers ont été constituées à partir des seuls individus qui pouvaient, comme nous l'avons précis plus avant, intégrer la population des fumeurs réguliers. C'est ensuite au sein de ces cohortes qu'ont été prises les mesures de l'arrêt que l'on a qualifié d'effectif lorsqu'il date de plus de 5 ans.

Si le fait d'avoir tenté au moins une fois d'arrêter de fumer est, chez les fumeurs réguliers, moins souvent le cas que chez les fumeurs occasionnels, cela reste relativement souvent le cas puisque 86 % d'entre eux ont déjà fait une tentative. Ces tentatives sont plus le

fait des cohortes de fumeurs réguliers les plus anciennes, mais sont néanmoins également très répandues chez les plus jeunes (graphique nº 113). Le différentiel qu'il existe entre les cohortes les plus récentes et les plus anciennes est cependant nettement moins marqué s'agissant de la première tentative qu'en ce qui concerne les arrêts effectifs. Notons enfin que face au tabagisme quotidien, les fumeuses ne disposent pas d'avantage en ce qui concerne l'intensité des arrêts effectifs, contrairement à ce qui s'observe chez les fumeurs occasionnels.

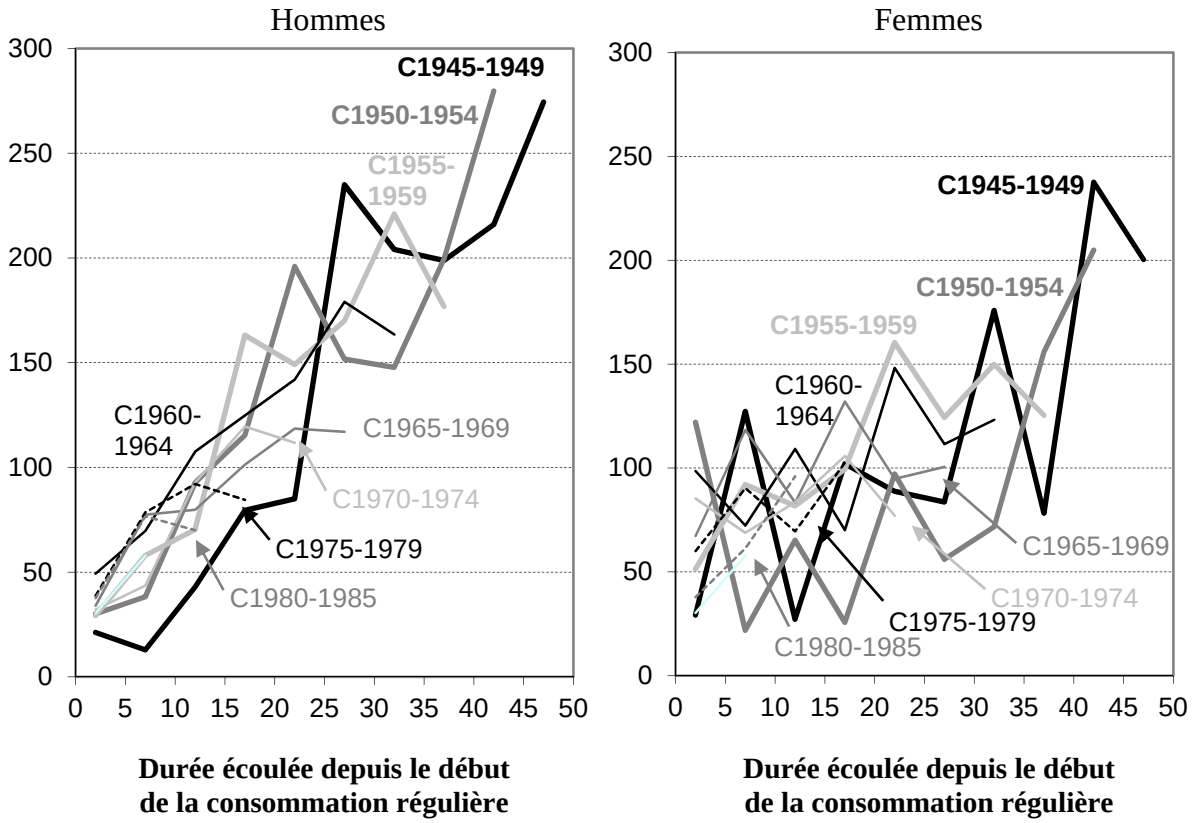
**Graphique nº 113 : Part des fumeurs réguliers ayant tenté d'arrêter de fumer et de ceux qui ont effectivement cessé leurs consommations (en %) selon le sexe et la cohorte**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

L'intensité plus importante des arrêts effectifs dans les cohortes d'usagers réguliers tient en partie au fait que la probabilité d'arrêter ne cesse d'augmenter avec la durée de cette consommation régulière (graphique nº 114). Cette hausse apparaît plus nettement chez les hommes du fait d'un moindre aléa, qui s'explique tout simplement par une part plus élevée des usagers réguliers que chez les femmes. Il faudrait alors effectuer un regroupement par durée écoulée depuis le début de l'usage régulier plus important que celui réalisé, à savoir un regroupement quinquennal.

**Graphique nº 114 : Quotients d'arrêt des consommations régulières (pour 1000) selon la durée écoulée depuis le début de cette consommation selon le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Ce choix d'un moindre regroupement nous permet toutefois de distinguer, chez les hommes, au-delà d'une tendance à la hausse de la probabilité d'arrêt de l'usage régulier au fil des durées, une évolution conjoncturelle qui n'apparaîtrait pas dans le cas contraire. On constate en effet, pour l'ensemble des cohortes, un pic intermédiaire, s'observant particulièrement chez les cohortes les plus anciennes. Celui-ci s'observe entre 25 et 30 ans dans les cohortes 1945-1949, entre 20 et 25 ans parmi les cohortes 1950-1954, et entre 15 et 20 ans pour les cohortes 1955-1959. Ce pic résulte en fait d'une hausse importante des arrêts, comparativement aux durées qui le précèdent, suivi par la suite d'une légère baisse. Si on considère que le pic correspond à la cohorte se situant au milieu des cinq qui constituent le groupe quinquennal, et qu'il en est de même s'agissant des durées de consommation, ce pic correspondrait à l'année 1974. Cette hypothèse moyenne étant quelque peu simpliste il peut y être vu là les conséquences de la loi Veil qui, si on avait vu qu'elle n'avait certainement eu qu'un faible impact en matière d'expérimentation, semble avoir marqué l'ensemble des cohortes de fumeurs réguliers. En effet, elle aurait accéléré la survenue des arrêts plus qu'elle

n'aurait augmenté durablement ces arrêts. On pourrait être tenté de voir, dans la décroissance des quotients d'arrêt des consommations aux durées maximales, un même effet de la Loi Évin, il convient toutefois d'attendre des enquêtes ultérieures pour s'en assurer.

## ***<u>Section 2</u> – Parcours cannabique et alcoolique : observations empiriques et quelques possibles entreprises théoriques***

Contrairement à ce qu'il en est pour le tabac, la typologie établie empiriquement à partir des données disponibles dans les enquêtes en population générale ne permet pas de distinguer les parcours d'usage du cannabis. Il existe, au même titre que le tabac, une possible identification de l'usage quotidien du cannabis, mais il s'en différencie notamment en cela qu'il est établi à partir des déclarations du nombre de joints consommés en moyenne par jour. Il n'est pas demandé aux enquêtés, comme pour le tabac, s'ils sont fumeurs quotidiens. Toutefois, ce qui entrave réellement l'analyse des parcours d'usage, c'est qu'il pas n'est collecté d'autres dates de réalisation d'évènements que celle de l'expérimentation. Par conséquent, on ne peut connaître que la part des individus qui ont un usage quotidien du cannabis à un instant donné, sans qu'il soit possible d'étudier l'intensité de la survenue de ce type d'usage au sein des expérimentateurs. Les usagers de cannabis ne peuvent donc être différenciés que par la période au cours de laquelle ils ont consommé, et la durée depuis laquelle aucune consommation n'a eu lieu[279]. C'est donc éventuellement par le passage d'un statut cannabique à un autre que pourraient être reconstitués des parcours d'usage (tableau nº 15).

**Tableau nº 15 : Confrontations possibles des statuts cannabiques entre 2000 et 2005[280]**

<table>
<tr><th>2000</th><th colspan="4">2005</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Abstinent</td><td colspan="4">Abstinent</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Expérimentateur</td><td rowspan="3">Consommateur au cours des 12 derniers mois</td><td rowspan="2">Consommateur au cours des 30 derniers jours</td><td>Consommateur au cours des 7 derniers jours</td></tr>
<tr><td>N'a pas consommé dans les 7 derniers jours</td></tr>
<tr><td colspan="2">N'a pas consommé dans les 30 derniers jours</td></tr>
<tr><td rowspan="2">N'a pas consommé dans les 12 derniers mois</td><td colspan="2">Arrêt moins de deux ans</td></tr>
<tr><td colspan="2">Arrêt de 2 à 5 ans</td></tr>
</table>

[279] On connaît par ailleurs les quantités consommées au cours des douze mois qui précèdent l'enquête.

[280] Lors de l'enquête baromètre santé 2000, on ne pouvait connaître les personnes ayant consommé au cours des sept derniers jours contrairement à ce qu'il en est pour l'enquête 2005.

| 2000 | | | 2005 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Expérimentateur | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Expérimentateur | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | | | | | Arrêt de 6 à 10 ans | |
| | | Arrêt de 2 à 5 ans | | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | | | | | Arrêt de 6 à 10 ans | |
| | | Arrêt de 6 à 10 ans | | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | | | | | Arrêt de 6 à 10 ans | |
| | | | | | Arrêt supérieur à 10 ans | |
| | | Arrêt supérieur à 10 ans | | Consommateur au cours des 12 derniers mois | Consommateur au cours des 30 derniers jours | Consommateur au cours des 7 derniers jours |
| | | | | | | N'a pas consommé dans les 7 derniers jours |
| | | | | | N'a pas consommé dans les 30 derniers jours | |
| | | | | N'a pas consommé dans les 12 derniers mois | Arrêt moins de deux ans | |
| | | | | | Arrêt de 2 à 5 ans | |
| | | | | | Arrêt de 6 à 10 ans | |
| | | | | | Arrêt supérieur à 10 ans | |

La confrontation des possibles statuts que pourrait présenter un individu enquêté en 2000 et 2005 illustre la diversité des parcours qu'ont pu connaître les individus, ne serait-ce que sur une période de cinq années. Dès lors, avant que puisse être entreprise une quelconque analyse des flux de transition d'un type d'usage à un autre, voire à son arrêt, doivent préalablement être définis quels parcours pourront faire l'objet d'une analyse. Nous tenterons donc de cerner comment les périodes d'occurrence de consommations peuvent nous informer d'éventuels comportements distinctifs. S'agissant enfin de l'alcool, nous verrons que, malgré l'importance des données collectées à l'égard de ce produit, les parcours d'usage n'en sont pas moins difficilement identifiables. Nous avions en effet déjà constaté qu'une donnée primordiale telle que l'âge (ou l'année) de la première consommation n'était pas collectée. L'alcool souffre en effet, dans la collecte des informations qui lui sont relatives, du fait qu'il s'agisse d'une substance particulièrement répandue. De fait, si on cherche alors à distinguer les différentes sortes d'alcool ou encore le nombre de verres consommés à diverses occasions, cette recherche du détail, et de connaissances relatives aux phénomènes à la mode tels que les prémix[280], en fait semble-t-il oublier de collecter les données qui permettraient de comprendre les mécanismes encore mal connus des évolutions de sa consommation.

## §1 – Les quelques possibles parcours cannabiques distingués

### I – Étude liminaire à l'identification des parcours de consommation

#### *A – S'assurer de l'existence d'une relation entre consommation récente et intensité de l'usage*

Assimiler la période au cours de laquelle a eu lieu la dernière consommation à des types d'usages d'autant plus intensifs que la dernière consommation est récente sous-entend qu'en raison d'usages plus importants, et par conséquent possiblement plus réguliers, les individus ont une probabilité de déclarer un usage récent plus important que des individus aux usages plus faibles. Il n'en reste pas moins qu'au sein des individus ayant consommé *« au cours des 30 derniers jours »*, sont inclus des enquêtés dont les consommations ne sont

[280] Mélange d'une boisson alcoolisée et non alcoolisée, le plus souvent un soda.

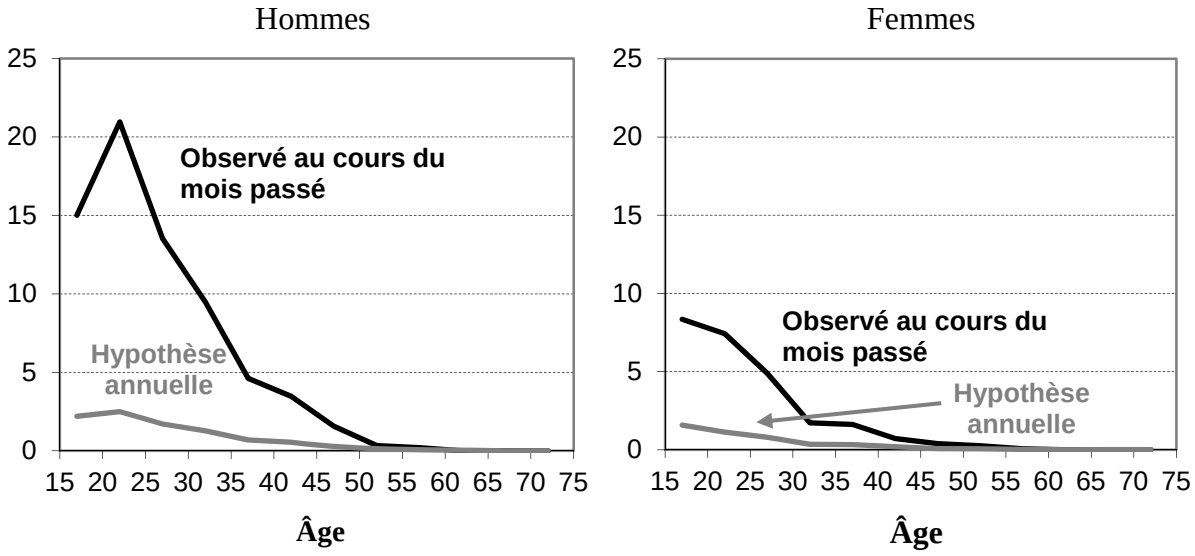
aucunement différentes d'individus ayant consommés *« au cours des 12 derniers mois »*, mais pas au cours du mois passé, exception faite d'une date de réalisation de ces usages plus récente s'agissant de ceux qui déclarent avoir consommé *« au cours des 30 derniers jours »*. Afin de s'assurer que les déclarations au cours de la période la plus récente ne soient pas en fait qu'une représentation d'usages identiques à ceux d'individus ayant déclaré un usage au cours d'une période plus importante dans laquelle celle-ci s'inclue, peuvent être confrontées les proportions observées d'individus déclarant l'usage au cours de la période la plus récente à ce qu'elles seraient si les usagers au cours de la période qui inclue la précédente étaient également répartis sur cette période.

En effet, disposant de la proportion d'individus ayant consommé *« au cours des 12 derniers mois »* et de la population au 1er janvier 2005, il est possible d'estimer le nombre des premières consommations ayant eu lieu dans l'année[281]. Sous l'hypothèse d'égale répartition de ces premières consommations de l'année au cours de la période, il est possible de connaître le nombre de nouvelles premières consommations ayant eu cours chaque jour, en rapportant l'effectif total des 1ères consommations à la durée en jours de la période, soit approximativement 360 jours. En cumulant ces premières consommations sur 30 jours, il est possible de connaître ce que seraient ces premières consommations au cours du dernier mois, à condition que ces dernières soient également réparties au cours de l'année. De manière similaire, il est possible de calculer les premières consommations au cours de l'année ayant en fait également eu cours lors de la semaine passée, en cumulant les premières consommations de l'année sur sept jours. Enfin, ces premières consommations peuvent également être calculées à partir des premières consommations au cours des trente derniers jours. Bien évidemment, cette fois-ci, il convient de diviser l'estimation faite des premières consommations du dernier mois par 30 et de les cumuler sur sept jours.

Sont alors nommées « hypothèse annuelle », l'estimation des premières consommations ayant eu lieu au cours de la période observée sous l'hypothèse d'égale répartition des premières consommations annuelles au cours de l'année, et « hypothèse mensuelle » l'estimation des premières consommations ayant eu lieu au cours de la période observée sous l'hypothèse d'égale répartition des premières consommations au cours du mois. Ainsi réalisées (graphiques no 115 et 116) elles peuvent être confrontées aux proportions d'individus déclarant avoir consommé sur la période concernée sans distinction du rang d'occurrence de la consommation.

[281] Il s'agit ici des premières consommations de l'année sans qu'il soit distingué si celles-ci sont également les premières au cours de la vie ou non.

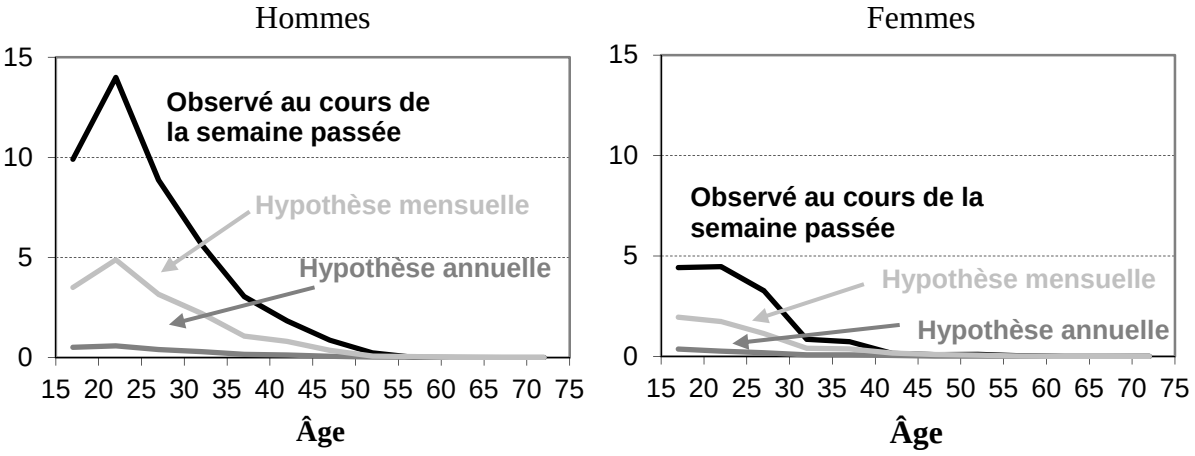
**Graphique nº 115 : Proportion d'individus (en %) ayant consommé au cours du mois qui précède l'enquête selon différentes hypothèses et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Il apparaît clairement que les individus ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours du mois passé ne contiennent qu'une infime part d'individus dont les consommations sont très occasionnelles, mais dont l'occurrence s'avère être proche de la date de l'enquête. Ils ne représentent en effet jamais plus de 2,5 % des hommes et 1,5 % des femmes. Les plus importantes valeurs sont atteintes alors que sont observées respectivement près de 21 % chez les hommes et 7 % chez les femmes de consommations déclarées au cours des trente derniers jours.

**Graphique nº 116 : Proportion d'individus (en %) ayant consommé au cours de la semaine qui précède l'enquête selon différentes hypothèses et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

L'utilisation de cette même hypothèse d'égale répartition des premières consommations de l'année pour déterminer celles ayant eu cours lors des sept derniers jours révèle leur tout aussi faible importance. Il apparaît donc clairement qu'être consommateur au cours des trente derniers jours distingue les enquêtés de ceux qui déclarent un usage au cours de l'année, et ce, en raison de la récurrence de leur usage. Cette distinction s'observe également entre les enquêtés déclarant des consommations au cours de la dernière semaine et les consommateurs au cours des 30 derniers jours. Elle apparaît néanmoins comme moins discriminante puisque sous l'hypothèse d'une égale répartition des premières consommations au cours du mois, celles ayant eu cours pendant de la dernière semaine représentent près d'un tiers des déclarations de la dernière semaine en ce qui concerne les hommes, et près de 40 % pour les femmes.

Si l'utilisation des périodes au cours desquelles ont eu lieu les derniers usages s'avère donc être un indicateur des niveaux d'usage des consommateurs, il apparaît toutefois que celle-ci est d'autant plus pertinente que la différence de durée des périodes considérées est importante. Cela se traduit, d'une part par un écart plus important entre les consommations au cours de la semaine passée et celles estimées selon l'« hypothèse annuelle » qu'il ne l'est pour celle du mois passé, et d'autre part par un écart plus élevé entre les consommations au cours du mois passé et celles estimées selon l'« hypothèse annuelle » qu'il ne l'est entre les consommations au cours de la semaine passée et celles estimées selon l'« hypothèse mensuelle ».

Enfin, notons qu'un autre indicateur de la relation qu'il existe entre l'intensité des usages et la période au cours de laquelle ceux-ci ont eu lieu est le nombre de joints fumés par les individus selon qu'ils aient consommé au cours de l'année passée ou du mois passé. Pour cela, on dispose des réponses relatives à la question *« combien de fois au cours des douze derniers mois, avez-vous consommé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ? »*. Il apparaît effectivement que le nombre moyen de fois où il y a eu consommation de cannabis dans l'année est plus élevé chez les consommateurs au cours des 30 derniers jours qu'au cours des 12 derniers mois, et ce, quelle que soit la classe d'âges considérée[282]. Plusieurs éléments nous ont cependant amené à ne pas nous en satisfaire. Le premier tient au fait qu'il apparaît dans l'énoncé même de la question une incertitude sur l'information à déclarer. En effet, *« combien de fois […], avez-vous consommé du cannabis »* laisserait supposer qu'il est ici demandé le nombre d'occasions où du cannabis a été fumé,

[282] Les graphiques sont présentés en annexes n° 30 et n° 31 p. 350.

alors que l'utilisation du terme *« un joint »* laisserait supposer que c'est le nombre de « pétards » fumés qu'il convient de délivrer à l'enquêteur. L'une ou l'autre des appréciations de la question peut alors s'effectuer en fonction de la mémoire que les individus ont de leurs consommations. Ceux dont la consommation est récente, et bien qu'il s'agisse d'une consommation sur une même période, peuvent plus facilement extrapoler leurs consommations à l'ensemble de l'année et, ainsi, exprimer leurs consommations en nombre de joints fumés. Au contraire, ceux dont la consommation est plus ancienne pourraient être susceptibles de se restreindre au nombre d'occasions où ils ont fumé. Dans l'éventualité où l'ensemble des enquêtés aurait interprété la question comme *« le nombre de joints »*, une autre difficulté apparaît. Si les consommations solitaires ne posent pas question, celles ayant lieu en groupe rendent difficilement appréciable le nombre de joints consommés. Il est en effet coutume, lorsqu'il y a consommation en groupe, de faire « tourner le joint » c'est-à-dire d'en prendre quelques bouffées puis de le proposer à une autre personne de l'assistance. Les groupes constitués d'un nombre important d'individus donnent alors souvent lieu à une « tournante » de plusieurs joints, qui ne se traduit pour autant pas nécessairement par une consommation individuelle d'un joint entier. À cette difficile appréciation de l'effectif de joint consommé s'ajoute, d'une part que la quantité de cannabis peut varier d'un joint à l'autre, et d'autre part, que sous le nombre de joints consommés se cache en fait une partie de *« sticks »*[283]. Pour ces raisons, il nous paraissait par conséquent utile d'avoir recours à des caractéristiques certes moins fines, mais également moins emprises d'incertitudes.

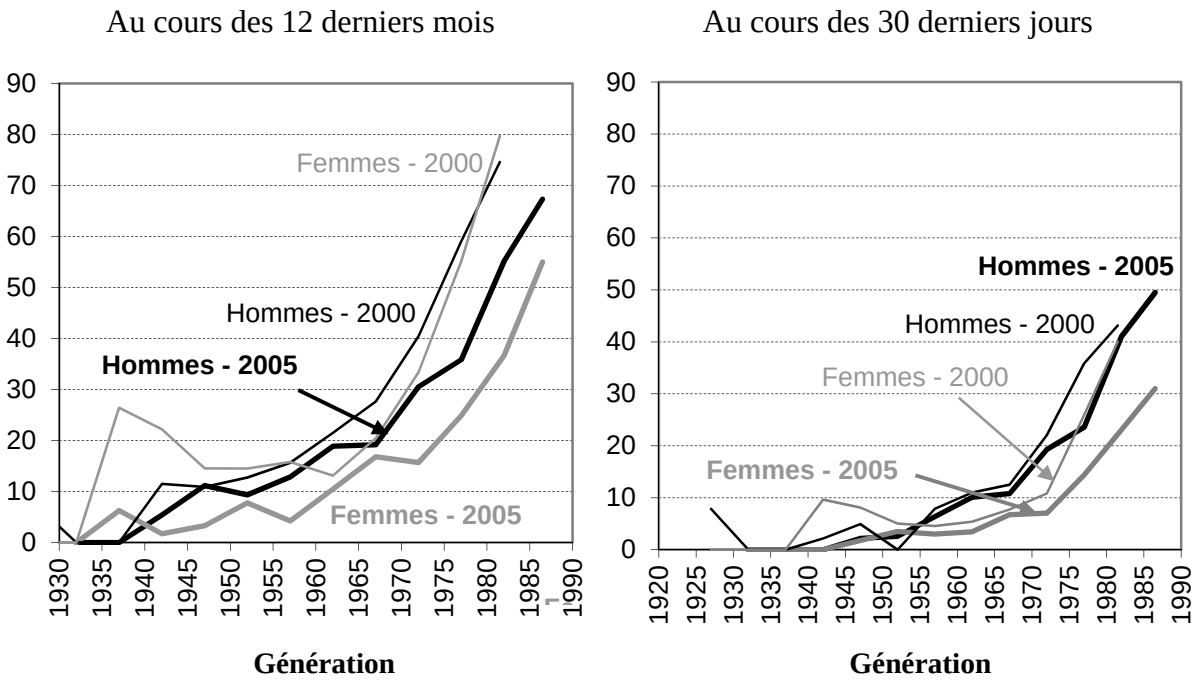
### *B – Discuter de l'effectivité des parcours de consommation*

En confrontant les statuts cannabiques des individus en 2000 et 2005, nous avons constaté que pouvait, dans l'absolu, apparaître un peu plus d'une quarantaine de parcours qui pourraient apparaître selon les informations collectées lors des enquêtes du baromètre santé. Puisque nous ne pouvons avoir connaissance de ces parcours, ou même de la survenue de certains d'entre eux, exception faite de l'expérimentation, il nous reste à tester quelques hypothèses extrêmes qui, s'il y a peu de chances qu'elles soient parfaitement vérifiées, pourraient nous permettre de dégager les comportements les plus répandus.

[283] Contrairement aux joints, qui sont généralement roulés avec deux feuilles de papier à cigarettes à rouler, ou d'une feuille dite *« large »* ou *« slim »* s'avérant plus grande, les sticks ne sont roulés qu'à l'aide d'une feuille classique.

Dans l'éventualité où les types d'usage du cannabis n'évolueraient pas au fil du temps, et dans la mesure où nous avons vérifié que l'actualité des usages relevait également d'une fréquence d'usage plus importante, la part des consommateurs au cours d'une période de temps donnée en 2000 devrait être identique à celle observée en 2005 au sein d'une même génération, pour les enquêtés dont l'expérimentation a été effectuée au plus tard en 1999. Ce n'est toutefois clairement pas ce qui s'observe, qu'il s'agisse des consommations au cours de l'an ou du mois passé, et pour les deux sexes (graphique nº 117). En effet, la part des personnes présentant chacun des usages que l'on peut distinguer en 2000 est constamment plus élevée que celle présentée, par une même génération, cinq années plus tard. Ceci est le signe d'une réduction des consommations dans l'ensemble des générations, ou du moins d'une moindre entrée dans les usages les plus importants que de sortie de ces usages.

**Graphique nº 117 : Part d'usagers au cours de différentes périodes de temps en 2000 et 2005 parmi les expérimentateurs antérieurs à 2000 selon la génération et le sexe**



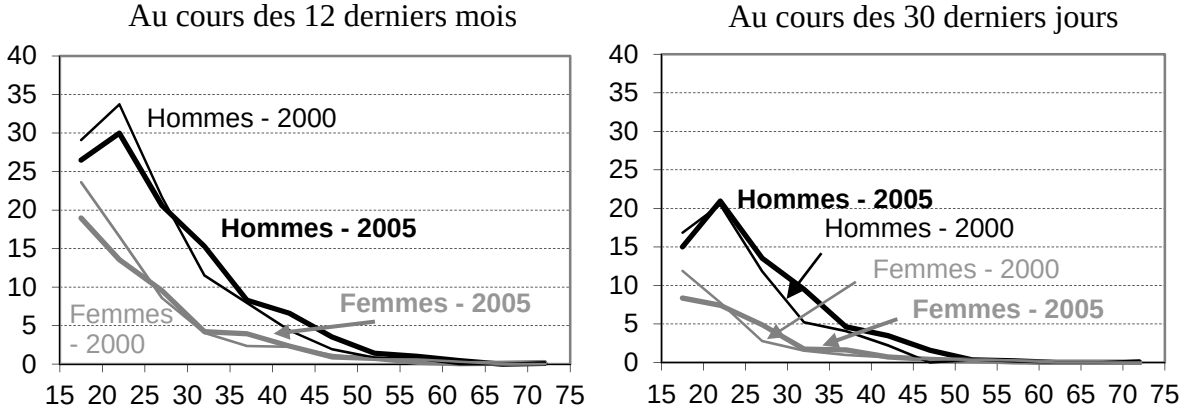

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

On constate néanmoins que les écarts qui existent entre les proportions observées en 2000 et celles de 2005 sont plus faibles s'agissant des consommations au cours du mois précédent qu'ils ne le sont pour les consommations au cours de l'année passée. Ainsi, bien que l'hypothèse d'une conservation des mêmes comportements d'usage ne soit clairement pas vérifiée, il semblerait que les individus s'en éloignent d'autant plus que l'usage est

occasionnel. Rappelons toutefois qu'il est possible qu'aucun des individus qui consommaient au cours des 30 derniers jours en 2005 n'ait été consommateur au cours de la même période en 2000, ni même au cours de l'année. Cependant, ayant constaté que les périodes de consommation étaient liées à l'intensité de l'usage, et en raison de l'assuétude à laquelle sont soumis les usagers de drogues, il est d'autant plus probable que l'intensité des consommations à un instant donné soit élevée qu'elle ne l'était auparavant. Ainsi, si rien ne nous permet d'affirmer que les usagers au cours d'une période de temps l'aient également été lors de l'observation précédente, il est fort probable qu'ils représentent une part plus importante d'individus que ceux ayant des usages de moindre importance.

Pour cette raison, il nous semble peu probant de considérer l'hypothèse inverse à celle d'une invariabilité des usages, qui serait que tous les usagers au cours d'une période donnée en 2005 ne pourraient être issue que d'une autre sous-population, c'est-à-dire être consommateur au cours d'une autre période non incluse dans la précédente en 2000. Il apparaît alors plus intéressant de concevoir une hypothèse alternative selon laquelle l'usage de cannabis répond à une mise en jeu permanente du libre arbitre. Selon une telle conception, l'usage dépendrait dès lors plus des contraintes externes du moment que des usages antérieurs. Par conséquent, l'arbitrage en faveur, ou non, de la consommation de cannabis se distinguerait selon l'âge des individus, caractéristique des « moments de vie », et non plus selon la différence qu'il apparaît à deux instants donnés au sein d'une même génération. C'est donc la part d'usagers à chaque âge des différents types d'usage qu'il conviendrait de comparer (graphique nº 118). Les évolutions des types d'usage peuvent toutefois autant résulter de nouveaux arbitrages de consommation face à des mêmes contraintes que de contraintes variables face à un même arbitrage.

**Graphique nº 118 : Part d'usagers au cours de différentes périodes de temps en 2000 et 2005 selon l'âge et le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Malgré la grossière assimilation de l'âge des individus à une synthèse des contraintes extérieures auxquelles ils sont soumis, il apparaît de nettes ressemblances entre les parts d'usagers au cours des différentes périodes lors des deux enquêtes. On note que la différence la plus importante s'observe chez les hommes ayant consommé au cours des 30 derniers jours qui en 2000 avaient plus de 30-34 ans. Ces individus appartiennent donc aux générations antérieures à 1969, générations qui pour ce même type d'usage présentaient le moins de différences entre 2000 et 2005 dans l'hypothèse d'une invariabilité des usages. Il semble toutefois que les usages de cannabis répondent plus à une logique de reconsidération instantanée qu'à une conservation des usages. C'est néanmoins parce que les évolutions de l'usage du cannabis sont comprises entre ces deux hypothèses « extrêmes » que sa dissension à l'égard de l'une d'entre elles se traduit par une concordance nette à l'égard de la seconde.

En raison d'absence de données permettant de disposer de plus d'informations, ce n'est qu'au conditionnel que peuvent être interprétées les constatations effectuées. Elles peuvent toutefois justifier que soient effectué l'analyse de certains segments de parcours d'usage, qui s'ils ne seront pas une parfaite représentation des comportements d'usage de cannabis au fil du temps, permettront de disposer de premières indications sur les transformations des usages qui s'observent le plus fréquemment chez les personnes étant au moins expérimentateur de cannabis.

## II – Analyse des parcours d'usage identifiables

### *A – Mesures théoriques d'une évolution des usages*

Lors de l'étude préliminaire des usages de cannabis, nous avons, constaté d'une part, que la consommation au cours d'une période récente révélait une fréquence d'usage plus importante, et d'autre part, identifié que ces fréquences d'usages, qui se traduisent au travers de l'actualité de leur occurrence, semblent répondre plus à une situation du moment qu'être la conséquence des usages antérieurs. Nous avons en effet constaté que quelle que soit la période d'observation, la prévalence des différents types d'usage, autres que l'expérimentation, suivait sensiblement les mêmes évolutions selon l'âge des individus. Un autre élément qui participe à la validation de cette dernière hypothèse est que lorsqu'on considère l'activité des individus, la CSP n'influence que très peu le fait d'être ou non

consommateurs au cours des 30 derniers jours, alors qu'il est plus largement modifié selon que les individus sont en activité ou au chômage.

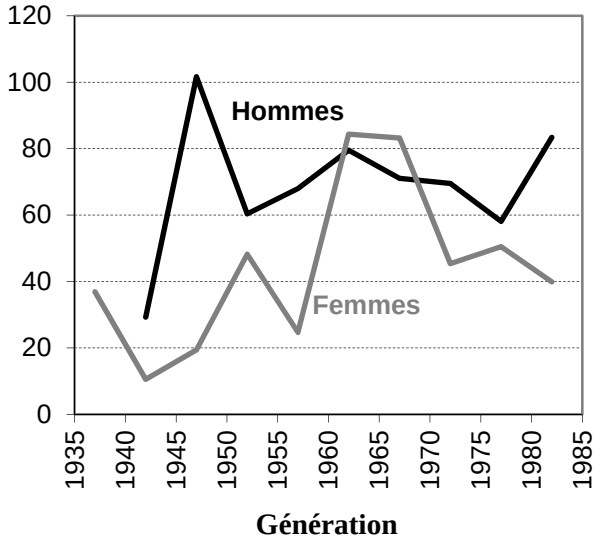
Pour autant, nous avons également constaté que l'hypothèse d'une reconsidération de l'usage à chaque instant s'avérait moins vérifiée pour les générations les plus anciennes, ce qui *a contrario* ne permettait pas non plus de rejeter l'hypothèse d'une conservation des usages. Par conséquent, et bien qu'il ait été mentionné que les données disponibles ne permettent *a priori* de disposer que de stock d'individus qui présentent l'un ou l'autre des types d'usages sans avoir connaissances des flux qui participent à l'obtention de ces stocks, il nous semble préférable, dans l'objectif de pouvoir avoir une première appréhension des parcours d'usages de cannabis, et au regard des informations précédemment obtenues, de tenter d'élaborer certaines mesures relatives à ces évolutions en prenant le soin d'exposer les fortes hypothèses auxquelles nous sommes contraints.

On considèrera donc que l'intensité des usages ne peut que se réduire au fil du temps dès lors qu'ils ont atteint certaines fréquences d'usage, correspondant à celles que l'on peut assimiler aux périodes au cours desquelles ont eu lieu les consommations. En d'autres termes, il est fait l'hypothèse que les individus qui déclarent avoir consommé au cours d'une période de temps en 2005 ne peuvent être issu que de la sous-population ayant déclaré avoir fumé au moins un joint au cours de la même période en 2000. Toutefois, les individus pouvant passer d'une consommation au cours de 30 derniers jours à une consommation au cours des 12 derniers mois, les sous-populations seront considérées de manière inclusive. Enfin, afin de réduire les comportements qui ne répondraient pas à l'hypothèse posée, ne seront pour 2005 considérés que les individus qui avaient déjà expérimenté lorsque fut réalisée l'enquête de 2000. En rapportant alors, pour chacune des générations, l'effectif des individus qui consommait en 2005 au cours d'une période donnée l'effectif de ceux qui consommaient au cours de la même période en 2000, on obtient la probabilité de conserver un même type d'usage entre 2000 et 2005 (graphique nº 119). L'hypothèse selon laquelle les individus ayant consommé au cours des 12 derniers mois lors de l'enquête2005 ne pourraient être qu'issus de la sous-population des usagers de cannabis en 1999[284] n'est ici avec certitude non vérifiée en ce qui concerne les générations 1945-1949, puisque la probabilité de rester dans cette même sous-population est supérieure à 100 %.

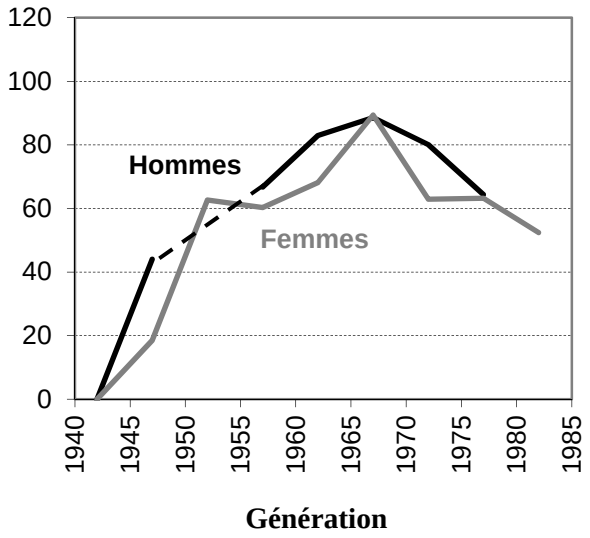
[284] C'est-à-dire ceux déclarant avoir consommé au cours des 12 derniers mois lors du baromètre 2000.

**Graphique nº 119 : Probabilité de conserver un même type d'usage du cannabis entre 2000 et 2005 (en %) sous l'hypothèse d'une seule possible réduction des usages selon le sexe et la génération**

Au cours des 12 derniers mois




Au cours des 30 derniers jours[285]




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Les générations les plus anciennes étant en 2000, comme en 2005, beaucoup plus faiblement usagères au cours des périodes récentes que les générations les plus jeunes, le non-respect de l'hypothèse énoncée entraîne de fait de plus importantes perturbations dans la mesure ici réalisée. L'allure plus « accidentée » des courbes relatives aux consommations au cours de la dernière année qu'au cours du dernier mois ne peut relever de la faiblesse des échantillons. En effet, les usagers au cours des 30 derniers jours sont, par définition, moins nombreux du fait qu'ont été considérées les sous-populations incluses l'une dans l'autre. Cela semble alors révélé un meilleur respect de l'hypothèse d'une unique possibilité de moindre usage de cannabis lorsqu'il s'agit des populations les plus fréquemment usagères.

Il est donc difficile de se prononcer sur les évolutions que l'on constate au fil des générations s'agissant des usages qui seraient caractérisés par le fait qu'ils ont entraîné une consommation au cours de l'année qui précède l'enquête. En ce qui concerne les consommations au cours des 30 derniers jours, il apparaît que la probabilité de rester dans ce même type d'usage augmente au fil des générations allant de 1940 à 1969, pour par la suite de nouveau diminuer. Toutefois, puisque nous ne disposons que d'une seule mesure, celle-ci ne pouvant être effectuée qu'à partir de deux enquêtes, et que les enquêtes antérieures ne

[285] Le calcul ne pouvant être effectué pour les générations 1950-1954, le graphique est complété arbitrairement par une droite reliant le groupe quinquennal de générations qui le précède à celui qui le suit.

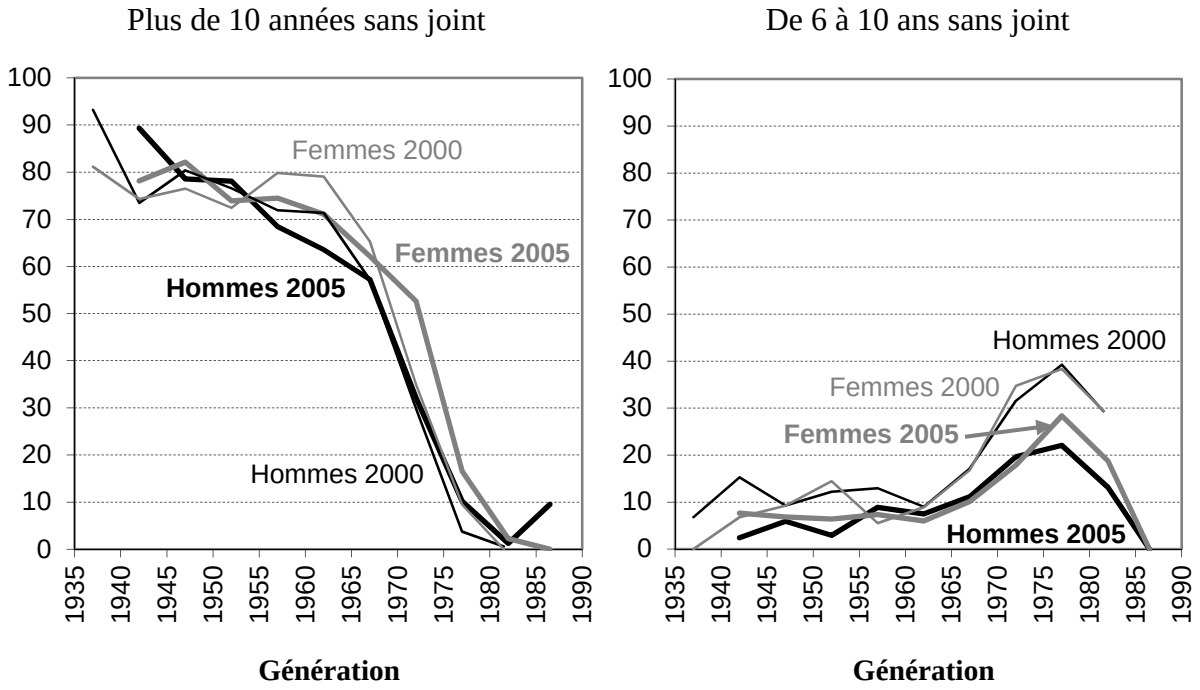
disposaient pas des mêmes informations, il ne nous est pas possible de savoir si les sorties de ce type d'usage vers un usage plus modéré tiennent de comportements différents entre les générations ou, au contraire, d'un effet d'âge qu'ont atteint ces différentes générations.

### *B – Tenter de distinguer les arrêts de consommations de cannabis pour quelle mesure ?*

Dans l'éventualité où les expérimentateurs de cannabis déclarent ne pas avoir consommé au cours de l'année passée, il leur est demandé *« quand [ils ont] pris pour la dernière fois du cannabis »* ; question à laquelle ils peuvent répondre *« moins de 2 ans »*, *« entre 2 et 5 ans »*, *« entre 6 et 10 ans »* ou *« plus de 10 ans »*. Disposant de cette même information lors des deux enquêtes, il est possible de vérifier si les dernières consommations déclarées en 2000 s'avèrent également être les dernières qui soient en 2005 ou si, au contraire, d'autres consommations ont eu lieu entre 2000 et 2005. En effet, ceux qui déclarent en 2000 avoir consommé leur dernier joint il y a *« moins de 2 ans »* ou *« entre 2 et 5 ans »* devraient, s'il n'y a pas eu de nouvelle consommation par la suite, déclarer en 2005 avoir fumé leur dernier joint il y a de cela 6 à 10 ans. De même, ceux déclarant, en 2000, avoir fumé pour la dernière fois du cannabis depuis plus de 5 ans devraient, en 2005, faire la déclaration d'un dernier usage il y a plus de 10 ans.

Toutefois, pour qu'il s'agisse bien de la même population enquêtée à deux instants différents, c'est la part des déclarants de chacune des durées de non-consommation au sein des individus ayant expérimenté avant 2000 qui doit être confrontée lors des enquêtes 2000 et 2005 (graphique nº 120). Qu'il s'agisse de ceux qui en 2005 devraient déclarer ne pas avoir fumé de cannabis depuis plus de 10 ans, ou depuis 6 à 10 ans, on constate que les séries obtenues à partir des enquêtes 2000 ou 2005 ne sont pas parfaitement concordantes. Pour autant, leurs discordances se distinguent l'une de l'autre et méritent que l'on s'y attarde quelque peu afin de différencier ce qui peut tenir de comportements ne respectant pas l'hypothèse de nouvelles consommations entre 2000 et 2005 de ce qui ne pourrait s'expliquer par cela.

**Graphique nº 120 : Part des expérimentateurs antérieurs à 2000 (en %) qui en 2005 déclareraient ne pas voir fumé de cannabis selon la génération le sexe, en l'absence nouvelle consommation entre 2000 et 2005**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

En effet, si on s'intéresse aux expérimentateurs de cannabis qui déclarent en 2005 ne pas avoir consommé depuis 6 à 10 ans et en 2000 depuis moins de 2 ans ou de 2 à 5 ans, la part de ces individus est, chez les déclarants de 2000, toujours supérieure à ceux de 2005. Il en est donc rejeté l'hypothèse selon laquelle aucune consommation n'aurait eu lieu entre 2000 et 2005. En ce qui concerne ceux qui déclarent, ou devraient déclarer, ne pas avoir fumé de joint depuis plus de 10 ans en 2005 s'il n'y avait pas eu de nouvelle consommation entre 2000 et 2005, il s'observe de la même manière, chez les hommes des générations 1955-1964, et les femmes des générations 1955-1969, une proportion plus importante parmi les enquêtés de 2000 qu'elle ne l'est chez les enquêtés de 2005 ; celle-ci pouvant s'interpréter identiquement à ce qu'il en a été fait précédemment. Notons toutefois, qu'en raison des proportions respectives des déclarants pour chacune des durées de non-consommation, la différence relative observée entre 2000 et 2005 est moindre pour les personnes ayant cessé depuis plus de 10 ans en 2005 que ceux ayant cessé depuis 6 à 10 ans. Mais ce qui apparaît ici comme plus surprenant, c'est que, chez les générations d'hommes et de femmes de 1970 à 1984, la proportion de personnes déclarant en 2005 avoir arrêté depuis plus de 10 ans est plus importante que ceux qui devraient le déclarer en 2000 s'il n'y avait pas eu de nouvelle

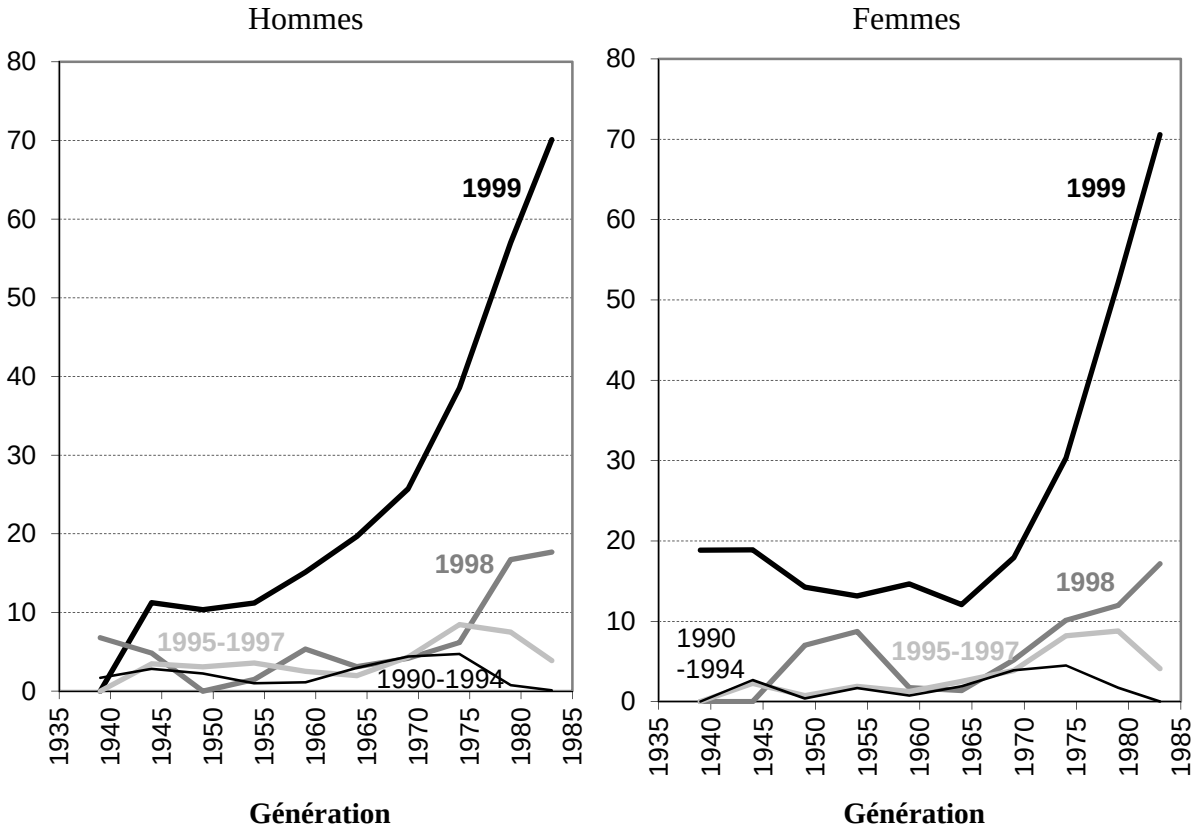
consommation. Une telle différence (particulièrement chez les femmes) ne pouvant s'expliquer uniquement en raison de l'échantillonnage, il apparaît donc que certaines consommations qui étaient prises en compte lorsque l'enquête est réalisée en 2000 sont, par la suite, omises lorsque l'enquête a lieu à une durée plus éloignée de ces consommations ; possible signe d'un oubli des consommations occasionnelles chez des individus dont la consommation a été plus importante auparavant[286].

Identiquement à ce que nous avions effectué, pour nous assurer que le fait d'avoir consommé au cours d'une période plus récente était représentatif d'un usage plus intense s'agissant des consommations au cours de l'an passé ou du mois passé, il nous est possible de faire de même pour les consommations datant de plus d'un an. En effet, les individus qui déclarent avoir consommé leur dernier joint il y a moins de deux ans, ne pouvant pas être des consommateurs au cours des 12 derniers mois, ne peuvent qu'être consommateurs au cours des 12 mois qui les précèdent. On peut ainsi effectuer un même raisonnement pour ceux qui déclarent avoir fumé du cannabis pour la dernière fois il y a de cela 2 à 5 ans ou 6 à 10 ans. En rapportant alors la part d'expérimentateur déclarant avoir consommé lors des différentes périodes qui en découlent par la durée de chacune des périodes, on reconstitue ainsi la part de ceux qui auraient consommé au cours des différentes années sous l'hypothèse d'une égale répartition des derniers usages au cours des périodes. Ceci nous permettra alors de vérifier si au-delà de l'année passée, l'actualité des derniers usages est encore distinctif des fréquences d'usages (graphique nº 121). On observe tout d'abord une nette distinction entre la part des personnes déclarant avoir consommé l'année passée et ceux qui déclarent un dernier usage l'année qui la précède. Cela s'avère peu surprenant puisque les premiers sont considérés comme étant encore usagers alors que les seconds ont cessé leur usage, ce qui présume certainement de comportements d'usages distincts. Au contraire, les parts respectives de ceux qui déclarent avoir consommé pour la dernière fois au cours des périodes plus éloignées sont, sous l'hypothèse d'une égale répartition au cours du temps des derniers usages, peu différentes les unes des autres. Cela semblerait indiquer une moindre différenciation des types d'usages que celle existant entre les consommateurs au cours de l'année passée et les années précédentes. Il est cependant à noter qu'il n'en est pas tout à fait ainsi pour les générations les plus jeunes, particulièrement les générations 1970 et suivantes, signifiant pour elles une plus grande différenciation des usages. Les usages plus anciens apparaissant comme le résultat

[286] Il se peut qu'une telle différence ne soit également que le jeu d'une mortalité différentielle en faveur de ceux ayant arrêté leurs consommations de cannabis depuis une durée plus importante.

d’une moindre consommation, pouvant justifier qu’elles soient oubliées, comparativement aux plus importantes, ce qui n’apparaît pas chez les générations plus anciennes

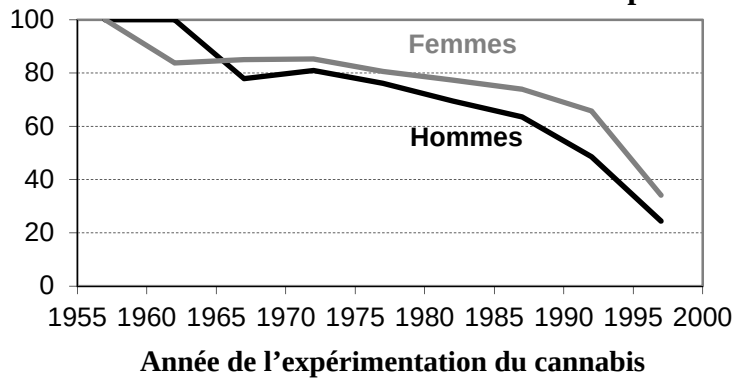
**Graphique nº 121 : Proportion d’expérimentateurs observés en 2000 ayant consommé au cours des différentes périodes (en %) sous l’hypothèse d’une égale répartition des derniers usages selon le sexe et la génération**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

L’ensemble de ces éléments permet alors de se prononcer en faveur de la qualification d’arrêt des consommations de cannabis ceux étant déclarés par les individus comme datant de plus de cinq ans. Ainsi, on peut étudier la survenue de l’arrêt des consommations de cannabis au sein des cohortes d’expérimentateurs (graphique nº 122). On constate globalement que les femmes expérimentatrices de cannabis ont plus souvent cessé leurs consommations que leurs homologues masculins. Ainsi, moins expérimentatrices que les hommes elles cessent également plus souvent qu’eux. La décroissance qui apparaît des cohortes les plus anciennes aux plus récentes vient du fait qu’elles ont bénéficié d’une période de temps plus importante au cours de laquelle il leur a été possible de cesser leur consommation. Ceci est d’autant plus le cas qu’on ne considère que les arrêts datant de plus de cinq ans.

**Graphique nº 122 : Part des expérimentateurs de cannabis à avoir cessé leurs consommations selon le sexe et la cohorte d'expérimentation**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

Malgré qu'ait pu être identifiée une durée d'arrêt qui peut vraisemblablement être, pour la majorité des individus, assimilée à un arrêt définitif, il n'est guère possible d'aller plus en détail dans l'analyse de la survenue de ces arrêts. En effet, on aurait pu souhaiter étudier l'arrêt des consommations selon la durée écoulée depuis la première consommation. Malheureusement, si disposer des informations sur les durées d'arrêt au moment de l'enquête c'est avéré peu dommageable, en raison de la fréquence de renouvellement des enquêtes baromètre santé et de l'heureuse adéquation des amplitudes de durées disponibles dans les modalités de réponses, ne disposer, chez ceux qui déclarent avoir arrêté depuis plus de 5 ans, que des seules modalités *« 6 à 10 ans »* et *« plus de 10 ans »* ne permet pas de disposer d'assez de détail. Nous avons tenté quelques hypothèses extrêmes de la durée d'arrêt dans la classe *« plus de 10 ans »* ; à savoir la durée minimale ou un arrêt qui daterait de l'année de l'expérimentation. Celles-ci n'ont sans surprise apporté aucune nouvelle information. À cette occasion, nous rappellerons donc l'intérêt qu'il y aurait eu de demander l'année de l'arrêt, ou l'âge à l'arrêt, plutôt que la durée écoulée entre la dernière consommation et la date de l'enquête.

## §2 – La moindre connaissance des parcours d'usage de l'alcool

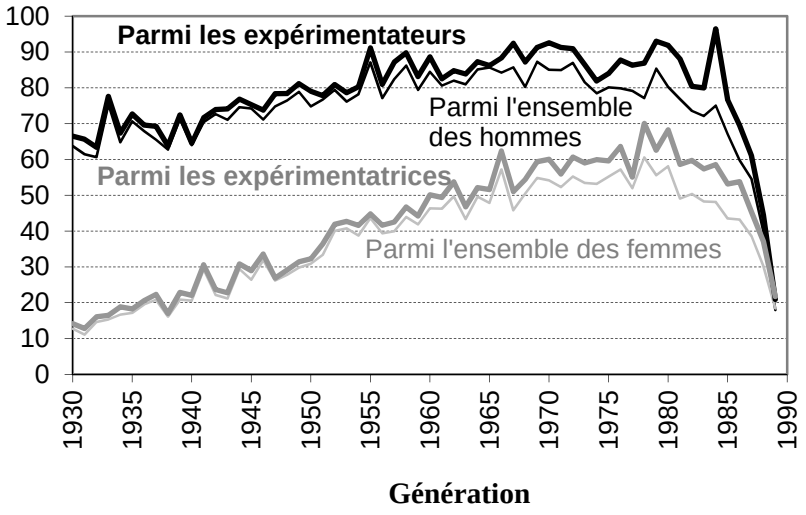
### I – L'ivresse alcoolique

Prendre la mesure de la proportion des individus qui ont déjà connu l'ivresse alcoolique parmi l'ensemble des individus d'une génération, ou au sein des seuls expérimentateurs, ne diffère que très peu, en raison de l'importance que représente

l'expérimentation d'alcool dans l'ensemble de la population. C'est en fait particulièrement pour les générations les plus récentes, dont la période au cours de laquelle ont plus souvent lieu les expérimentations ne doit pas encore être achevée[287], qu'il apparaît important de faire la distinction.

Contrairement à l'expérimentation, pour laquelle il n'apparaît presque pas de différence entre homme et femmes, l'ivresse est largement plus répandue chez les hommes qu'elle ne l'est chez les femmes, et ce, quelle que soit la génération (graphique nº 123). En revanche, l'écart qu'il existait entre les sexes s'est nettement réduit. Alors que dans la génération 1930, seuls 14 % des femmes ayant déjà consommé de l'alcool ont connu au moins une ivresse dans leur vie contre 66 % des hommes, il n'apparaît plus que 20 points de pourcentage de différence chez les générations qui auraient dépassé la phase d'expérimentation le plus récemment (générations 1975-1979). Certes, un tel rapprochement s'explique en partie par une stagnation des comportements masculins, puisqu'il semble apparaître un plancher, signifiant que 10 % des expérimentateurs ne connaîtront jamais d'ivresse dans leur vie. Toutefois, c'est nettement des modifications d'usage de l'alcool qu'apparaît peu à peu une similitude entre les sexes à l'égard de l'expérience de l'ivresse alcoolique, puisque c'est d'une croissance de l'intensité de l'ivresse alcoolique plus rapide chez les femmes que chez les hommes au fil des générations qu'apparaît la convergence.

**Graphique nº 123 : Part d'individus ayant connu l'ivresse (en %) parmi l'ensemble des individus d'une génération ou des expérimentateurs selon le sexe et la génération**

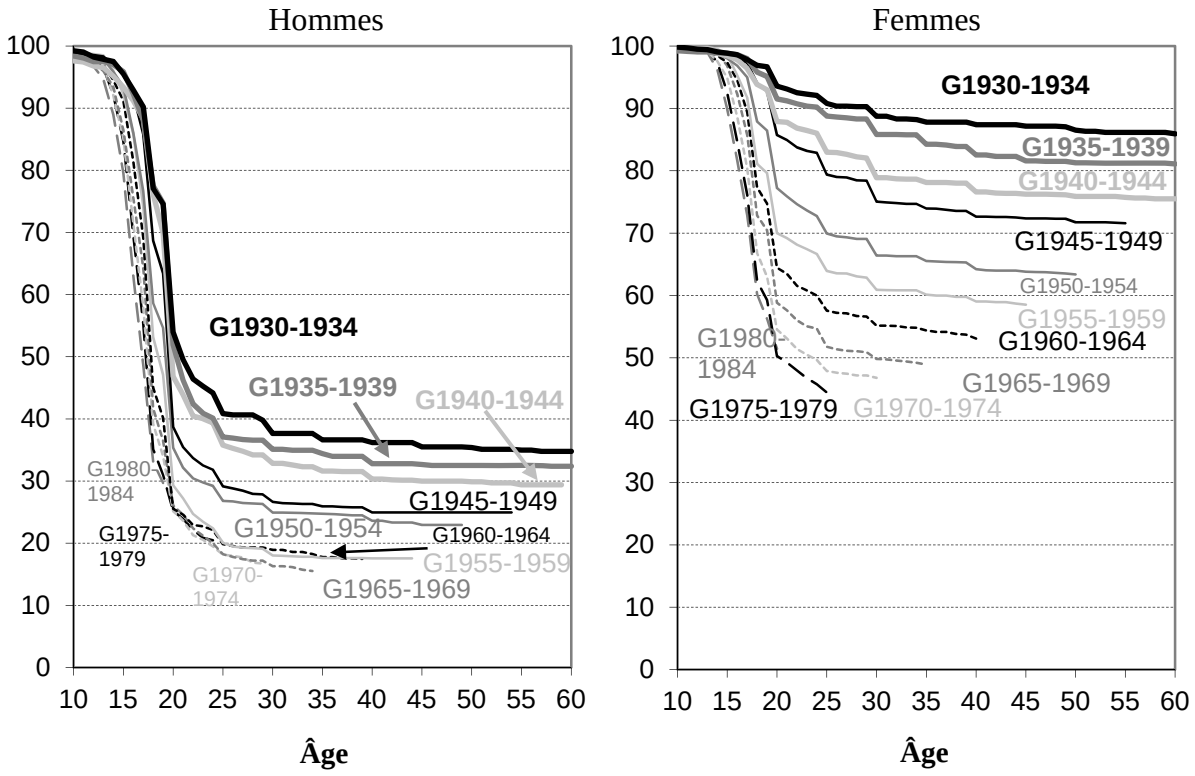



Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

[287] Du fait que ne soit pas connu l'âge à l'expérimentation, nous ne pouvons qu'évoquer cela au conditionnel. L'âge à l'expérimentation de l'alcool est renseigné dans les enquêtes ESCAPD, mais les individus n'ont encore qu'entre 17 et 18 ans. Or, il est apparu chez les patients pris en charge dans les CSST que l'expérimentation de l'alcool présentait un calendrier plus étendu que les autres substances relativement répandues dans l'ensemble de la population que sont le tabac et le cannabis.

Simultanément à la hausse de sa survenue au sein des générations, l'ivresse s'est également vue se manifester de plus en plus précocement au sein des différentes générations. La part des personnes ne l'ayant jamais connue est, à chaque âge, plus faible dans les générations les plus jeunes qu'elle ne l'est parmi les plus anciennes (graphique nº 124)[288]. Si cette accélération du calendrier de l'ivresse s'obverse chez les hommes comme chez les femmes, on constate que celle-ci évolue, depuis les générations des années 1960, moins vite chez les hommes que chez les femmes.

**Graphique nº 124 : Proportion de personnes n'ayant jamais connu d'ivresse au sein des expérimentateurs d'alcool au fil des âges selon le sexe et la génération**



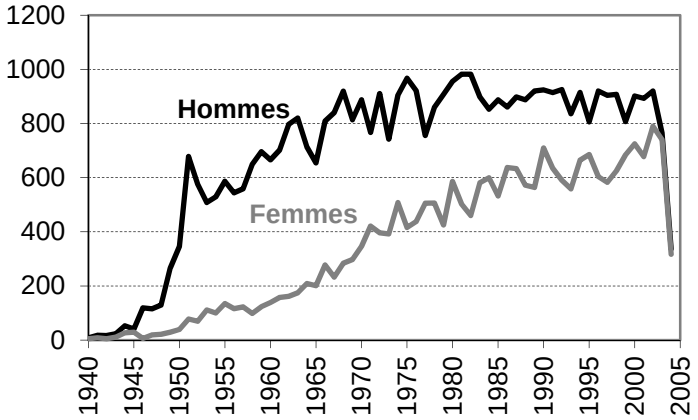

Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

L'évolution concomitante de l'intensité et du calendrier de l'ivresse fait que les générations de femmes de 1980 à 1984 ont, à 15 ans, autant expérimenté l'ivresse alcoolique que ne l'avaient fait les générations 1930-1934 à 25 ans. Par ailleurs, les modifications de calendrier et d'intensité ne sont pas non plus sans conséquence sur l'évolution de la survenue des premières ivresses au fil du temps. Pour parvenir à l'observer, nous avons recours à la somme annuel des premières ivresses réduites (graphique nº 125). Le fait que les générations les plus récentes n'aient pas toutes achevé la période au cours de laquelle l'expérimentation

[288] Ces observations s'avèrent également vérifiées par les proportions cumulées croissantes de la survenue de l'ivresse au sein des générations ayant déjà connu l'ivresse avant 30 ans. Cf. Annexe n° 32 p. 468.

de l'alcool a le plus souvent lieu, et par conséquent celle où les individus peuvent connaitre leurs premières ivresses, fait qu'il apparaissait une légère décroissance de l'intensité de l'ivresse chez les expérimentateurs qui appartiennent aux générations les plus jeunes. Pour autant, l'accélération du calendrier de la survenue de l'ivresse fait que les premières ivresses réduites restent, au fil du temps, stables chez les hommes. L'accélération du calendrier de l'ivresse des femmes est, quant à elle, telle qu'elle ne se limite pas à compenser la jeunesse des jeunes femmes, mais entraîne une croissance continue des premières expérimentations réduites. Notons par ailleurs que le différentiel d'accélération du calendrier est tel qu'il en vient faire converger les premières ivresses des hommes et des femmes au fil des années, plus rapidement que ce qu'il en est de l'intensité au sein des générations.

**Graphique nº 125 : Somme annuelle des premières ivresses réduites (pour 1000) selon le sexe**




Source : baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

## II – Malgré une multitude d'informations, une impossible estimation des parcours de consommation d'alcool

L'alcool est la substance pour laquelle on dispose du plus de détails sur les consommations des individus. Non seulement les différents types d'alcool sont distingués, mais les consommations au cours de différentes périodes sont renseignées avec plus de détails que ce qu'il en est pour le cannabis. Le jour de la dernière consommation ainsi que le nombre de consommations cette journée-là sont, à titre d'exemples, présentés. Derrière cette kyrielle de données ne se retrouve malheureusement aucune information qui puisse nous permettre de distinguer une quelconque évolution des parcours d'usage. Si nous n'en remettons pas en cause l'intérêt qu'elles représentent au niveau global, en cela qu'elles permettent d'avoir

connaissance des évolutions d'ensemble de la population française (Legleye et Beck [2007]), celles-ci s'avèrent tout autant inutilisables dans la compréhension des modifications individuelles des usages d'alcool. Nous avons tenté, à partir des observations des différentes distributions de consommations au cours des différentes périodes, d'élaborer quelques hypothèses de consommation afin que soient « reconstruits » les parcours, identiquement à ce qui avait été effectué pour le cannabis. Nous avons toutefois été confrontés à deux difficultés qui n'ont pas permis d'y parvenir. D'une part, certaines distinctions d'usage ne peuvent être identifiées de la même manière entre 2000 et 2005 en raison de modalités de réponses ne pouvant être toujours concordantes, d'autre part, il n'apparaît pas pour l'alcool de même similitude entre les observations réalisées en 2000 et 2005 que pour le cannabis. Or, c'est de ces faibles variations qu'il n'était pas à craindre de trop grandes divergences entre l'effectivité des parcours et les hypothèses énoncées. Il nous semble alors pour l'alcool trop peu rigoureux de proposer une quelconque mesure des parcours.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 3*

Les différentes substances ne bénéficient pas d'une même collecte en ce qui concerne les possibles distinctions de parcours d'usage. Si le tabac bénéficie d'une meilleure observation des parcours que le cannabis, cela ne tient pas du seul fait qu'il s'agisse d'une substance à laquelle on se soit intéressé plus précocement puisque l'alcool souffre d'une plus décevante identification des parcours. Deux éléments participent en fait aux données disponibles, et donc aux possibles connaissances relatives aux transformations des consommations. L'un tient au fait que les données récoltées tentent principalement de donner une vision instantanée des comportements plus que d'en comprendre les dynamiques qui participent à de telles observations. Ainsi, malgré la multitude de questions relatives aux consommations d'alcool, c'est la substance pour laquelle il n'est aucunement possible de comprendre les modifications d'usage. Les données relatives au cannabis ne permettent d'ailleurs *a priori* pas non plus de comprendre les mécanismes qui participent à l'évolution des différents stocks d'usagers référencés, et nécessitent d'avoir recours à l'énonciation théorique d'hypothèses qui nous ont permis, en partie, de combler le manque informationnel des données. Le second élément tient quant à lui au fait que l'usage de drogues, et l'assuétude qui en découle, sont des processus qui ne se traduisent pas par la réalisation d'évènements particuliers, mais plus par le renouvellement des consommations. Par conséquent,

l'identification des sous-populations, la plupart du temps arbitraire, peut s'avérer être *a posteriori* plus ou moins convenable. Ainsi, s'agissant du tabac, il s'est avéré que définir les usagers réguliers comme étant ceux qui déclarent fumer actuellement tous les jours, ou avoir anciennement fumé quotidiennement pendant plus de 6 mois, permettait de regrouper certains fumeurs aux comportements sensiblement comparables. Cela permet alors autant d'étudier la survenue de l'usage régulier, dont on a pu constater qu'elle avait lieu de plus en plus précocement, que l'arrêt. Reste néanmoins que pour étudier l'arrêt il fut nécessaire de comparer les tentatives d'arrêt des fumeurs actuelles, aux arrêts en cours de ceux qui se déclarent être anciens fumeurs. Par cette confrontation, nous avons pu accepter que les arrêts datant de plus de cinq ans soient identifiés comme des arrêts effectifs. *A contrario,* les arrêts plus récents pourraient n'être que des tentatives qui s'observeront, lors d'enquêtes ultérieures, comme des échecs d'arrêts. Une fois cette restriction des arrêts effectuée, l'analyse des arrêts de consommation régulière s'avère plus rigoureuse et montre notamment l'impact qu'a pu avoir la loi Veil sur ceux-ci. En effet, il apparaît une évolution conjoncturelle se traduisant par une plus forte hausse des quotients d'arrêt depuis la durée de la consommation quotidienne lors de sa mise en place. Néanmoins, étant ultérieurement suivie d'une baisse de ces mêmes quotients, il semblerait que cette évolution des arrêts se traduise plus par une accélération des arrêts que par une hausse de l'intensité de ces arrêts au sein des cohortes de fumeurs réguliers. L'étude de la consommation qualifiée d'« occasionnelle » est, quant à elle, largement soumise à l'hétérogénéité de la sous-population constituée. Ce n'est dès lors que par un regroupement important des cohortes d'expérimentateurs que peut être étudiée la survenue de l'arrêt. Celui-ci, contrairement à celui qui survient chez les fumeurs réguliers, tend à décroître au fil des durées écoulées depuis l'expérimentation, signe notamment d'une transformation de l'usage occasionnel en usage quotidien.

Les évolutions de tabac sont assez détaillées dans les transformations qu'elles ont connues et permettent ainsi de constater une fois encore en quoi le plus haut niveau de diplôme différencie les consommateurs. En effet, si on a observé une convergence de l'intensité de l'usage régulier des hommes et des femmes, cela tient en fait d'une réduction de l'usage régulier chez les hommes les plus diplômés, couplée à une hausse de cet usage chez les femmes les moins diplômées, alors que les hommes les moins diplômés et les femmes ayant les niveaux de diplômes les plus élevés ont stabilisé leurs entrées dans l'usage régulier au fil des générations. Les arrêts du cannabis ne peuvent pour l'heure qu'être mesurés qu'à un niveau de détail plus faible. Reste que comme pour le tabac, cinq ans d'arrêt de consommation peuvent être une différenciation acceptable entre tentatives d'arrêt et arrêts

définitifs. Pour ce qui est des autres usages, nous avons été contraints d'assimiler période d'occurrence des usages et intensité de ces usages. Si cette assimilation est peu probante pour les périodes les plus larges, elle s'avère convenable lorsque la période est relativement réduite.

# <u>Chapitre 4</u> : L'utilisation des projections : un outil prospectif et d'estimation des biais

Après avoir indiqué qu'il existait une mortalité différentielle entre les expérimentateurs de drogues et les abstinents, nous avons décidé, lors de l'analyse des parcours d'usage, de prendre les diverses possibles mesures relatives à ces modifications de l'usage en faisant, afin de simplifier l'analyse, l'hypothèse que cette mortalité différentielle n'existait pas. Ces mesures vont à présent pouvoir être utilisées à des fins distinctes. D'une part, elles vont nous permettre de prendre la mesure des biais qu'induit la mortalité différentielle sur celles-ci, d'autre part, nous élaborerons des projections prospectives de l'évolution des usages de drogues à court moyen terme.

Toutefois, en raison des restrictions auxquelles nous ont précédemment contraintes les données, nous nous centrerons exclusivement sur les consommations de tabac et de cannabis. Si on peut regretter que ne soient pas abordées les autres substances, ces mesures vont néanmoins, permettre, entre autres, de présenter les grandes lignes d'une méthodologie qu'il ne suffirait alors plus qu'à transposer aux autres substances, une fois les données disponibles dans les enquêtes rétrospectives.

En outre, c'est ce en quoi la méthode de mesures des bais et celle des projections sont concordantes qui justifie que ces deux éléments soient regroupés dans ce chapitre. En effet, pour l'un comme l'autre des objets abordés à présent seront effectuées des projections à partir des observations rétrospectives réalisées à partir des données 2005. Ce en quoi il apparaît une distinction est qu'établir une projection sur des données collectées en 2000 nous permettra de confronter projections et observations, alors qu'établir des projections sur des données 2005 ne pourra nous permettre que d'effectuer des prospections. Les projections nous permettront enfin d'avoir une idée de l'importance que ceux-ci auront sur les mesures à venir, dans l'éventualité où aucune modification ne serait apportée.

La mesure des biais que nous pourrons obtenir ne pourra toutefois encore être qu'imparfaite pour l'heure. Nous prendrons donc le soin d'expliquer en quoi celle-ci est perfectible et à quelle occasion elle pourra être corrigée.

## ***<u>Section 1</u> – Mesures des biais dus à l'observation rétrospective dans les mesures d'usages***

Puisque les mesures élaborées pour le tabac et le cannabis différèrent en raison des données disponibles, nous devrons également procéder distinctement dans la mesure des biais qui pourrait être effectuée pour chacune de ces substances. Par conséquent, plutôt que de présenter la méthodologie utilisée puis, par la suite, de présenter les résultats obtenus lors de l'application à chacune des produits, nous la présenterons au fur et à mesure des indicateurs mis en place. Puis nous procèderons en suivant à la présentation des biais et de leur possible interprétation.

### §1 – Les biais induits chez les consommateurs de tabac

#### I – <u>Reconstruction des données observées en l'absence partielle de mortalité différentielle</u>

Nous avons réalisé différentes mesures relatives à la consommation de tabac, allant de l'expérimentation à ce que nous avons assimilé à son arrêt définitif, soit avoir arrêté depuis au moins cinq années. Chacune d'entre elles a été réalisée à partir des données collectées en 2005, et contient donc en elle d'une part, les informations, qui en théorie sont également contenues dans l'enquête baromètre 2000, et d'autre part, les informations relatives aux évènements ayant eu lieu entre les deux enquêtes. Il est donc *a priori* possible de reconstituer les données observées en 2005 en appliquant aux individus enquêtés en 2000, selon les caractéristiques qu'ils présentent au moment de l'observation, les lois de probabilités obtenues sur la période 2000 à 2005.

La première étape de cette reconstitution est la reproduction de la base de sondage de l'enquête 2000 en effectuant la transformation d'une base pondérée en une base où chaque individu a le même poids, sans pour autant que les informations soient altérées. En effet, afin d'être représentatif de l'ensemble de la population, les individus enquêtés lors de l'enquête baromètre santé 2000 ont subi une procédure de redressement réalisée par l'octroi d'un coefficient de pondération pour chacun des individus. Dans la mesure où seront simulés les

évènements que connaissent les individus, l'intégration des individus aux diverses sous-populations auxquelles nous ferons références (expérimentateurs, fumeurs réguliers, anciens fumeurs,…) ne peut être gérée qu'en tenant compte de ces pondérations. Il a donc été décidé de reconstituer ces individus proportionnellement aux coefficients qui leur ont été affectés, puis de leur appliquer les caractéristiques des individus selon les mêmes distributions que celles observées dans l'enquête pondérée.

Ici, l'objectif est de confronter les données qui seraient observées en 2005, à partir des individus enquêtés en 2000 aux données réellement observées en 2005. Les individus étant âgés de 15 à 74 ans en 2000, ils sont, par itération, âgés de 20 à 79 ans en 2005. Les données collectées en 2005 ne concernent toutefois que les 15-75 ans lors de l'enquête. Par conséquent, la population informatiquement reproduite présente la même structure par sexe et âge que les générations 1930-1984 enquêtées en 2000 alors âgées, de 15 à 69 ans lors de l'enquête, et de 20 à 74 ans en 2005. À cette population est appliqué le statut tabagique actuel des individus selon leur sexe et leur âge au moment de l'enquête. S'agissant de ceux pour lesquelles il s'avère qu'ils ne fument pas actuellement, leur est alors attribué le fait d'avoir ou non déjà expérimenté le tabac au cours de leur vie. Par la suite, est défini, pour les fumeurs actuels et les expérimentateurs ne fumant pas actuellement, l'âge auquel ceux-ci ont fumé leur première cigarette. Une fois l'âge à l'expérimentation attribué, est affecté, selon cet âge, le sexe et l'âge des individus, le type de consommations qu'ils ont antérieurement eu du tabac. Pour ceux qui se voient attribuer un usage régulier, il convient de définir la durée écoulée entre la première consommation et le début de leur consommation régulière. Dès lors, il est possible de reconstituer l'âge auquel les individus ont débuté leur consommation régulière du tabac, en tenant compte de la génération à laquelle ils appartiennent, de leur sexe, et de la promotion d'expérimentateur qu'ils ont intégré. Enfin, une fois cette réattribution « pseudo-aléatoire » des différents éléments effectuée, ils servent, eux-mêmes, à définir la durée après laquelle l'arrêt des consommations a lieu. Cependant, notons que par la suite les probabilités d'arrêts des consommations de tabac entre 2000 et 2005 tiennent compte du fait que les individus sont identifiés comme anciens fumeurs effectifs à condition que l'arrêt date d'au moins cinq ans, par conséquent, si les durées de consommation se traduisent par un arrêt ayant lieu après 1995 (soit cinq ans avant l'enquête de référence) les individus retrouvent leurs caractéristiques antérieures à l'arrêt.

Une fois la base de sondage ainsi reconstituée, il est possible d'utiliser les mesures obtenues lors de l'enquête baromètre 2005 pour reconstituer les évènements que devraient *a priori* connaître les individus enquêtés en 2000 au cours de la période 2000-2004. Pour cela,

on soumet aux abstinents la probabilité d'expérimenter à chaque âge, à condition qu'ils parcourent ces âges au cours de la période simulée, ce qui permet de disposer des expérimentations ayant eu cours avant 2005 des enquêtés en 2000. Aux fumeurs qui n'auraient jusqu'alors pas connu d'usage régulier du tabac, il leur est, de la même manière, appliquée la probabilité de connaître un usage régulier du tabac selon leur âge, leur sexe, et l'année à laquelle ils ont fumé leur première cigarette. Une fois encore, il est pris soin de ne considérer, dans la population susceptible de connaître l'évènement, que les seuls individus pour lesquels la durée écoulée entre la première consommation et l'usage régulier se traduit par une occurrence de l'entrée dans la sous-population des fumeurs réguliers ayant lieu entre 2000 et 2005. Enfin, est apposée à l'ensemble des fumeurs réguliers la probabilité d'avoir arrêté depuis au moins cinq ans leurs consommations. Notons que ceux dont l'usage régulier date de moins de cinq ans, au moment où sont appliquées les probabilités d'arrêt, sont exclus en raison du choix qu'il a été fait concernant la qualification des arrêts effectifs.

Les données obtenues pour 2005, à partir d'une base de sondage reconstituée de telles sortes qu'elle présente les mêmes informations que la base pondérée de 2000 et des mesures effectuées à partir des données 2005, ne permet pas d'obtenir une parfaite mesure de ce qui s'observerait en l'absence totale d'entrée ou sortie différentielle. En effet, s'appuyer sur les données de 2000 nous permet d'exclure la mortalité différentielle entre 2000 et 2005 des individus, selon les caractéristiques qu'ils présentent en 2000, puisque cela revient à les faire vivre cinq années de plus, sans qu'ils connaissent de mortalité différentielle. Ainsi, à l'exclusion des évènements qu'ils ont connus entre 2000 et 2005, le différentiel qui se constaterait entre les données simulées et les données observées tiendrait de flux différentiels selon les caractéristiques des individus en 2000. Reste que pour les évènements simulés sur la période qui sépare les deux enquêtes, ceux-ci ne peuvent qu'être le résultat de la manifestation simultanée des phénomènes étudiés et perturbateurs. Ces derniers contiennent en eux l'entrée ou la sortie différentielle des usagers. Cela s'avère toutefois peu dommageable du fait que la grande majorité des comportements tabagiques sont acquis précocement, ce qui signifie que la mortalité différentielle qui apparaîtrait dans la simulation des évènements entre 2000 et 2005 ne concerne en fait que les populations les plus jeunes.

Toutefois, en raison de cette limite, et d'un échantillonnage trop faible, notamment en 2000 où la base de sondage est moitié moins importante que celle de 2005, seules quelques mesures pourront être réalisées en ne distinguant les individus que par rapport à une seule

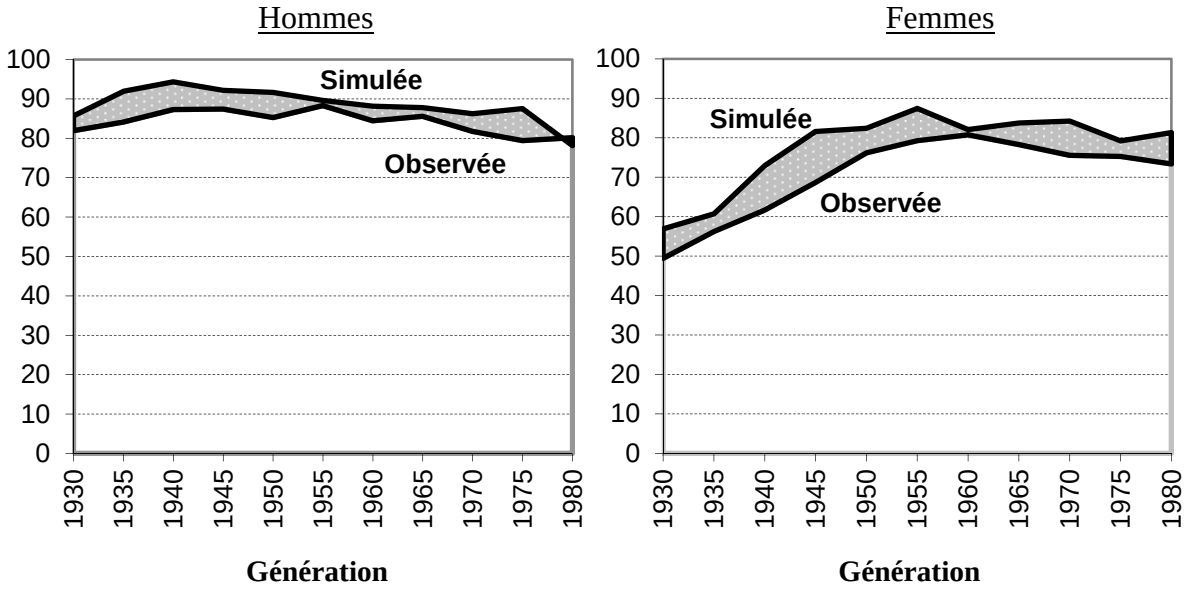
caractéristique. En effet, nous connaissons ici les mêmes limites que celles auxquelles nous étions confrontés lors de la mesure de mortalité différentielle[289].

## II – Présentation et analyse des biais relatifs à quelques mesures du phénomène d'usage de tabac

On a donc, selon la méthode précédemment présentée, réalisé les séries simulées de la part respective d'expérimentateurs, d'individus ayant fumé régulièrement au cours de leur vie, et de fumeurs en 2005. Chacune d'entre elles a ainsi pu être confrontée aux séries dites « observées » en cela qu'elles sont le résultat des données de l'enquête réalisée en 2005.

S'agissant de l'expérimentation du tabac, on retrouve sans surprise un biais induit par la mortalité différentielle dont nous avions plus avant pris la mesure (graphique nº 126). En effet, l'écart qui apparait entre les deux séries n'est autre que le différentiel d'entrée/sortie auquel sont soumis les expérimentateurs dont nous avions fait l'hypothèse qu'il s'agissait de mortalité différentielle.

**Graphique 126 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant expérimenté le tabac selon la génération et le sexe**



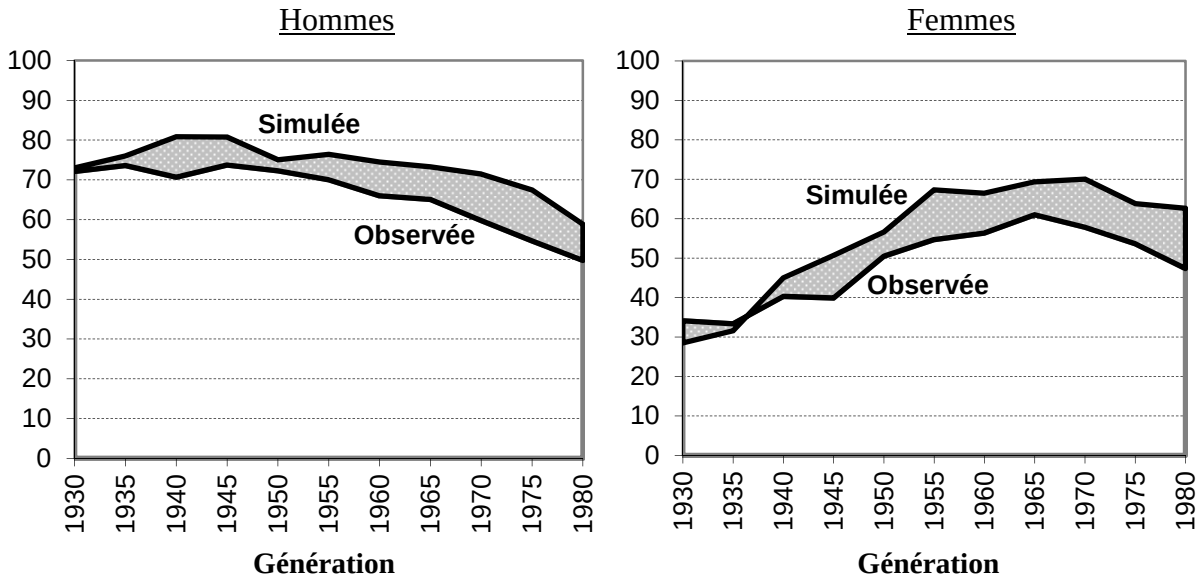

Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

[289] On ne pourra par exemple pas prendre la mesure de biais en distinguant les individus selon leur âge et la durée depuis laquelle ils ont expérimenté le tabac. Cf. premier chapitre ce cette même partie.

Ainsi, chez les hommes comme chez les femmes, le biais de mesure est, chez les générations les plus jeunes et les plus anciennes, plus important qu'il ne l'est chez les générations intermédiaires. En effet, la surface constituée par l'écart de chacune des séries se réduit plus on se rapproche des générations pour lesquelles le biais est quasi inexistant, à savoir les générations masculines de 1955-1959 et féminines de 1965-1969. L'apparition de tels biais nous laissait supposer que ces biais pouvaient être assimilés, autant chez les plus jeunes que les plus âgés, à de la mortalité différentielle. Toutefois, celle-ci se distinguait par la manière dont elle se traduisait. Alors que chez les plus jeunes, cette mortalité différentielle répondrait à une distinction des individus en cela que les expérimentateurs seraient également plus sujets à d'autres comportements à risques que les abstinents ; chez les plus âgés, la mortalité différentielle qui apparaît résulterait, cette fois, des conséquences morbides du tabac.

Ces conséquences morbides sont d'autant plus importantes, ou du moins se manifestent d'autant plus que l'usage du tabac est important. La confrontation des séries observées et simulées de la part des personnes ayant, au cours de leur vie, eu un usage régulier du tabac peut alors nous permettre d'infirmer ou de confirmer cela. L'écart qui apparaît entre les données simulées et observées s'avère bien être, en ce qui concerne l'usage régulier, plus important qu'il ne l'est à l'égard de la distinction selon le fait d'avoir ou non expérimenté le tabac (graphique nº 127).

**Graphique 127 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant eu un usage régulier du tabac selon la génération et le sexe**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

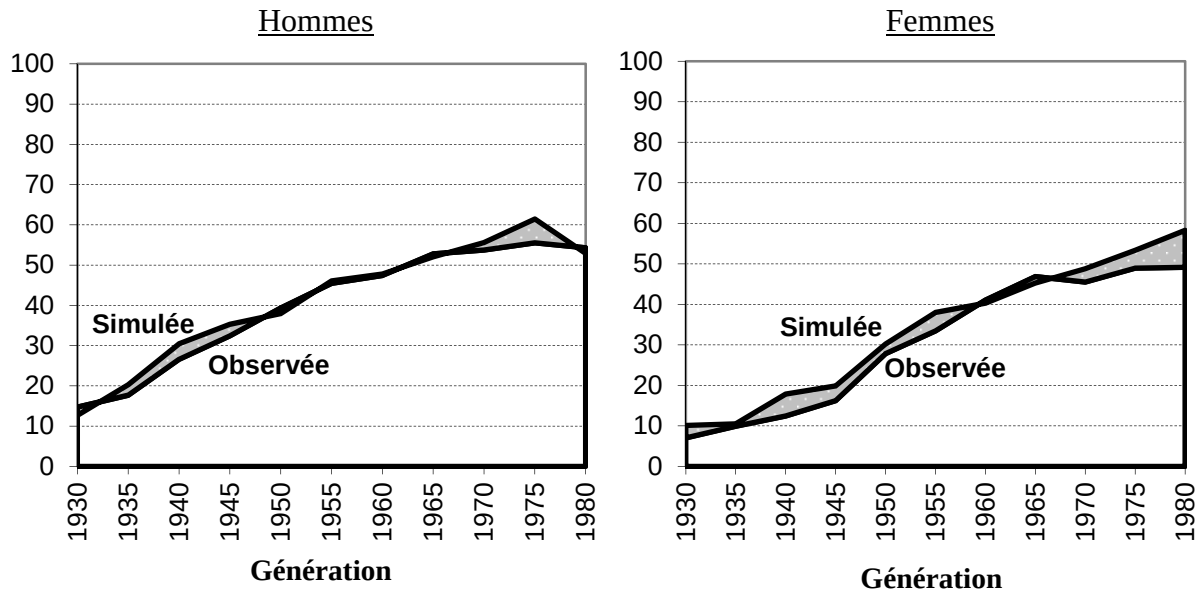
Une fois encore, le biais dû à l'observation rétrospective concerne autant les générations les plus anciennes, susceptibles de présenter une mortalité différentielle qui s'explique par une mortalité due au tabac, que les générations les plus jeunes, *a priori* non sujettes à la mortalité attribuable au tabac. Ce biais est, par ailleurs, de plus grande ampleur qu'il ne l'est en ce qui concerne l'expérimentation. Il semble donc que la sélection qui s'opérait par l'expérimentation des personnes ayant des comportements à risques, également plus importants s'agissant d'autres phénomènes que l'usage du tabac, soit également effective pour les personnes qui auraient eu un usage régulier du tabac. Non seulement, il apparaît que les individus ayant eu un usage régulier du tabac sont, comme l'ensemble des expérimentateurs, également plus susceptible d'avoir des comportements leur attribuant des probabilités de décès plus importantes. Il est également à noter, puisque la surface représentative du biais est plus importante, que les usagers réguliers ont également plus de comportements à risque que l'ensemble des expérimentateurs. Cette plus grande propension au risque se traduit également par une discrimination des individus marquée plus tardivement qu'elle ne l'est entre les expérimentateurs et les abstinents. En effet, c'est, chez les hommes comme chez les femmes, au sein des générations 1950-1954 que la mortalité différentielle apparaît la moins importante.

Chez les générations les plus anciennes, le biais augmente de nouveau pour, par la suite, se réduire jusqu'à être quasi inexistant. Les fumeurs réguliers sont, plus que les seuls expérimentateurs, soumis à la mortalité attribuable au tabac. C'est donc parmi eux qu'elle est le mieux observable. Le fait que celle-ci baisse chez les générations les plus anciennes laisse donc supposer qu'elle se manifeste très fortement à l'âge de 55 ans, mais qu'elle apparaît par la suite de moindre importance. D'une part, car ceux qui sont décédés à cet âge là ont déjà subi la mortalité différentielle afférente, celle-ci ne se retrouvant par la suite plus chez les personnes ayant dépassé cette limite d'âge. D'autre part, car la mortalité attribuable au tabac se retrouve, avec l'augmentation de l'âge des individus, en concurrence avec un plus grand nombre de causes de mortalité, faisant ainsi réduire le poids des décès liés au tabac chez les plus âgés, et entraine donc une moindre mortalité différentielle. Le décalage des générations concernées par une mortalité quasi-nulle s'explique alors par la part des personnes ayant déjà fumé régulièrement parmi l'ensemble des expérimentateurs. Il ne peut toutefois en être de même en ce qui concerne le fait que, chez les plus anciennes générations de fumeurs réguliers, le biais soit inexistant alors que, chez les expérimentateurs, ce biais est plus importants puisque. Chez les hommes, la part des fumeurs réguliers parmi les expérimentateurs était, comme nous l'avions constaté, relativement stable. Il est donc malheureusement à présent

identifié que si le biais tient très certainement d'une partie de la mortalité différentielle des fumeurs, et ce, quel que soit le type d'usage qu'ils ont du tabac, les biais tiennent également de biais inhérents à la collecte elle-même. En effet, la moindre expérimentation des plus âgés, parmi les données observées qu'au sein des données simulées, pourrait s'expliquer par le biais de mémoire relatif aux enquêtes rétrospectives. S'éloignant un peu plus de l'année de l'expérimentation, les plus anciennes générations perdent connaissance des consommations les moins importantes, ce qui se traduit alors artificiellement par une sortie différentielle. L'usage régulier étant, par définition, plus important que l'expérimentation, les individus seraient moins soumis au risque d'oublier l'évènement, ce qui expliquerait que ce biais n'apparaisse alors pas.

Apparaissent enfin les plus faibles biais de mesure, s'agissant de la confrontation de la part des fumeurs actuels en 2005, selon qu'elle soit issue des simulations ou des données observées (graphique nº 128). Le premier élément d'un moindre biais tient évidement au fait qu'il n'est pas ici question d'un possible biais de mémoire puisqu'il s'agit ici d'un état effectif au moment de l'enquête. Ce biais pourrait éventuellement se retrouver en ce qui concerne la simulation des arrêts. Cela concerne toutefois uniquement les usagers réguliers, dont on a noté qu'ils sont également moins sujets aux omissions relatives à des usages plus importants que l'expérimentation.

**Graphique 128 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus fumant en 2005 (en %) selon la génération et le sexe**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

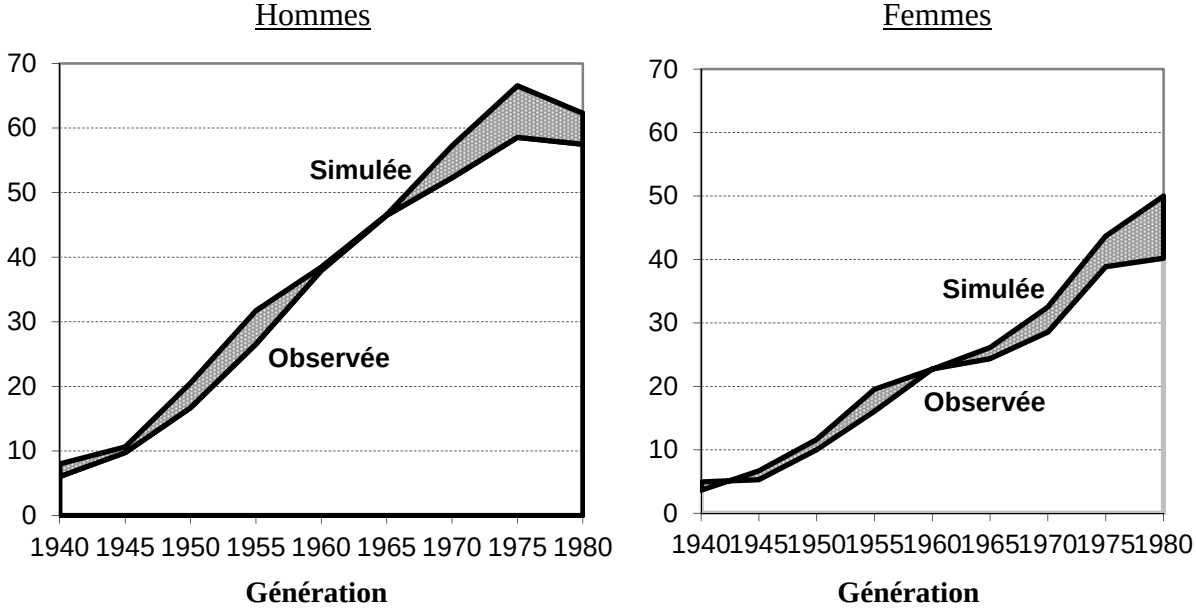
Toutefois, bien qu'étant moins susceptible d'oublier leur consommation régulière que l'expérimentation, il n'en reste pas moins qu'ils ne peuvent qu'être plus aisément déclarant à tort d'un non-usage régulier que d'un usage actuel. Dans l'éventualité où il n'y aurait pas d'erreur de déclaration, alors le moindre biais qui apparaît ici, pour les fumeurs actuels, révèlerait que les consommations régulières des individus les plus âgés, ayant cessé de consommer, n'ont pas annulé pour autant l'ensemble de la morbidité qui était associé à ces consommations, puisque dans le cas contraire le biais constaté chez ceux ayant déjà fumé régulièrement au cours de leur vie se retrouverait également chez les fumeurs actuels.

## §2 – Les biais induits chez les usagers de cannabis

La reconstitution de la base de sondage 2000 nécessaire à l'estimation des biais de mesures des usagers de cannabis s'est réalisée similairement à ce qu'il en a été pour les consommateurs de tabac. Toutefois, le moindre niveau de détails des parcours d'usages qui pouvaient être distingué à également entraîner une reproduction moins importante d'informations, puisqu'elles se limitent cette fois à l'expérimentation du cannabis et au fait d'avoir ou non consommé au cours des trente derniers jours.

S'agissant des expérimentations de cannabis, et contrairement à ce qu'il en avait été pour le tabac, on ne retrouve pas ici un biais qui se traduirait par les effets constatés lors de la mesure de mortalité différentielle. En effet, alors qu'il avait été, à cette occasion, constaté que les femmes expérimentatrices bénéficiaient d'une sous-mortalité s'expliquant par leur appartenance à une sous-population favorisée à l'égard de la mortalité, celle-ci ne se retrouve guère ici (graphique n° 129). Si l'écart entre séries observées et séries simulées s'avère légèrement moins important chez les hommes que chez les femmes, il n'en reste pas moins que les simulations restent supérieures aux données collectées. Cela qui s'avère représentatif d'une surmortalité entre 2000 et 2005. Par conséquent, puisque les séries simulées tiennent compte de la sous-mortalité des personnes étant déjà expérimentatrices en 2000, l'apparition ici d'une surmortalité, illustre la différenciation des expérimentateurs plus anciens (antérieur à 2000 récents) comparativement aux expérimentateurs plus récents (ceux ayant consommé entre 2000 et 2005) qui, ces derniers, présenteraient une surmortalité.

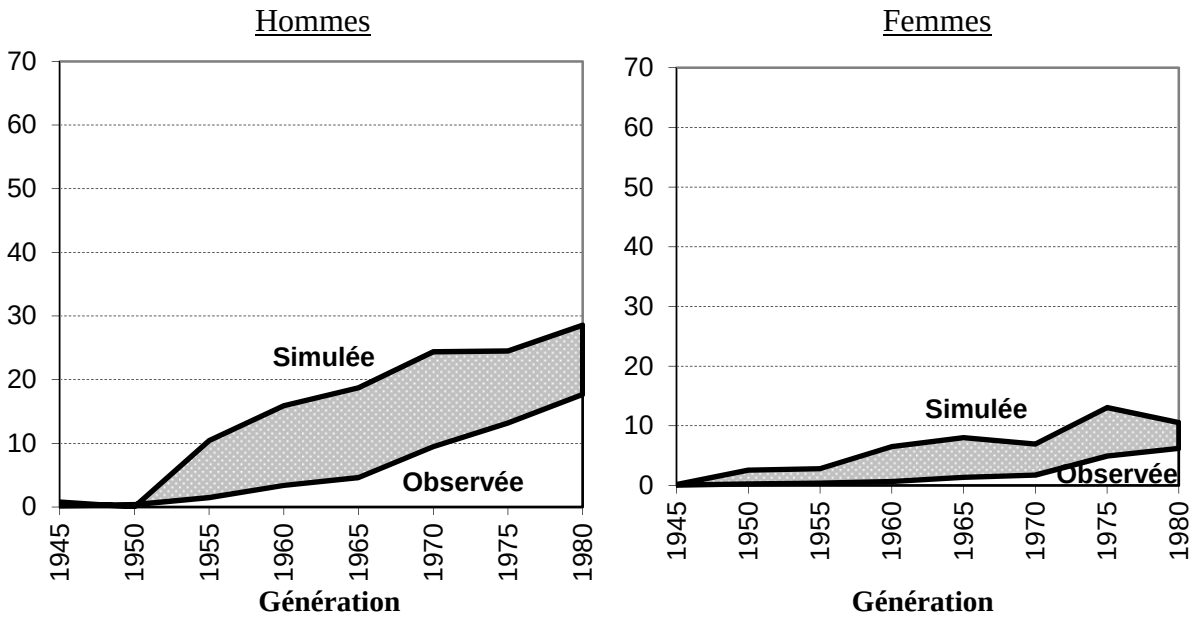
**Graphique 129 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant expérimenté le cannabis selon la génération et le sexe**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

Si on qualifie de « régulier » l'usage qui est fait du cannabis par les personnes déclarant en avoir consommé au cours des 30 derniers jours, on constate que la surmortalité à laquelle ils sont soumis est sans commune mesure à celle qui s'observe chez les expérimentateurs (graphique nº 130).

**Graphique 130 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant un usage régulier du cannabis selon la génération et le sexe**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

Bien évidemment, il est difficile d'assimiler ici la différence apparaissant entre séries observées et simulées au seul fait de la mortalité différentielle. Rappelons que nous avons dû procéder à de nombreux arbitrages pour tenter de pouvoir distinguer un parcours d'usage autre que l'expérimentation à partir des données existantes. On ne peut que constater une importante différence de niveau des biais entre l'expérimentation et l'usage régulier sans pouvoir réellement les justifier. Toutefois, ces arbitrages sont identiques pour chacun des deux sexes, c'est pourquoi il est néanmoins possible de se permettre quelques commentaires sur leurs différences.

Non seulement, le biais observé pour les femmes ayant un usage régulier est plus important que pour les hommes faisant le même usage du cannabis, mais le différentiel qui apparaît entre le biais des expérimentateurs et des usagers réguliers est également moindre chez les femmes qu'il ne l'est chez les hommes. Or, lorsqu'il était question des consommations de tabac, la différence de mortalité différentielle afférente à des comportements à risques, selon le type d'usage, était plus importante chez les femmes que chez les hommes. Dès lors, en supposant qu'un surplus discriminatoire, en termes de comportements à risques, se manifeste égalent à l'égard des consommatrices de cannabis, il en découlerait par conséquent que la mortalité différentielle des consommateurs réguliers de cannabis tient en grande partie d'une mortalité imputable à celui-ci, sans que l'on en connaisse à l'heure actuelle l'ensemble des manifestations.

## ***Section 2 – Étude prospective des usages observables***

À présent qu'a été clairement identifié que les mesures rétrospectives relatives aux usages de drogues souffrent d'un biais de sortie différentielle qui, en général, est d'autant plus important que les usages le sont également, la nécessité que représenterait des modes d'observations, certes plus complexes, mais qui éviterait de se méprendre quant aux évolutions qui pourraient, en partie, résulter de ces biais et non de réelle modification des usages, apparaît comme plus évidente.

Dans l'attente de telles collectes, le renouvellement, et l'amélioration, de la mesure des biais pourraient, à terme, permettre de corriger les mesures effectuées jusqu'à présent. Le perfectionnement de ces mesures tient principalement à trois composantes. La première concerne l'augmentation du taux d'échantillonnage, pour l'heure trop faible pour que puisse être entrepris d'autres mesures que la manifestation d'un phénomène dans une cohorte

*naia*[290], alors que l'on pourrait souhaiter décomposer ces cohortes en sous cohortes ayant connu un évènement *ia*[291] au cours d'une même période[292]. La seconde est relative aux données collectées qui ne permettent pas actuellement de distinguer les parcours d'usages. La troisième, enfin, tient au fait qu'en raison de la récente mise en place d'enquêtes rétrospectives mettant à disposition des données comparables d'une période à l'autre, une partie des mesures n'est encore qu'incomplète ; c'est notamment le cas des sorties différentielles des nouveaux entrants (ceux ayant intégré la sous-population considérée entre les deux enquêtes). Nous ne pouvons pas non plus avoir connaissance des évolutions de ces sorties différentielles.

Ainsi, si on qualifie de prospectives les projections à venir, elles le sont autant en cela qu'elles présentent *a priori* ce qui devrait être observé à l'avenir, sous les conditions qui seront énoncées que du fait qu'elles constitueront les éléments de confrontations aux données observées, lors de la prochaine enquête baromètre santé, pour parfaire les indicateurs des biais relatifs à l'observation rétrospective.

## §1 – Prise en compte des éléments correctifs des projections

Ne disposant de mesure des biais que pour la période 2000-2005, il ne nous est pas possible de proposer d'évolutions autres que la reproduction de ceux-ci sur les périodes suivantes. À ce titre, le renouvellement des enquêtes baromètre santé permettra de perpétuer les mesures initiées dans ce travail, et permettrons donc, non seulement leurs améliorations, mais également une meilleure connaissance de la nature des biais par les informations sous-tendues au travers des évolutions. Il convient néanmoins de décider de la nature de cette reproduction, c'est-à-dire de la méthode de correction[293] qui nous semble la plus appropriée. On pourrait en effet décider de projeter les populations à un horizon quelconque, en l'absence de biais, puis de soustraire aux mesures obtenues un biais de même ampleur. Cela reviendrait cependant à considérer que le biais ne relève pas d'une relation entre l'ampleur des phénomènes et les biais, mais plus d'une erreur intrinsèque à la collecte alors difficilement transposable d'une période à l'autre. Plusieurs options se posent également quant à

[290] Nécessairement et immédiatement antérieur. Cf. Partie 1 chapitre 3.
[291] Immédiatement antérieur.
[292] En pratique cela signifie que l'on pourrait ainsi étudier la sortie différentielle des usagers selon la durée écoulée depuis l'expérimentation et la génération à laquelle ils appartiennent, ce qui n'a pu être réalisé ici.
[293] Il s'agirait en fait plus ici d'« anticorrection » dans la mesure où l'objet est ici de simuler les observations à plusieurs instant *t* futurs lors d'enquêtes soumises aux mêmes risques d'erreur.

l'imbrication des biais du fait que les sous-populations auxquelles ils sont rattachés soient, selon nous, liés.

Certes, et comme nous avons eu l'occasion de le mentionner à quelques reprises, il est probable que l'ensemble du biais ne tienne pas exclusivement à de la mortalité différentielle, mais s'explique pas d'autres biais, notamment les erreurs de déclarations, qu'elles soient ou non volontaires. Par conséquent, la sortie plus importante d'une sous-population de la population observée pouvait résulter en fait de la réversion factice d'un état pourtant irréversible. Pour autant, s'il ne s'agit pas de mortalité différentielle. L'importance de ce biais est directement liée à l'ampleur des phénomènes considérés, puisqu'il ne peut concerner qu'exclusivement ceux ayant connu les évènements par lesquelles se manifestent ces derniers.

Nous procèderons donc à un ajustement des données simulées en termes de « conservation relative des états », composée du statut vital des individus et de leur appartenance, ou leur entrée, dans une sous-population. Néanmoins, nous conservons l'idée selon laquelle la composante vitale de ces états est liée à l'intensité des usages des substances, et donc qu'il existe une imbrication ordonnée de la conservation de ces états.

Il convient alors de déterminer prioritairement le coefficient de conservation relatif des états des usagers réguliers. Sans biais, on constaterait l'égalité suivante : $\frac{R_x^{simu}}{Pop_x^{simu}} = \frac{R_x^{obs}}{Pop_x^{obs}}$ ; où $R_x^{simu}$ et $R_x^{obs}$ représentent respectivement les individus d'âge *x* simulés et observés ayant déjà eu un usage régulier, et $Pop_x^{simu}$ et $Pop_x^{obs}$ sont respectivement l'ensemble des individus d'âge *x* simulés et observés. Cela ne s'avérant pas être le cas, l'égalité ne peut être vérifié qu'à condition d'appliquer aux données simulées un coefficient de conservation relative des états $\alpha_x^R = \frac{R_x^{obs} \times Pop_x^{simu}}{R_x^{simu} \times Pop_x^{obs}}$. De manière similaire, on détermine $\alpha_x^E$, le coefficient de conservation des états des expérimentateurs n'ayant pas eu d'usage régulier $\alpha_x^E = \frac{\left(E_x^{obs} - R_x^{obs}\right) \times Pop_x^{simu}}{\left(E_x^{simu} - R_x^{simu}\right) \times Pop_x^{obs}}$ ; où $E_x^{simu}$ et $E_x^{obs}$ représentent respectivement les individus d'âge *x* simulés et observés ayant déjà expérimenté la substance considérée. Enfin, on réalise un même type de coefficient s'agissant des abstinents $\alpha_x^A = \frac{\left(Pop_x^{obs} - E_x^{obs}\right) \times Pop_x^{simu}}{\left(Pop_x^{simu} - E_x^{simu}\right) \times Pop_x^{obs}}$.

Si on note $CE_x$ la conservation des états de l'ensemble de la population d'âge *x*, et $CE_x^U$ celles des individus ayant l'usage U (où U=R ;E ;A), on peut décomposer chacun des

coefficients de conservation des états de la manière suivante $\alpha_x^U = \frac{CE_x^U}{CE_x}$ afin de respecter l'égalité $Pop_x^{simu} \times CE_x = Pop_x^{obs}$, où $CE_x$ représente la probabilité de rester dans la population observée et observable. Puisque la mortalité n'est pas le seul élément qui fasse sortir les individus de la population observable lors des enquêtes en population générale, le $CE_x$ de référence est défini de telle sorte que le coefficient de conservation relatif des états le plus élevé soit égal à l'unité. Ce sont alors les $CE_x^U$ qui seront injectés dans les simulations, et qui détermineront le fait que les individus restent ou non dans la population observable.

## §2 – Évolutions prospectives des mesures d'usages

Afin d'apprécier une dernière fois l'impact des biais introduits par l'utilisation d'enquêtes rétrospectives relatives aux usages de drogues, mais également, la nécessité de recourir à une collecte plus propice à la distinction des parcours d'usages, nous procèderons à la projection des part d'expérimentateurs et de personnes ayant eu un usage régulier du tabac, ou du cannabis, à l'horizon 2050, sous l'hypothèse d'une reproduction des comportements d'usages et des biais de mesures.

S'agissant de l'expérimentation, la méthode de projection est identique pour le tabac et le cannabis. Une fois la base de sondage reconstituée en 2005, selon les mêmes principes que ceux énoncés pour la basse 2000 utilisée pour la mesure des biais, sont attribuées aux individus les probabilités d'expérimenter au cours des cinq prochaines années (celles que présentaient en 2005 les générations de cinq années leurs aînées). Autrement dit, on applique aux individus d'âge *x* en 2005, la même probabilité d'expérimenter, entre 2005 et 2010, que celle qu'ont eue les individus d'âge *x+5* d'expérimenter entre 2000 et 2005. Il leur est ainsi attribué une promotion d'expérimentateur à laquelle ils appartiennent.

En ce qui concerne le tabac, le fait de devenir fumeur régulier s'obtient en attribuant, aux expérimentateurs n'ayant jamais eu de consommations régulières, les probabilités de connaître ce type d'usage à chaque durée écoulée depuis l'expérimentation du tabac. Seuls les usages réguliers initiés au cours de la projection quinquennale sont retenus. Dans le cas contraire, les individus restent bien évidemment expérimentateurs.

L'usage régulier du cannabis n'a pu qu'être assimilé à la consommation au cours des trente derniers jours. Par conséquent, ce n'est qu'en attribuant aux consommateurs des 30

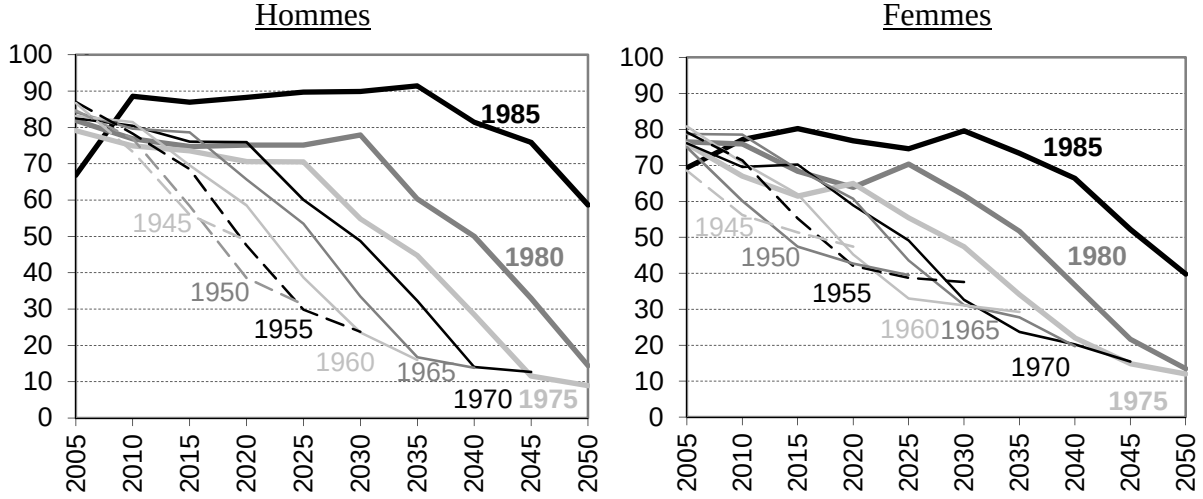
derniers jours les probabilités de conservation des usages, identiquement à la méthode utilisée pour l'attribution des probabilités d'expérimentation, qu'il nous est possible d'estimer, cinq années plus tard, quelle sera la part qu'ils représenteraient en l'absence de biais.

Le biais de mesure est réintroduit en appliquant aux individus le coefficient de conservation des états relatifs à l'usage le plus important que connaîtraient les individus en l'absence de sortie de la population observée et observable.

Bien que n'ayant eu recours à d'autres hypothèses que la seule reproduction des comportements et des biais au fil des années, les différences apparaissant entre les produits quant à l'acquisition des usages, et la distinction de ceux-ci, permettent d'avoir une illustration satisfaisante des diverses hypothèses prospectives que nous aurions pu formuler.

S'agissant de la part des expérimentateurs de tabac, il s'observe qu'une fois atteint l'âge de 50-54 ans, celle-ci décroît alors qu'elle ne pourrait théoriquement n'être qu'amené à croître (graphique nº 131). L'expérimentation n'ayant toutefois que très rarement lieu aux âges élevés, la sortie différentielle n'est presque pas compensée par l'entrée de nouveaux arrivants, dans la sous-population des personnes ayant au moins expérimenté le tabac après cet âge. Cela s'avérant être le cas auparavant, le biais induit par la mortalité différentielle, qui ne peut plus être la mortalité attribuable au tabac, fait que cette proportion d'expérimentateurs est amené à ne baisser que faiblement, voir augmenter quelques années chez les générations les plus jeunes.

**Graphique nº 131 : Part d'expérimentateurs de tabac qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de générations[294]**



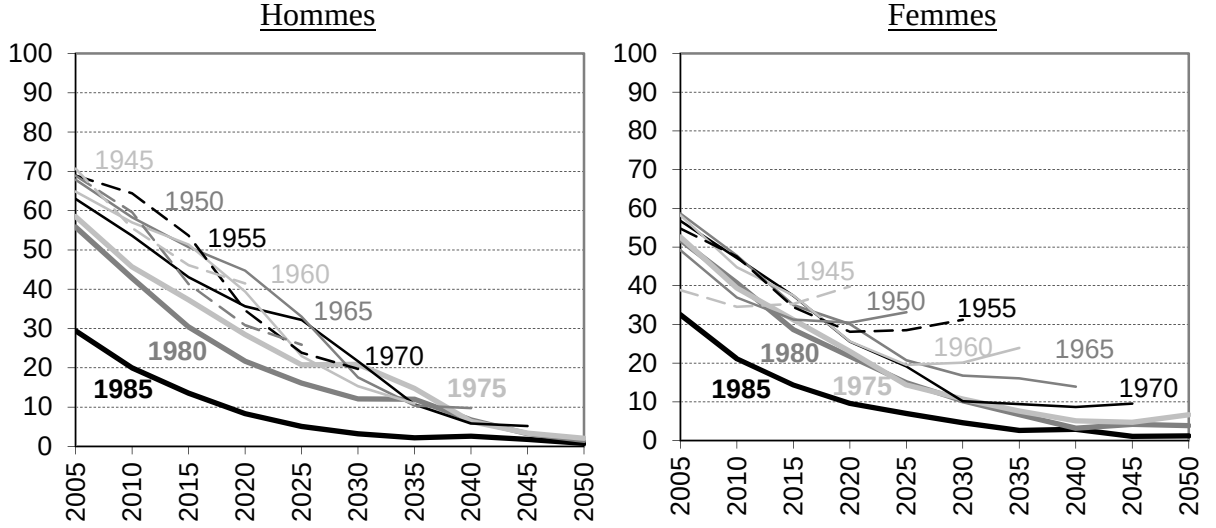

Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

[294] Pour plus de lisibilité sur les graphiques, seule la génération la plus ancienne du groupe quinquennal est indiquée.

La baisse phénoménale des niveaux d'expérimentation, de l'âge des individus lors de l'enquête 2005 à l'âge de 74 ans – âge où il est considéré que les individus ne seraient plus enquêtés – révèle, comparativement aux niveaux d'expérimentation constatés chez les générations les plus anciennes de l'enquête 2005, chez les hommes, que la sortie différentielle qu'ont connu les expérimentateurs entre 2000 et 2005 ne peut être celles qu'ils ont connu précédemment à chaque âge. En d'autres termes, si la sortie différentielle des expérimentateurs masculins s'apparente à de la mortalité différentielle, celle-ci tend à être plus importante actuellement qu'elle ne l'était auparavant. Précisons que cela ne signifie aucunement que le tabac est responsable de plus de décès qu'il ne l'était anciennement, mais qu'en raison d'une baisse des autres causes de mortalité sa part s'en voit augmentée. Cela s'avère moins certain s'agissant des femmes, dont on a vu qu'elles soufraient d'une plus grande discrimination que les hommes en termes de sortie différentielle à l'égard de leurs comportements tabagiques. Ainsi, sans remettre en question l'augmentation de l'intensité de l'expérimentation au fil des générations, une partie de cette hausse tient très certainement d'une plus importante mortalité différentielle chez les expérimentatrices que chez les expérimentateurs[295].

L'observation de la part projetée des  fumeurs réguliers à l'horizon 2050 (graphique nº 132) ne fait qu'illustrer de manière plus radicale ce qui vient d'être mentionné.

**Graphique nº 132 : Part d'individus ayant déjà eu un usage régulier du tabac qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de génération**

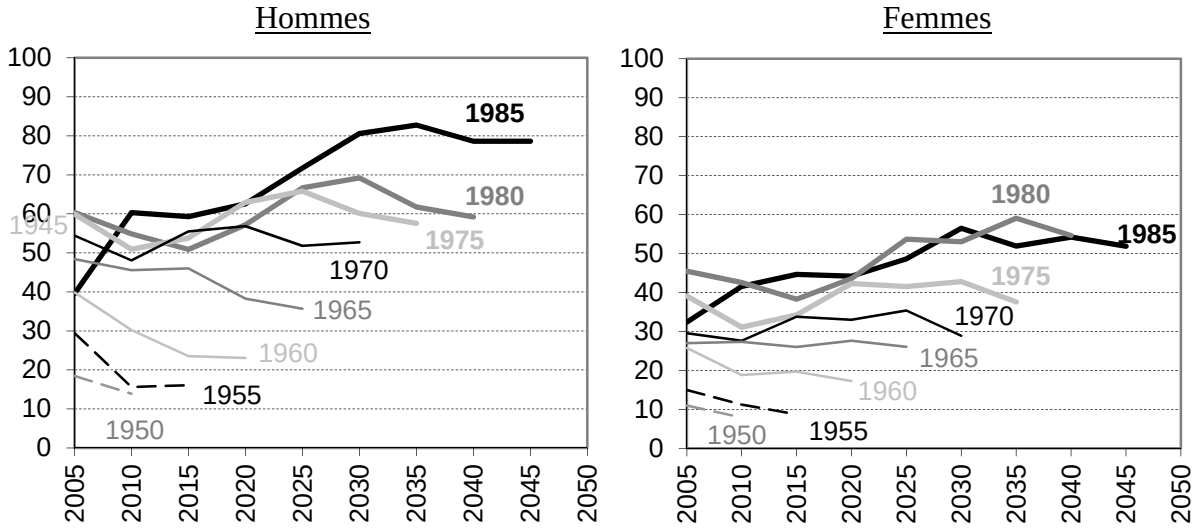



Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

[295] Cela corrobore la plus importante différence qui s'observait entre données observées et corrigées de la mortalité différentielle chez les femmes que chez les hommes dans le chapitre 2 de cette même partie

Les projections à l'horizon 2050 de la part des expérimentateurs de cannabis, malgré des coefficients de conservation des états leur étant plus défavorables qu'aux abstinents, présentent des évolutions totalement inversées à celles du tabac (graphique nº 133), en raison de deux éléments.

**Graphique nº 133 : Part d'expérimentateurs de cannabis qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de génération**

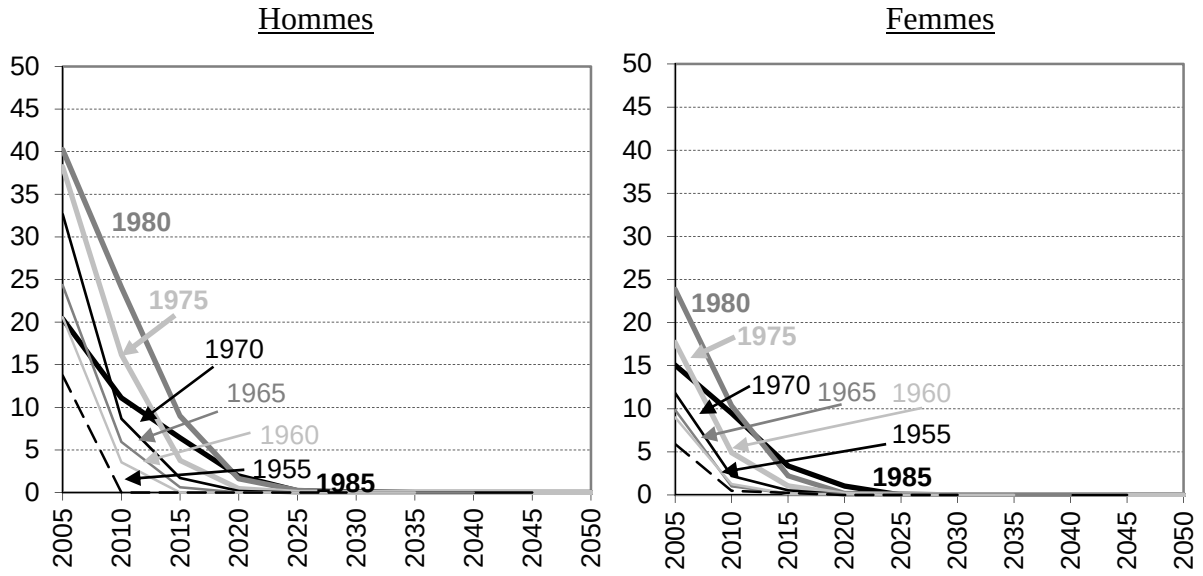



Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

D'une part, les expérimentateurs de cannabis contiennent en leur sein une partie d'individus dont l'usage est régulier pour qui le coefficient de conservation des états est plus défavorable qu'il ne l'est pour les expérimentateurs exclusifs. Du fait qu'il n'a pu être projeté que la conservation de l'usage régulier des personnes qui, en 2005, déclaraient consommer au cours des 30 derniers jours, cette sous-population ne se renouvelle jamais, et ne peut donc être amenée qu'à être de plus en plus faible dans l'ensemble de la population (graphique nº 134). Du fait que n'est pas prise en compte l'entrée de nouveaux usagers dans la sous-population des personnes ayant déjà eu un usage régulier (contrairement à ce qu'il en est pour le tabac), celle des expérimentateurs s'en voit, par la même occasion, bénéficier d'un moindre biais que ce qui devrait apparaître.

Toutefois, la sous-population des usagers réguliers de cannabis en 2005 ne représente, à partir de 2005, jamais plus de 10 %, et n'influence donc que faiblement les évolutions ultérieures de la part de personnes ayant déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie ; part qui continue à augmenter tant que les individus n'ont pas atteint l'âge de 50 ans. Auparavant, la sortie différentielle est plus que compensée par les nouvelles expérimentations de cannabis, ayant lieu relativement tardivement chez les anciennes générations.

**Graphique nº 134 : Part d'usagers réguliers de cannabis en 2005 qui serait observée au fil des enquêtes dans un tel type d'usage (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de générations**




Source : baromètre santé 2000 et 2005 ; exploitation N.C-D.

Comme nous l'avions déjà mentionné, les expérimentateurs de cannabis sont, dans une très large majorité des cas, également expérimentateurs de tabac. Par conséquent, les biais qui s'appliquent aux mesures des usages du tabac s'appliqueraient en partie aux usagers de cannabis. La corrélation alors induite empêcherait d'observer simultanément une hausse des expérimentateurs de cannabis et une baisse de ceux du tabac.

Notons toutefois, en raison d'une expérimentation encore moins importante du cannabis que du tabac, que celle-ci s'avère encore possible tardivement pour le cannabis alors qu'elle ne l'est quasiment plus pour le tabac, puisque ayant lieu en amont. Les niveaux d'expérimentation du cannabis deviennent plus élevés qu'auparavant et, par conséquent, il est probable que les probabilités d'expérimenter aux âges les plus élevés viennent à baisser par la suite. Le potentiel d'expérimentation reste toutefois encore plus important qu'il ne l'est pour le tabac. En conséquence, ces expérimentations peuvent possiblement compenser un biais qui ne peut l'être pour le tabac se manifestant par une moindre baisse de la part des expérimentateurs de cannabis que de tabac au fil des ans. Ce qui se traduit, rétrospectivement, par une hausse plus importante des générations plus anciennes aux générations les plus récentes.

## *CONCLUSION DU CHAPITRE 4*

L'utilisation des données des baromètres santé réalisés en 2000 et 2005 et de microsimulations, s'appuyant sur les données qui leur sont relatives, nous ont permis de prendre une mesure des sorties différentielles des individus ne se restreignant plus à la seule expérimentation des substances, mais également à des usages plus réguliers.

Les mesures relatives aux expérimentateurs se distinguent, des mesures de mortalité différentielle prises plus avant, en cela qu'elles intègrent les comportements d'usage ayant eu lieu entre 2000 et 2005. À ce titre, elles ont illustré en quoi les nouveaux consommateurs pouvaient se distinguer des non-consommateurs, mais également des consommateurs plus anciens, en matière de sortie différentielle.

Celles relatives aux usages réguliers ont, sans surprise, indiqué un biais plus important pour les usagers dont la consommation est la plus importante. Indirectement, elles ont toutefois également révélé que ces sorties différentielles ne pouvaient être exclusivement le fait de la mortalité. Pour autant, il est difficile de savoir s'il s'agit de sortie différentielle de l'observation ou le fait de déclarations se modifiant avec le temps (biais de mémoire) se traduisant indirectement comme un surplus de sorties des usagers.

L'observation plus particulière des biais existant à l'égard des usagers réguliers de cannabis semble indiquer une mortalité imputable à celle-ci relativement importante. Ces résultats s'avèrent toutefois soumis à des hypothèses relativement lourdes et nécessiterons d'être renouvelés ultérieurement lors de la réalisation à venir de nouvelles enquêtes.

La projection, à l'horizon 2050 des indicateurs qui pourraient être obtenus dans l'éventualité où les biais induits par une enquête rétrospective restent constants, relativise toutefois largement l'apport qu'elles pourraient alors avoir. C'est pourquoi, dans un premier temps, c'est la connaissance de l'évolution des sorties différentielles qu'il conviendra de chercher à obtenir. Car celles-ci valideront ou non l'existence d'une mortalité imputable au cannabis, mais préciserons surtout l'importance de recourir éventuellement à d'autres modes d'observations tels que ceux indiqués dans la première partie de ce travail. La manifestation différenciée des comportements d'usage de substances, couplé à des biais sensiblement identiques, pouvant conduire à des indicateurs divergents et donc à des analyses faussées.

# Conclusion générale

La loi du 31 décembre 1970[296], qui applique à l'usager de drogues le double statut de délinquant et de malade, instaure les prémices d'une profonde modification de la problématique liée aux drogues. Comme cela a été développé dans le premier chapitre de ce travail, on a dès lors assisté à une *« sanitarisation des politiques publiques »* (Fassin [1998]), très largement accélérée par l'avènement de l'épidémie de SIDA. Indirectement, cette réorientation des politiques publiques a également participé à une meilleure connaissance du phénomène contre lequel elles prétendent lutter. Alors que les connaissances relatives aux usagers de drogues ne pouvaient qu'être issues des institutions pénales, les données collectées lors des prises en charge médicales des patients toxicomanes constituent une nouvelle manne informationnelle pour les quantitativistes. Les données les plus complètes issues du système de soins sont, sans nul doute à ce jour, celles que collecte le dispositif RECAP[297] dont est chargé l'OFDT[298]. C'est pourquoi il a été décidé, dans un premier temps, de tenter de leur appliquer les principes de l'analyse démographique en vue de parvenir à distinguer les parcours d'usage de drogues les plus répandus. Avant même d'effectuer une quelconque analyse, une évidence apparaissait ; les parcours d'usage qui pourraient être identifiés seraient sectionnés. En effet, seuls les usagers de drogues, qui dans leurs trajectoires, sont entrés en contact avec les CSST[299] peuvent être enregistrés et donc introduits dans notre analyse. Cela ne s'avère pourtant pas être le plus dommageable. En effet, nous aurons par la suite la possibilité de confronter ces données à des sources qui ne se restreignent pas à ces seuls usagers et nous pourrons extraire de leurs confrontations des informations concernant la sélection qui s'est effectuée. Nous y reviendrons ultérieurement. L'une des plus grandes difficultés auxquelles nous avons été confrontés est que le caractère extrêmement récent du dispositif[300] nous a contraints à une observation rétrospective, et non continue comme elle prétend le devenir. Il est possible, à partir d'observations rétrospectives, de reconstituer les données longitudinales des parcours des individus. Toutefois, ces mesures ne peuvent ici qu'être des mesures mêlées des phénomènes étudiés et de la dynamique des entrées et sorties des toxicomanes dans les structures d'accueil et de soins. Il est ressorti de l'examen des

[296] Relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
[297] Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge.
[298] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
[299] Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes.
[300] Premier exercice du dispositif RECAP en 2005.

données que celles-ci ne pouvaient, dans la grande majorité des cas, en fait qu'être illustratives des patients récemment pris en charge. Étudier la survenue des premières prises en charge par l'intermédiaire des évènements réduits révèle qu'au sein de chacune des générations celles-ci sont d'autant plus nombreuses qu'elles sont récentes. Cela s'avère être une indication troublante dans la mesure où il semblerait que ni l'âge des individus, et donc indirectement la durée des consommations de drogues, ni la génération, donc la période au cours de laquelle a débuté la consommation, n'influencent l'entrée dans le système de soins. On pourrait cependant présumer que cela tient d'une plus grande diffusion auprès du public concerné de l'existence de telles structures. On a cependant constaté que plus de la moitié des contaminations par VIH des patients pris en charge dans les CSST a eu lieu entre 2003 et 2006. De tels résultats sont en totale contradiction avec la dynamique épidémique du VIH, largement moins importante aujourd'hui qu'au cours des années 1980, voire au milieu des années 1990. Cela a donc confirmé la restriction des informations disponibles aux patients qui ont initié une prise en charge récemment. Quelques évènements ont néanmoins eu assez d'impact sur l'évolution des prises en charge et des usages pour malgré tout être encore visibles au travers des données rétrospectives. C'est particulièrement le cas de l'impact conjoncturel de la mise en place des traitements de substitutions aux opiacés qui se traduisent par une hausse importante des nouvelles prises en charge au milieu des années 1990. Nous aurions souhaité pouvoir étudier l'impact d'autres éléments de la politique de réduction des risques en ayant recours aux données de centres dont le nombre s'est accru en raison de cette politique. Plusieurs améliorations dans la collecte des données, présentées au fil des mesures illustratives des biais existants, devront cependant pour cela être effectuées ; notamment en ce qui concerne les pratiques d'injections. À l'égard de ces pratiques d'injections, seul le recours plus tardif à l'injection chez les usagers d'héroïne qui ont débuté leurs consommations au milieu des années 1990 peut être assuré. S'agissant enfin des parcours d'usages de drogues qui pouvaient être identifiés, nous n'avons pu que constater l'exiguïté du champ des possibles. D'une part, on ne dispose que de l'âge à la première consommation des produits consommés au cours du mois qui précède la prise en charge. D'autre part, il est impossible de situer ces consommations dans un cadre plus général des parcours de vie puisque l'occurrence des évènements n'est qu'à de trop rares exceptions enregistrée.

Au regard des nombreuses défaillances du système d'informations, il apparaissait alors nécessaire d'élaborer théoriquement une collecte qui puisse répondre aux besoins d'une observation non biaisée des parcours d'usage de drogues. Le premier élément auquel il convenait de répondre était de savoir comment mettre en place une observation qui puisse

intégrer l'ensemble des usagers de drogues et non une sous-population sélectionnée. Il est apparu que la population des usagers de drogues ne souffrait en fait pas d'un manque d'observations, mais plutôt de l'impossibilité de mettre en relation l'ensemble des observations fragmentaires existantes. Par conséquent, il nous est apparu évident qu'il suffisait d'ajouter aux informations collectées au sein de chacune des sources celles qui permettront de calculer la probabilité pour qu'un individu se retrouve dans plusieurs de ces sources. Cela implique cependant qu'il y ait par ailleurs une homogénéisation des données collectées dans chacune de ces sources. Les informations qu'il convient de collecter constituent le deuxième élément sur lequel nous devions nous pencher. En rappelant l'intérêt des méthodes de l'analyse démographique, il ne s'agissait alors plus que de les transposer au phénomène d'usage des drogues. Le dernier élément auquel il nous semblait important de répondre est le mode de collecte à préférer pour l'observation des parcours d'usage de drogues. Hormis dans les structures de soins dans lesquelles il est possible de mettre en place une observation continue, la mise en place de ce mode de collecte est, pour de nombreuses raisons, irréaliste. Le mode d'observation suivi présente le désavantage de modifier les comportements des usagers qui sont au fil du suivi de moins en moins représentatifs de la population étudiée. Pour sa part, l'observation rétrospective souffre *a priori* de la mortalité différentielle des usagers de drogues et ne permet donc que de disposer de mesures biaisées. Pour disposer de mesures longitudinales non biaisées, il faut alors mettre en place un mode d'observations que nous avons qualifié de « dual » puisqu'il n'est que l'utilisation simultanée d'une observation rétrospective et suivie. L'observation suivie permet quant à elle d'avoir connaissance de la mortalité différentielle des usagers selon le type d'usage qu'ils ont. Nous avons donc présenté comment le mode d'observation suivi peut corriger les observations rétrospectives de la mortalité différentielle. Une fois les données issues de l'observation rétrospective corrigées, il est par ailleurs possible de prendre la mesure de l'influence de l'observation sur la modification des comportements d'usage de drogues.

En l'absence de telles observations, il est alors justifié que l'on se questionne sur la validité des mesures effectuées à partir d'enquêtes rétrospectives. Pour cela**,** nous avons exploité les données des enquêtes baromètre santé que réalise l'INPES[301]. Notre démarche a consisté dans un premier temps à nous assurer de l'existence d'une mortalité différentielle des usagers de drogues. Prendre une quelconque mesure de mortalité à partir d'enquêtes rétrospectives peut apparaître inopportun puisque ne sont justement enquêté**s** que les individus

[301] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

qui ont survécu. Cela s'avère toutefois possible lorsqu'une enquête rétrospective est renouvelée. En effet, lorsque l'on enregistre, à des dates différentes, des informations relatives à des évènements qui se sont réalisés au cours d'une même période de temps, celles-ci devraient être identiques. Si cela n'est pas le cas, c'est que la composition de la population s'est modifiée. En respectant les principes de l'analyse démographique, nous avons élaboré un indice de mortalité différentielle que nous avons appliqué aux usagers de drogues. On a ainsi pu noter qu'il existe effectivement une mortalité différentielle des usagers de drogues. Celle-ci n'a pu être étudiée en détail que pour les fumeurs de tabac et de cannabis, mais a révélé qu'il existait, en plus d'une mortalité attribuable aux usages de drogues, une mortalité différentielle qui tient d'une dépendance par association. Cela signifie que la mortalité des usagers de drogues diffère des abstinents en raison de leur comportement d'usage, mais également, car ils ont plus souvent d'autres comportements que n'ont pas les abstinents.

Pour parvenir à prendre une mesure des biais qui étaient imputables à cette mortalité différentielle, il a préalablement été nécessaire de procéder à l'analyse des comportements d'usages de drogues en vue de décomposer les parcours identifiables. Cette mesure des biais n'a toutefois réellement été permise que pour le tabac et le cannabis. Dans un premier temps, nous avons calculé les lois de probabilité de devenir usager de cannabis et de tabac. S'agissant des consommateurs de tabac, il nous a été possible, chez les expérimentateurs, de calculer la probabilité de devenir fumeur occasionnel et fumeur régulier. À cette occasion, il est apparu que cette dénomination regroupait en fait une population très hétérogène ne permettant pas d'identifier clairement les raisons des évolutions constatées. Au contraire, bien que le regroupement sous le terme de fumeur régulier se fasse également *a posteriori*, la forte relation qu'il existait notamment avec l'expérimentation nous a fait valider cette typologie. Enfin, un autre élément qu'il fallait être en mesure de calculer était la probabilité d'arrêter de fumer. Le dilemme est que l'on ne peut savoir si les arrêts sont définitifs ou s'il ne s'agit en fait que de tentatives qui seront infructueuses. En confrontant les données observées en 2000 et en 2005, et au prix de quelques hypothèses, il s'est avéré que l'on pouvait considérer comme définitifs les arrêts d'une durée de 5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes. Les parcours d'usages du cannabis sont loin d'être aussi détaillés, puisqu'en dehors de l'âge à la première consommation, on ne dispose que d'informations relatives aux consommations ayant eu cours lors de périodes récentes. Nous avons néanmoins tenté de distinguer autant que possible quelques modifications de comportements d'usage. Ainsi, on disposait des modifications d'usage qui se sont effectuées, entre autres, entre 2000 et 2005. Appliquer ces comportements aux individus observés en 2005 aurait dû nous faire obtenir des

résultats identiques à ceux observés en 2005 s'il n'y avait pas eu de sortie différentielle. Cela n'était pas le cas et a prouvé qu'il existait un biais dû à une sortie différentielle des consommateurs de tabac et de cannabis entre 2000 et 2005. Heureusement, la différence constatée est relativement faible et valide par conséquent les études qui peuvent être menées à partir de ces données d'enquêtes. Bien qu'elles s'en approchent, les mesures que nous avons effectuées ne sont en fait pas à proprement parler des mesures sans biais. En effet, elles excluent la mortalité différentielle des usagers ayant débuté leur consommation avant 2000. Ce n'est toutefois qu'une fois que nous disposerons des données de l'enquête baromètre santé 2010 que nous pourrons exclure les sorties différentielles des usagers ayant consommé pour la première fois entre 2000 et 2005. Cette enquête dont la collecte débutera d'ici quelques semaines intègrera, notons-le, une nouvelle question qui permettra de connaître l'âge au début de la consommation régulière du cannabis. Cela est le signe de la reconnaissance de l'apport que représente l'analyse démographique. En montrant qu'elle permet également de valider ou au contraire d'invalider les mesures qui pourraient s'avérer biaisées, nous espérons y avoir aussi participé.

Les mesures des biais effectuées nous permettent par ailleurs de valider l'analyse intermédiaire que nous avons dû mener. Plusieurs constatations nous semblent devoir être énoncées. D'une part, on a pu constater en étudiant les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues identifiés au sein de deux sources différentes (dispositif RECAP et enquêtes baromètre santé) que le niveau de diplôme et indirectement la CSP à laquelle ils appartiennent, sont les caractéristiques qui différencient le plus les expérimentateurs de drogues des patients pris en charge dans les centres de soins. Paradoxalement ici, l'imperfection des sources de données nous informe de l'importance que représente le niveau de diplôme sur les usages, et le devenir de ces consommations. En effet, l'une des deux sources de données est une enquête en population générale dont on sait qu'elle capte difficilement les populations les plus marginalisées. Au sein de celle-ci nous nous sommes aperçus que l'expérimentation de l'ensemble des drogues était un comportement plus répandu chez les personnes ayant des niveaux de diplôme élevés. La seconde base de données utilisée est celle du dispositif RECAP qui récolte des informations sur les patients pris en charge dans les CSST. Nous sommes certains de l'imperfection de l'enquête en population générale puisqu'elle contient moins d'expérimentateurs d'héroïne qu'il est possible d'en estimer à partir des centres de soins. Or, théoriquement, on devrait en compter au minimum autant. Ainsi, les données des services d'accueil des usagers de drogues permettent d'avoir connaissance des caractéristiques des individus dont l'usage est plus problématique que les

personnes observées lors d'enquêtes en population générale. Ces patients pris en charge sont, contrairement aux expérimentateurs de l'ensemble de la population, en possession d'un diplôme plus faible que la moyenne. Indirectement, ils appartiennent également à une CSP moins favorisée, ceux-ci étant plus souvent employés ou ouvriers. Dès lors, bien que l'on ne dispose pas des mêmes individus dans chacune des sources, on sait que l'ensemble des individus, quel que soit leur type d'usage au moment de l'observation, a débuté par l'expérimentation. Par conséquent, nous sommes certains qu'il y a eu un effet de sélection entre l'expérimentation et l'usage que nous qualifierons de problématique en cela que cet usage nécessite une prise en charge. L'inversion de la part des niveaux de diplôme selon le type de consommation révèle alors l'importance que représente l'éducation dans le devenir des usages de drogues, puisqu'elle semble prémunir d'usages problématiques. Nous avons d'autre part distingué les expérimentateurs de drogues au sein de la population générale, dont on ne sait pas si l'usage est problématique ou non, selon les produits qu'ils avaient au moins expérimentés. Parmi l'ensemble des caractéristiques prises en compte, c'est une fois encore le niveau de diplôme qui s'est avéré être le plus discriminant. Le cannabis, produit le plus largement répandu, ne se distinguait que très peu des autres stupéfiants et est par conséquent plutôt caractéristique du niveau de diplôme actuellement le plus largement répandu qu'est le baccalauréat. Les usagers ayant d'autres nivaux de diplômes sont également au moins expérimentateurs de cannabis, mais se distinguent par leur non-restriction à ce produit. Il est alors clairement apparu une opposition entre les niveaux de diplôme supérieurs au bac et les niveaux de diplôme inférieurs. Alors que les plus diplômés s'orientent principalement vers les stimulants et les hallucinogènes, les moins diplômés se différencient en cela qu'ils ont déjà expérimenté au cours de leur vie le crack et l'héroïne. Il serait mal venu de hiérarchiser les drogues quant à leur potentiel de dangerosité à partir d'une conception *a priori* que nous « dénoncions » dans ce travail comme étant une vision archétypale des drogues. Il est toutefois un fait que nous ne pouvons pas non plus ignorer ; les usagers d'héroïne sont très largement surreprésentés dans les centres de soins alors que les usagers d'hallucinogènes sont très peu nombreux. Il semble donc que l'usage d'héroïne reste plus problématique que celle d'hallucinogènes. Il apparaît que l'éducation influence l'usage de drogues au travers de deux éléments. D'une part, elle favorise la restriction de l'usage à des consommations modérées, d'autre part elle incite les usagers à se détourner des substances au potentiel problématique le plus élevé.

Sans être donc à même de connaître l'impact des politiques d'éducation et de prévention relatives aux drogues, il apparaît que l'éducation est un élément des plus prompts à

réguler les usages, du moins en cela qu'elle préviendrait des usages les plus problématiques. Cette orientation des politiques publiques qui consisterait alors à prévenir de l'usage problématique plus que du simple usage semble toutefois de nouveau ne plus être l'objectif recherché. En effet, le récent plan gouvernemental 2008-2011 entend « réaffirmer la loi » (MILDT[302] [2008]). Cette réorientation est assez évidente lorsque celui-ci est comparé aux plans gouvernementaux précédents. Ce mode d'action, relayé préalablement parmi les derniers points des plans d'action gouvernementaux, est dans l'actuel plan, réapparu en deuxième position. Cela tient peut-être au fait que malgré les politiques de prévention et d'éducation, on assiste encore à une augmentation des niveaux de consommations de stupéfiants et que les consommations sont de plus en plus précoces. Mais des indicateurs récents montrent que les générations les plus jeunes commencent depuis quelques années à baisser leurs niveaux d'expérimentation du cannabis. On serait donc tenté de croire qu'il n'est pas opportun de remettre en question l'intérêt de politiques de prévention et d'éducation, car il est probable que les effets de telles actions soient en fait longs à mettre en place, car elles doivent modifier, plus que les comportements des nouveaux consommateurs, la perception des drogues de l'ensemble de la société. Elles sont par conséquent bien plus difficiles à réaliser que la stricte interdiction des consommations. Sans remettre en question le statut légal des drogues, on notera qu'en utilisant parallèlement d'autres modalités d'action, l'information disponible s'est largement accrue et améliorée. Il est donc à espérer que renforcer le caractère répressif de la lutte contre la drogue ne provoquera pas le retour d'un tabou, risquant d'entraîner une moindre déclaration des usages, qui viendrait valider de manière trompeuse l'intérêt de ce renouveau. Conjointement, cela est susceptible de favoriser les usages les plus nocifs, qui par conséquent s'effectueraient dans la plus grande discrétion possible. Ne devrait-on pas plutôt permettre de disposer d'informations encore plus proches de la réalité pour renforcer l'efficacité de la prévention ?

L'amélioration de la prévention dépend largement de l'amélioration du système d'informations, puisqu'il permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans l'usage de drogues. Cela ne peut toutefois que résulter d'une décision politique forte en faveur du développement des recherches. Parce qu'elle est coûteuse, cette collecte en devient concurrente de la modalité répressive de l'action publique. L'action ne doit être que le résultat d'une analyse préalable des phénomènes sur lesquels on veut agir. Il est alors à la faveur des pouvoirs publics d'agir en réutilisant des méthodes qui ne les ont jusqu'alors pas satisfaits, ou

[302] Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies.

au contraire d’agir à court terme en faveur d’une meilleure connaissance d’un phénomène contre lequel elle pourra plus efficacement lutter *a posteriori*, dès lors que la « chimère de la drogue » aura pris forme.

# ANNEXES

## **Annexe 1** : Enquêtes réalisées sur la période 1953-2001 sur la consommation de tabac

| Organisme | Date | Type | | | Tous Fumeurs | | | Fumeurs réguliers | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Âge | Effectif | H | F | Les 2 | H | F | Les 2 |
| SEITA | 07/1953 | aléatoire | 20 ans et + | 3 573 | 77% | 35% | 56% | 72% | 17% | 44% |
| SEITA | 1960 | aléatoire | 15 ans et + | 24 427 | 73% | 28% | 49% | 57% | 11% | 32% |
| SEITA | 1965 | communes tirées au sort, quotas par commune | 15 ans et + | 13 710 | 72% | 33% | 51% | 43% | 10% | 25% |
| SEITA | 1967 | aléatoire | 15 ans et + | 12 940 | 72% | 32% | 50% | 45% | 10% | 26% |
| CFES | 12/1974 | quotas | 18 ans et + | 1 000 | 59% | 28% | 42% | | | |
| CFES | 09/1976 | quotas | 18 ans et + | 1 000 | 60% | 31% | 44% | | | |
| CFES | 10/1977 | quotas | 18 ans et + | 1 010 | 51% | 29% | 40% | 41% | 18% | 29% |
| CFES | 01/1979 | quotas | 18 ans et + | 1 021 | 54% | 23% | 38% | | | |
| CFES | 11/1979 | quotas | 18 ans et + | 100 | 48% | 24% | 36% | | | |
| INSEE | 1980-1981 | Ménages tirés au sort, une personne répond pour l'ensemble du ménage | 15 ans et + | 16 220 | - | - | - | 44% | 16% | 30% |
| CFES | 04/1981 | quotas | 18 ans et + | 1 019 | 49% | 29% | 39% | - | - | - |
| CFES | 02/1982 | quotas | 18 -74 ans | 1 016 | 49% | 26% | 37% | - | - | - |
| CFES | 05/1983 | quotas | 18 ans et + | 1 977 | 51% | 29% | 39% | - | - | - |
| CFES | 12/1983 | quotas | 18 ans et + | 1 515 | 55% | 34% | 44% | - | - | - |
| CFES | 05/1986 | quotas | 15 ans et + | 2 000 | 46% | 30% | 38% | 39% | 24% | 31% |
| INSEE | 1986-1987 | Ménages tirés au sort, une personne tirée au sort | 18 ans et + | 13 154 | - | - | - | 44% | 20% | 30% |
| CREDES | 1988 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 7 783 | | | | 36% | 18% | 27% |
| CFES | 05/1989 | quotas | 15 ans et + | 1 044 | 49% | 33% | 40% | 45% | 30% | 37% |
| CREDES | 1989 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 9 000 | - | - | - | 37% | 19% | 28% |
| CREDES | 1990 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 9 485 | - | - | - | 39% | 21% | 30% |
| CFES | 03/1991 | quotas | 18 ans et + | 1 022 | 46% | 35% | 40% | 38% | 26% | 32% |
| CREDES | 1991 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 8 697 | | | | 39% | 22% | 31% |
| INSEE | 1991-1992 | Ménages tirés au sort, une personne répond pour l'ensemble du ménage | 15 ans et + | 16 999 | - | - | - | 38% | 20% | 28% |
| CFES | 04/1992 | quotas | 18 ans et + | 1 000 | 48% | 33% | 40% | 40% | 27% | 33% |
| CREDES | 1992 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 9 462 | - | - | - | 37% | 22% | 29% |
| CFES | 11/1992 | aléatoire | 18-75 ans | 2 101 | 44% | 29% | 36% | 41% | 27% | 34% |
| CREDES | 1993 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 11 655 | - | - | - | 36% | 21% | 29% |
| CFES | 12/1993 | aléatoire | 18-75 ans | 1 950 | 40% | 27% | 33% | 36% | 23% | 29% |
| CREDES | 1994 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 9 934 | - | - | - | 35% | 21% | 28% |
| CREDES | 1995 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 9 962 | - | - | - | 36% | 21% | 29% |
| CFES | 11/1995 | aléatoire | 18-75 ans | 2 099 | 42% | 31% | 37% | 39% | 28% | 33% |
| CFES | 11/1995 | quotas | 18-75 ans | 1 000 | 41% | 30% | 35% | - | - | - |
| CREDES | 1996 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 12 207 | - | - | - | 30% | 19% | 24% |
| CFES | 05/1997 | quotas | 18 ans et + | 1 005 | 40% | 30% | 34% | - | - | - |
| INSEE | 05/1997 | aléatoire sur les logements | 15 ans et + | 11 000 | - | - | - | 34% | 22% | 28% |
| CREDES | 1997 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 11 324 | - | - | - | 33% | 21% | 27% |
| INSEE | mai-98 | aléatoire su les logements | 15 ans et + | 11 000 | - | - | - | 34% | 23% | 28% |
| CREDES | 1998 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 23 036 | - | - | - | 31% | 20% | 26% |
| CFES | 08/1998 | quotas | 18-75 ans | 2 006 | 41% | 27% | 34% | 39% | 26% | 32% |
| CFES | 11/1998 | quotas | 18-75 ans | 1 503 | 39% | 28% | 33% | - | - | - |
| INSEE | 05/1999 | aléatoire su les logements | 15 ans et + | 11 000 | - | - | - | 34% | 22% | 28% |
| CFES | 06/1999 | quotas | 15 ans et + | 2 014 | 44% | 33% | 39% | - | - | - |
| CFES | 10/1999 | quotas | 15 ans et + | 2 034 | 39% | 32% | 35% | - | - | - |
| CFES | 11/1999 | aléatoire | 18-75 ans | 12 256 | 38% | 30% | 34% | 33% | 26% | 29% |
| INSEE | 05/2000 | aléatoire su les logements | 15 ans et + | 11 000 | - | - | - | 33% | 21% | 27% |
| CREDES | 2000 | aléatoire sur les ménages | 15 ans et + | 20 045 | - | - | - | 31% | 21% | 26% |
| CFES | 10/2000 | quotas | 18 ans et + | 932 | 39% | 34% | 36% | - | - | - |
| CFES | 12/2000 | quotas | 15 ans et + | 1 015 | 41% | 34% | 37% | - | - | - |
| CFES | 04/2001 | quotas | 18 ans et + | 937 | 33% | 32% | 32% | - | - | - |
| CFES | 05/2001 | quotas | 15 ans et + | 1 006 | 41% | 29% | 35% | - | - | - |
| INSEE | 05/2001 | aléatoire sur les logements | 15 ans et + | 11 000 | - | - | - | 32% | 21% | 27% |
| INPES | 01/2005 | aléatoire | 12-75 ans | 30514 | 33% | 27% | 30% | 28% | 22% | 25% |

**<u>Annexe 2</u> : Quelques méthodes d'estimations des usagers de drogues à partir de données institutionnelles**

Les présentations suivantes sont le résumé de celles effectuées dans les travaux dont la référence est indiquée après la méthode.

<u>Méthode de jean-michel Costes</u> (Desesquelles [1997])

Il est fait l'hypothèse que la population à dénombrer (celle des toxicomanes) est stationnaire, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une population stable à taux d'accroissement nul. Sous cette hypothèse, taux d'entrée et de sortie sont tous deux égaux à l'inverse de la durée moyenne de séjour dans la population toxicomaniaque *d*.

Cette durée est estimée à partir :

- des informations collectées par l'INSERM en 1990 dans les centres de sois spécialisés : la durée moyenne entre « l'entrée en toxicomanie » et le 1er recours au système sanitaire et sociale serait égale à 5 ou 8 ans (selon les hypothèses formulées) ;
- des données de l'enquête annuelle du Service des Statistiques et des Systèmes Informatiques du Ministère de la Santé (SESI) : en faisant diverses hypothèses la durée moyenne entre le 1er recours et la « sortie de la toxicomanie » est évaluée à 3 ans.

On peut donc en déduire une durée moyenne *d* comprise entre 8 et 11 ans, et un donc un taux d'entrée et de sortie égal à 1/*d* donc compris entre 9 et 12,5%.

On obtient alors la fourchette suivante :

| Nombre de nouveaux cas x 8 <Nombre de toxicomanes< Nombre de nouveaux cas x 11 |
|---|

<u>Méthode Capture-Recapture</u> (Beck [2008])

La méthode capture/recapture comprend les opérations suivantes : pour estimer une population totale de N usagers, il faut disposer d'au moins deux sources d'observation S1 et S2. Dans ce qui suit, la valeur 1 pour l'indice indique la présence dans la source, la valeur 2 signifie l'absence dans cette source ; le premier indice concerne la source 1 et le second la source 2.

Dans la source S1, il y a $N_1$ cas, qui sont les $n_{12}$ cas uniquement retrouvés dans la source S1, et les $n_{11}$ cas présents dans les deux sources (doublons). De même, dans la source S2, se trouvent $N_2 = n_{11} + n_{21}$ cas. Enfin, la population N comprend des individus qui n'ont été

recensés par aucune des deux sources, au nombre de $n_{22}$. On a donc $N = N_1 + N_2 + n_{22}$ et l'hypothèse d'indépendance des sources, permet d'écrire que $n_{22} = (n_{12} \cdot n_{21}) / n_{11}$ .

Il est ainsi possible d'estimer la population totale de la manière suivante : $N = n_{11} + n_{21} + n_{12} + (n_{12}.n_{21}) / n_{11}$

Cette estimation n'est valable qu'à plusieurs conditions :

- La définition d'un usager doit être rigoureusement la même d'une source à l'autre, ce qui n'est pas toujours le cas ;
- La période d'observation et la zone géographique doivent être précisément limitées. Il ne doit y avoir ni arrivée, ni départ d'usagers pendant le recueil (autrement dit, la population doit être stable) ;
- Tous les doublons, doivent être contrôlés ;
- Il doit y avoir indépendance des sources : la présence d'un individu dans une source ne doit pas modifier sa probabilité de présence dans l'autre source. Cela peut être le cas lorsqu'un individu est interpellé pour usage (source 1) et envoyé en centre de soin (source 2) dans le cadre d'une injonction thérapeutique. Lorsqu'il existe une dépendance positive entre deux sources, N est sous-estimé et réciproquement, si elle est négative il y a surestimation de N ;
- La probabilité de capture doit être la même pour chaque individu. Dans le cas de deux sources, l'indépendance n'est vérifiable qu'à l'appréciation sur le terrain. Si trois sources sont disponibles, il est possible de réaliser des estimations à partir de modèles log-linéaires permettant de prendre en compte les interactions entre sources et l'hétérogénéité de la population étudiée, il n'est dès lors plus nécessaire de disposer de sources rigoureusement indépendantes entre elles.

<u>Rétrocalcul</u> (Desesquelles [1997])

On considère une population fermée dont tous les membres sont à chaque instant une égale probabilité de décéder. Les quotients de mortalité à chaque durée écoulée depuis la date de constitution sont supposés connus et l'on dispose d'un enregistrement exhaustif des décès survenus au sein de cette population. Dans ces conditions, l'effectif de cette population, à chaque durée écoulée depuis la constitution de la cohorte, peut être reconstitué. La mortalité des usagers de drogues, et la sortie de l'usage étant très mal connu, ce n'est que par des simplifications grossières que peut être entrepris une évaluation par rétrocalcul des héroïnomanes.

**<u>Annexe 3</u> : Enquêtes réalisées entre 1990-2005 sur la consommation de cannabis**

| Enquêtes | Organisme | Date | Taille | Méthode | Collecte | Age |
|---|---|---|---|---|---|---|
| "L'attitude des français vis-à-vis de la drogue" | CFES/IFOP | 11/1990 | 1004 | Quotas | Face à face | 12-50 ans |
| | | 07/1991 | 1028 | Quotas | Face à face | 12-50 ans |
| | | 07/1992 | 1009 | Quotas | Face à face | 12-50 ans |
| "la consommation de haschisch parmi les 12-44 ans" | Sofres | 06/1992 | 1167 | Quotas | Face à face | 12-44 ans |
| "Baromètre Santé" | CFES | 11/1992 | 2009 | Aléatoire | Téléphone | 18-75 ans |
| | CFES | 12/1995 | 1993 | Aléatoire | Téléphone | 18-75 ans |
| "Comportement des français face au tabagisme et à la santé" | CFES/Démoscopie | 11/1995 | 1000 | Quotas | Face à face | 18-75 ans |
| "Les français et la drogue en 1996" | CFES/IFOP | 1996 | 1005 | Quotas | Téléphone | 15-50 ans |
| "Les français et le débat sur les drogues douces" | IFOP | 07/1997 | 925 | Quotas | Téléphone | 15 et + |
| "Prévention et usages de drogues" | Publimérie/Grande Ecoute | 10/1997 | 1002 | Quotas | Téléphone | 15 et + |
| "Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes" | OFDT/BVA | 04/1999 | 2000 | Quotas | Téléphone | 15-75 ans |
| "Baromètre Santé" | CFES | 12/1999 | 13685 | Aléatoire | Téléphone | 12-75 ans |
| "Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes" | OFDT/SOFRES | 12/2001 | 2009 | Quotas | Téléphone | 15-75 ans |
| "Baromètre Santé" | INPES | 11/2004 | 30514 | Aléatoire | Téléphone | 12-75 ans |

**<u>Annexe 4</u> : Liste des causes de décès directement liées à l'usage de drogues, d'alcool, de tabac, et abus de médicaments.**

| | |
|---|---|
| 2910 | Delirium tremens |
| 2911 | Psychose de Korsakov alcoolique |
| 2912 | Autres démences alcooliques |
| 2913 | Autres états hallucinatoires alcooliques |
| 2914 | Ivresse pathologique |
| 2915 | Délire alcoolique de jalousie |
| 2918 | Autres psychoses alcooliques |
| 2919 | Psychose alcoolique sans précision |
| 2920 | Syndrome de sevrage de drogue |
| 2921 | États délirants et hallucinatoires dus aux drogues |
| 2922 | Forme pathologique d'intoxication par les drogues |
| 2928 | Autres psychoses dues aux drogues |
| 2929 | Psychoses dues aux drogues, sans précision |

| | |
|---|---|
| 303 | Syndrome de dépendance alcoolique |
| 3040 | Pharmacodépendance de type morphinique |
| 3041 | Pharmacodépendance de type barbiturique |
| 3042 | Pharmacodépendance de type cocaïnique |
| 3043 | Cannabisme |
| 3044 | Pharmacodépendance de type amphétaminique et autres psychostimulants |
| 3045 | Pharmacodépendance aux hallucinogènes |
| 3046 | Pharmacodépendance d'autres types |
| 3047 | Associations de drogues de type morphinique avec d'autres substances |
| 3048 | Associations ne comprenant pas de drogues de type morphinique |
| 3051 | Abus de tabac chez une personne non dépendante |
| 3052 | Pharmacodépendance sans précision |
| 3053 | Abus d'alcool chez une personne non dépendante |
| 3054 | Abus de barbituriques et de tranquillisants chez une personne non dépendante |
| 3055 | Abus de drogue de type morphinique chez une personne non dépendante |
| 3056 | Abus de drogue de type cocaïnique chez une personne non dépendante |
| 3057 | Abus de drogue de type amphétaminique chez une personne non dépendante |
| 3058 | Abus d'anti-dépressifs chez une personne non dépendante |
| 3059 | Abus de drogues autres associées et sans précision chez une personne non dépendante |
| 3575 | Polynévrite alcoolique |
| 5353 | Gastrite alcoolique |
| 5710 | Cirrhose alcoolique graisseuse du foie |
| 5711 | Hépatite aiguë alcoolique |
| 5712 | Cirrhose alcoolique du foie |
| 5713 | Lésion alcoolique du foie sans précision |
| 7795 | Syndrome de privation de drogue |
| 7903 | Alcoolémie excessive |
| 8600 | Intoxication accidentelle par boissons alcooliques |

La 10ème révision de la classification internationale des maladies étant en cours de traduction officielle il été décidée de présenté la liste issue de la 9ème révision, dans la mesure où peu de modification ont depuis été apportée.

## **Annexe 5 : Méthodologie générale de la méthode des fractions attribuables**

La présentation suivante s'appuie sur le travail réalisé par Vanessa Le Bot (Le Bot [2003])

Plusieurs définitions de la proportion attribuables peuvent être retenues :
- « la proportion de cas de la maladie pouvant être attribuée à l'exposition considérée pendant une période donnée en population » (définition de Levin) ;
« la proportion de cas de la maladie expliquée par l'exposition considérée dans une population donnée pendant une période donnée » (définition de Breslow et Day) ;
« la proportion de cas de la maladie qui seraient évités si l'exposition considérée était supprimée (dans une population donnée pendant une période donnée) » (définition de Walter, Kelsey, Cole et Mac Mahon).
« la proportion de nouveaux cas de la maladie attribuable (ou due) à l'exposition considérée dans une population donnée pendant une période donnée » et « la probabilité qu'un cas de la population développe la maladie comme résultat de l'exposition au facteur de risque », (définition donnée par Kleinbaum, Kupper et Morgenstrem) .

Les termes utilisés sont aussi très nombreux, citons : « risque attribuable » (Levin, Breslow et day, Lilienfeld, Walter), « fraction étiologique » (Miettenen, Schlesselman, Kleinbaum, Kupper et Morgenstern), « fraction attribuable » (Kelsey), « proportion attribuable » (Rothman). Nous utiliserons par la suite le terme de proportion de cas attribuable, notée PCA.

Soient m le nombre de nouveaux cas survenus pendant la période [t, t + Δt[, et m' le nombre de cas dus à l'exposition durant la même période ; par définition, la proportion de cas attribuable est la proportion de cas due à l'exposition, soit :

$$\boxed{PCA=\frac{m'}{m}}$$

m' est la différence entre le nombre de nouveaux cas survenus au cours de cette période et le nombre de nouveaux cas qui seraient survenus en l'absence d'exposition.
Si $I_t$ est l'incidence de la maladie dans la population entière (exposée et non-exposée), et $I_0$ l'incidence de la maladie dans la population non-exposée, alors on a :

$$\boxed{m = I_t.n.\Delta t}$$

et

$$\boxed{m' = I_t.n.\Delta t - I_0.n.\Delta t}$$

avec n, effectif de toute la population.
D'où:

$$\boxed{PCA=\frac{I_t - I_0}{I_t}}$$

Levin a montré que la proportion de cas attribuable pouvait s'exprimer en fonction de la prévalence de l'exposition $P_e$ (i.e. proportion de sujets exposés dans la population), et du risque relatif associé à l'exposition RR (rapport du taux d'incidence d'une pathologie donnée chez les exposés sur le taux d'incidence chez les non-exposés) : en effet, si $I_e$ est le taux d'incidence chez les sujets exposés, alors :

$$I_t = P_e I_e + (1 - P_e) I_0$$

D'où

$$PCA = \frac{P_e I_e + (1 - P_e) I_0 - I_0}{P_e I_e + (1 - P_e) I_0}$$

En divisant le numérateur et le dénominateur par $I_0$, on obtient :

$$PCA = \frac{P_e(RR - 1)}{P_e(RR - 1) + 1}$$

avec

$$RR = \frac{I_e}{I_0}$$

Cas d'une exposition à plus de 2 catégories

Si l'exposition n'est pas caractérisée par 2 catégories seulement (exposés/non exposés), mais par plusieurs classes d'exposition, le calcul précédent doit être modifié : si l'exposition a k catégories, on montre que le proportion de cas attribuable pour chaque niveau d'exposition i ( $1 \leq i \leq k$ ) vaut :

$$PCAi = \frac{P_i(RR_i - 1)}{\sum_{i=0}^{k} P_i(RR_i - 1) + 1}$$

Où
i=0 est la catégorie de référence,
Pi=prévalence du niveau d'exposition i,
et RRi = risque relatif associé au niveau i par rapport à la catégorie de référence.

La proportion de cas attribuable pour tous les niveaux d'exposition (autres que la catégorie de référence) est alors la somme des proportions de cas attribuables PCAi :

$$PCA = \frac{\sum_{i=1}^{k} Pi(RRi - 1)}{\sum_{i=0}^{k} Pi(RRi - 1) + 1}$$

Problèmes liés au calcul de la proportion de cas attribuable :
Causalité : Le calcul et l'interprétation de la proportion de cas attribuable n'ont de sens que si le lien entre l'exposition, et la pathologie considérée est supposé CAUSAL Or, la seule constatation d'une liaison statistique entre une exposition et une pathologie n'est pas suffisante pour affirmer la causalité. Trois autres explications sont en effet possibles :
1- Ce résultat peut provenir de fluctuations d'échantillonnage, alors qu'en réalité, la relation entre le facteur et la maladie n'existe pas.
2- Ce résultat peut être dû à un ou plusieurs biais (confusion, sélection, classement), c'est-à-dire une erreur systématique qui vient fausser l'ensemble.
3- Il peut s'agir d'une association indirecte, l'action du facteur étudié s'effectuant par l'intermédiaire d'un autre.

**<u>Annexe 6</u> : Spécification techniques du recueil commun sur les addictions et les prises en charges** (http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap_specifications_techniques.doc)

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

PÔLE « INDICATEURS »

# RECAP

*(REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge)*

## Spécifications techniques

---

Ce document présente le format du fichier à envoyer à l'OFDT copié sur CD-ROM pour l'élaboration des données nationales RECAP. Il fournit les informations nécessaires pour configurer les logiciels[303].

Les données doivent être transmises dans un fichier plat (format texte) sans séparateur (champs délimités par des largeurs fixes) en respectant les tailles, formats et codes précisés ci-dessous :

| Libellé de la variable | Taille (nombre de caractères) | N° colonne début | N° colonne fin | Codes et formats |
|---|---|---|---|---|
| 1. Type d'enregistrement [304] | 1 | 1 | 1 | 1 Entrée dans la structure ; 2Reprise de traitement<br>3 Suivi continu : situation actuelle |
| 2. Date de la situation [305] | 10 | 2 | 11 | jj/mm/aaaa |
| 3. Nom de la structure en clair | 40 | 12 | 51 | |
| 4. Numéro identifiant de la structure | 10 | 52 | 61 | |
| 5. Numéro identifiant du patient pour l'enquête [306] | 12 | 62 | 73 | |
| 6. Date du début de la prise en charge actuelle [307] | 10 | 74 | 83 | jj/mm/aaaa |
| 7. Sexe | 1 | 84 | 84 | 1 Homme<br>2 Femme |
| 8. Année de naissance | 4 | 85 | 88 | |
| 9. Age approximatif | 2 | 89 | 90 | |
| 10. Nombre d'enfants | 2 | 91 | 92 | |
| 11. Nombre d'enfants à charge | 2 | 93 | 94 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)* |
| 12. Catégorie socioprofessionnelle | 1 | 95 | 95 | 1 Agriculteur ; 2 Artisan commerçant ; 3 Cadre, profession libérale ; 4 Profession intermédiaire ; 5 |

[303] Une présentation détaillée des informations à recueillir (noyau commun de questions pour les structures spécialisées en addictologie et guide de remplissage du noyau commun) peut être consultée sur le site de l'OFDT (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html).

[304] Cette donnée permet de savoir si il s'agit d'un nouveau patient (code 1), d'un patient connu mais sans contact avec la structure pendant au moins six mois (code 2) ou d'un patient suivi sans interruption supérieure à six mois (code 3).

[305] Date de l'entretien au cours duquel les données sont recueillies (patient entrant) ou actualisées (patient suivi).

[306] Le numéro d'identifiant du patient pour l'enquête, associé au numéro d'identification de la structure, permet à l'OFDT de retrouver les données relatives à une personne souhaitant exercer son droit d'accès aux informations.

[307] Cette date correspond à la date du premier contact entre le patient et la structure.

| Libellé de la variable | Taille (nombre de caractères) | N° colonne début | N° colonne fin | Codes et formats |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Employé ; 6 Ouvrier ; 7 Retraité ; 8 Sans profession (hors retraité et chômeur) ; 9 Ne sait pas |
| 13. Logement actuel | 1 | 96 | 96 | 1 Durable indépendant ; 2 Durable chez des proches ; 3 Durable en institution ; 4 Provisoire chez des proches ; 5 Provisoire en institution ; 6 Autre provisoire ; 7 Etablissement pénitentiaire ; 8 SDF ; 9 Ne sait pas |
| 14. Entourage | 1 | 97 | 97 | 1 Vit seul ; 2 Vit avec ses parents ; 3 Vit seul(e) avec enfant(s) ; 4 Vit avec un conjoint seulement ; 5 Vit avec conjoint et enfant(s) ; 6 Vit avec des amis ; 7 Autre ; 8 Ne sait pas |
| 15. Département du domicile (ou de vie si SDF) | 3 | 98 | 100 | 001 Ain à 095 Val-d'Oise, avec 02A Corse-du-Sud 02B Haute-Corse ; Pour les DOM 971 Guadeloupe, 972 Martinique, 973 Guyane, 974 Réunion, 975 St Pierre et Miquelon, 976 Mayotte |
| 16. Origine principale des ressources au cours des 6 derniers mois | 1 | 101 | 101 | 1 Revenus d'emplois (y compris retraites et pensions d'invalidité) ; 2 ASSEDIC ; 3 RMI ; 4 AAH ; 5 Autre(s) prestation(s) sociale(s) ; 6 Ressources provenant d'un tiers ; 7 Autres ressources (y compris sans revenus) ; 8 Ne sait pas |
| 17. Situation professionnelle au cours des 6 derniers mois | 1 | 102 | 102 | 1 Activité rémunérée continue<br>2 Activité rémunérée intermittente (au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois)<br>3 Chômage<br>4 Etudiant, élève, stage non rémunéré<br>5 Retraité<br>6 Autre inactif<br>7 Ne sait pas |
| 18. Couverture sociale | 1 | 103 | 103 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>1 Affilié Sécurité Sociale<br>2 Non affilié Sécurité Sociale<br>3 Ne sait pas |
| 19. CMU<br>Bénéficiaire de la couverture maladie universelle si affilié sécurité sociale | 1 | 104 | 104 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>1 Oui<br>2 Non |
| 20. ALD<br>Bénéficiaire de l'affection de longue durée si affilié sécurité sociale | 1 | 105 | 105 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>1 Oui<br>2 Non |
| 21. AME<br>Affilié à l'aide médicale d'État rénovée | 1 | 106 | 106 | *Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>1 Oui<br>2 Non |
| 22. Bénéficiaire d'une couverture complémentaire | 1 | 107 | 107 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>1 Oui<br>2 Non |
| 23. Niveau d'études | 1 | 108 | 108 | 1 N'a pas terminé le primaire<br>2 Niveau primaire<br>3 Niveau BEPC<br>4 Niveau BEP, CAP<br>5 Niveau Bac<br>6 Niveau Bac+2<br>7 Niveau au-delà Bac+2<br>8 Ne sait pas |
| 24. Origine de la prise en charge actuelle | 2 | 109 | 110 | 1 Le patient lui-même<br>2 Les proches (famille ou amis)<br>3 Médecin de ville<br>4 Structure spécialisée en toxicomanie<br>5 Structure de réduction des risques<br>6 Structure spécialisée en alcoologie |

| Libellé de la variable | Taille (nombre de caractères) | N° colonne début | N° colonne fin | Codes et formats |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 7 Equipe de liaison<br>8 Autre hôpital ou autre sanitaire<br>9 Institution ou service social<br>10 Obligation de soins<br>11 Injonction thérapeutique<br>12 Classement avec orientation<br>13 Autre mesure judiciaire ou administrative<br>14 Milieu scolaire ou universitaire<br>15 Autre<br>16 Ne sait pas |
| 25. Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives | 1 | 111 | 111 | 1 Jamais pris en charge<br>2 Déjà pris en charge mais pas actuellement<br>3 Suivi actuellement<br>4 Ne sait pas |
| 26. Année de la première prise en charge | 4 | 112 | 115 | |
| 27. Traitement de substitution aux opiacés en cours | 1 | 116 | 116 | 1 Non<br>2 Oui, méthadone<br>3 Oui, buprénorphine haut dosage (BHD)<br>4 Oui, autre (sulfate de morphine, codéine)<br>5 Ne sait pas |
| 28. Si traitement de substitution, depuis quelle date | 10 | 117 | 126 | jj/mm/aaaa |
| 29. Autre(s) traitement(s) en cours : Acamprosate ? | 1 | 127 | 127 | 0 Non<br>1 Oui |
| 30. Autre(s) traitement(s) en cours : Naltrexone ? | 1 | 128 | 128 | 0 Non<br>1 Oui |
| 31. Autre(s) traitement(s) en cours : Antabuse ? | 1 | 129 | 129 | 0 Non<br>1 Oui |
| 32. Autre(s) traitement(s) en cours : Substitut(s) nicotinique(s) ? | 1 | 130 | 130 | 0 Non<br>1 Oui |
| 33. Autre(s) traitement(s) en cours : Bupropion ? | 1 | 131 | 131 | 0 Non<br>1 Oui |
| 34. Autre(s) traitement(s) en cours : Anxiolytique(s) ? | 1 | 132 | 132 | 0 Non<br>1 Oui |
| 35. Autre(s) traitement(s) en cours : Hypnotique(s) ? | 1 | 133 | 133 | 0 Non<br>1 Oui |
| 36. Autre(s) traitement(s) en cours : Antidépresseur(s) ? | 1 | 134 | 134 | 0 Non<br>1 Oui |
| 37. Autre(s) traitement(s) en cours : Neuroleptique(s) ? | 1 | 135 | 135 | 0 Non<br>1 Oui |
| 38. Premier produit consommé au cours du mois passé | 2 | 136 | 137 | 00 Alcool<br>11 Héroïne<br>12 Buprénorphine haut dosage (BHD)<br>13 Méthadone<br>14 Autre opiacé<br>20 Cannabis<br>31 Barbiturique<br>32 Benzodiazépine<br>33 Autre hypnotique ou tranquillisant<br>34 Antidépresseur<br>41 Cocaïne<br>42 Crack<br>51 Amphétamine<br>52 MDMA ou dérivé<br>53 Autre stimulant |
| 38. Premier produit consommé (suite) | | | | 61 LSD<br>62 Champignons hallucinogènes<br>63 Autre hallucinogène<br>80 Colle ou solvant<br>70 Tabac<br>90 Autre produit<br>91 Jeux ou cyberaddiction *(ajouté en 2008)*<br>95 Trouble léger du comportement alimentaire *(ajouté en 2008)* |

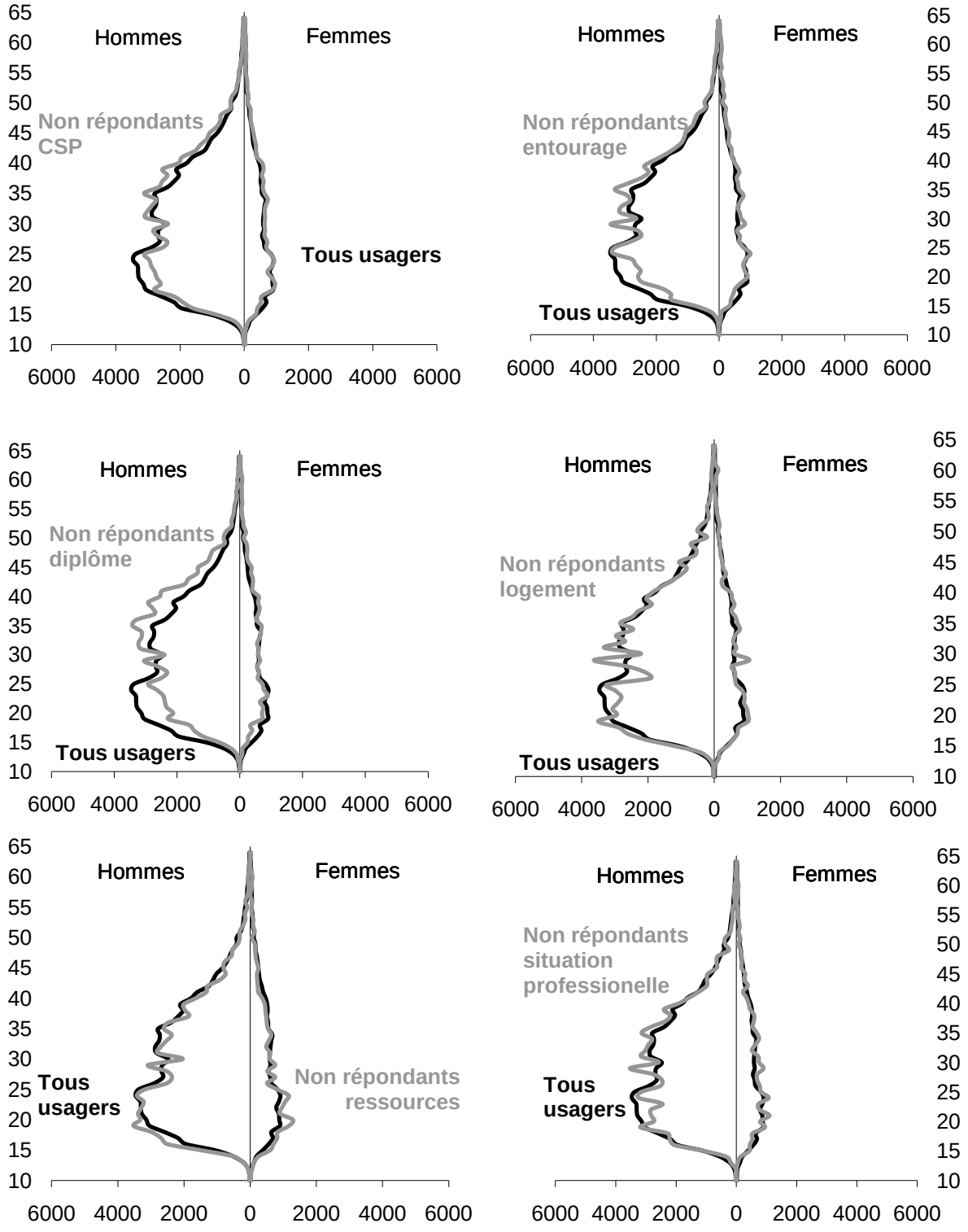
| Libellé de la variable | Taille (nombre de caractères) | N° colonne début | N° colonne fin | Codes et formats |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 97 Autre addiction sans produit *(ajouté en 2008)*<br>98 Non renseigné<br>99 Pas de produit consommé |
| 39. Mode de consommation habituel (1er produit) | 1 | 138 | 138 | 1 Injecté<br>2 Fumé / inhalé<br>3 Mangé / bu<br>4 Sniffé<br>5 Autre<br>6 NSP |
| 40. Fréquence de consommation (1er produit) | 1 | 139 | 139 | 1 Pas plus d'une fois au cours des 30 derniers jours (occasionnellement)<br>2 Une fois par semaine ou moins<br>3 Entre 2 et 6 fois par semaine<br>4 Chaque jour<br>5 NSP |
| 41. Usage/dépendance (1er produit) | 1 | 140 | 140 | 1 Usage à risque<br>2 Usage nocif<br>3 Dépendance<br>4 NSP |
| 42. Age de début de consommation (1er produit) | 2 | 141 | 142 | |
| 43. Deuxième produit consommé au cours du mois | 2 | 143 | 144 | Voir n°38 |
| 44. Mode de consommation habituel (2ème produit) | 1 | 145 | 145 | Voir n°39 |
| 45. Fréquence de consommation (2ème produit) | 1 | 146 | 146 | Voir n°40 |
| 46. Usage/dépendance (2ème produit) | 1 | 147 | 147 | Voir n°41 |
| 47. Age de début de consommation (2ème produit) | 2 | 148 | 149 | Voir n°42 |
| 48. Troisième produit consommé au cours du mois | 2 | 150 | 151 | Voir n°38 |
| 49. Mode de consommation habituel (3ème produit) | 1 | 152 | 152 | Voir n°39 |
| 50. Fréquence de consommation (3ème produit) | 1 | 153 | 153 | Voir n°40 |
| 51. Usage/dépendance (3ème produit) | 1 | 154 | 154 | Voir n°41 |
| 52. Age de début de consommation (3ème produit) | 2 | 155 | 156 | Voir n°42 |
| 53. Quatrième produit consommé au cours du mois | 2 | 157 | 158 | Voir n°38 |
| 54. Mode de consommation habituel (4ème produit) | 1 | 159 | 159 | Voir n°39 |
| 55. Fréquence de consommation (4ème produit) | 1 | 160 | 160 | Voir n°40 |
| 56. Usage/dépendance (4ème produit) | 1 | 161 | 161 | Voir n°41 |
| 57. Age de début de consommation (4ème produit) | 2 | 162 | 163 | Voir n°42 |
| 58. Cinquième produit consommé au cours du mois | 2 | 164 | 165 | Voir n°38 |
| 59. Mode de consommation habituel (5ème produit) | 1 | 166 | 166 | Voir n°39 |
| 60. Fréquence de consommation (5ème produit) | 1 | 167 | 167 | Voir n°40 |
| 61. Usage/dépendance (5ème produit) | 1 | 168 | 168 | Voir n°41 |
| 62. Age de début de consommation (5ème produit) | 2 | 169 | 170 | Voir n°42 |
| 63. Produit à l'origine de la prise en charge (PEC) | 2 | 171 | 172 | Voir n°38 |
| 64. Mode de consommation (produit PEC) | 1 | 173 | 173 | Voir n°39 |
| 65. Fréquence de consommation (produit PEC) | 1 | 174 | 174 | Voir n°40 |
| 66. Usage/dépendance (produit PEC) | 1 | 175 | 175 | Voir n°41 |
| 67. Age de début de consommation (produit PEC) | 2 | 176 | 177 | Voir n°42 |
| 68. Consommation d'alcool quotidienne : nombre de verres standard d'alcool bus par jour en moyenne au cours du mois passé | 4 | 178 | 181 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)*<br>une décimale (##,#) |
| 69. Nombre d'ivresses alcooliques au cours des 30 derniers jours | 2 | 182 | 183 | *Exploitation abandonnée en 2008*<br>*(ne pas supprimer, laisser le champ vide)* |
| 70. Consommation de tabac quotidienne : nombre de cigarettes fumées par jour en moyenne au cours des 30 derniers jours | 2 | 184 | 185 | |
| 71. Consommation de cannabis quotidienne : nombre de joints fumés par jour en moyenne au cours des 30 derniers jours | 2 | 186 | 187 | |
| 72. Utilisation antérieure de l'injection | 1 | 188 | 188 | 1 Oui, au cours des 30 derniers jours<br>2 Oui, antérieurement mais pas au cours des 30 derniers jours<br>3 Jamais<br>4 Ne sait pas |
| 73. Age lors de la première injection | 2 | 189 | 190 | |

| Libellé de la variable | Taille (nombre de caractères) | N° colonne début | N° colonne fin | Codes et formats |
|---|---|---|---|---|
| 74. Partage des seringues | 1 | 191 | 191 | 1 Jamais<br>2 Presque jamais<br>3 Occasionnellement<br>4 Régulièrement<br>5 Ne sait pas |
| 75. Sérologie VIH | 1 | 192 | 192 | 1 Inconnue<br>2 Positive<br>3 Négative |
| 76. Date dernier test VIH | 10 | 193 | 202 | jj/mm/aaaa |
| 77. Sérologie VHC | 1 | 203 | 203 | 1 Inconnue<br>2 Positive<br>3 Négative |
| 78. Date dernier test VHC | 10 | 204 | 213 | jj/mm/aaaa |
| 79. Vaccination VHB complète | 1 | 214 | 214 | 1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 80. Antécédents psychiatriques : Hospitalisation(s) antérieure(s) (hors sevrage) | 1 | 215 | 215 | 1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 81. Nombre d'hospitalisations | 2 | 216 | 217 | |
| 82. Tentative(s) de suicide | 1 | 218 | 218 | 1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 83. Nombre de tentatives de suicide | 2 | 219 | 220 | |
| 84. Incarcération(s) | 1 | 221 | 221 | 1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 85. Nombre d'incarcérations | 2 | 222 | 223 | |
| 86. Durée totale des incarcérations (en mois) | 3 | 224 | 226 | |
| 87. Comorbidité psychiatrique | 1 | 227 | 227 | *Remplissage facultatif (laisser le champ vide si non renseigné)*<br>1 Pas de comorbidité<br>2 Trouble psychotique ou délirant<br>3 Trouble anxieux ou dépressif<br>4 Trouble de la conduite alimentaire<br>5 Trouble de la personnalité<br>6 Autre trouble<br>7 Ne sait pas |
| 88. Champ vide (utilisé par ProGDis uniquement) | 1 | 228 | 228 | |
| 89. Contexte [308] | 1 | 229 | 229 | 1 Consultation cannabis<br>2 CSAPA, CSST ou CCAA<br>3 Consultation cannabis et CSAPA/CSST/CCAA |
| 90. Le patient fume-t-il ? | 1 | 230 | 230 | *Champ ajouté en 2008*<br>1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 91. Le patient est-il sous traitement médicamenteux (addiction, affection psychiatrique) ? | 1 | 231 | 231 | *Champ ajouté en 2008*<br>1 Oui<br>2 Non<br>3 Ne sait pas |
| 92. Autre(s) traitement(s) en cours : Autre(s) ? | 1 | 232 | 232 | *Champ ajouté en 2008*<br>0 Non<br>1 Oui |

[308] Indique si un patient est vu dans le contexte consultation cannabis ou dans le contexte CSAPA/CSST/CCAA. Un patient reçu dans le cadre de la consultation cannabis est enregistré en codant cette variable 1 ; s'il est reçu dans le cadre d'une consultation en CSAPA, CSST ou CCAA, il est codé à 2. Pour les patients vus d'abord dans la consultation cannabis puis dans le cadre du CSAPA, du CSST ou du CCAA, la variable sera codée 3.

**<u>Annexe 7</u> : Compléments d'informations des caractéristiques sociales des usagers de drogues pris en charge par les CSST**

<u>Répartition par sexe et âge des patients « non répondants » aux différentes questions, pour 100000 individus agés de 10 à 64 ans</u>




Source : RECAP/OFDT

Répartition par sexe et âge des individus des différentes populations, selon la CSP

| Usagers pris en charge | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Classe d'âges | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
| | Agriculteurs | Artisan Commerçant | Cadres, Professions libérales | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier | Agriculteurs | Artisan Commerçant | Cadres, Professions libérales | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier |
| 15-19 | 17 | 46 | 7 | 27 | 591 | 884 | 2 | 2 | 2 | 6 | 176 | 79 |
| 20-24 | 38 | 161 | 55 | 178 | 2187 | 2955 | 5 | 30 | 20 | 49 | 759 | 202 |
| 25-29 | 19 | 202 | 110 | 170 | 2033 | 2502 | 2 | 35 | 31 | 64 | 673 | 178 |
| 30-34 | 28 | 229 | 129 | 195 | 1770 | 2277 | 1 | 27 | 24 | 59 | 591 | 177 |
| 35-39 | 20 | 214 | 140 | 180 | 1387 | 1614 | 7 | 26 | 32 | 60 | 469 | 130 |
| 40-44 | 18 | 148 | 109 | 110 | 769 | 857 | 2 | 20 | 40 | 49 | 289 | 67 |
| 45-49 | 14 | 76 | 77 | 64 | 331 | 338 | 1 | 12 | 31 | 29 | 164 | 39 |
| 50-54 | 2 | 43 | 43 | 26 | 155 | 124 | 1 | 4 | 18 | 12 | 74 | 15 |
| 55-59 | 1 | 20 | 37 | 13 | 48 | 40 | 1 | 7 | 11 | 4 | 27 | 4 |
| 60-64 | 0 | 3 | 7 | 3 | 7 | 11 | 0 | 0 | 4 | 4 | 11 | 2 |
| Ensemble | 157 | 1142 | 714 | 966 | 9278 | 11602 | 22 | 163 | 213 | 336 | 3233 | 893 |

Source : RECAP/OFDT

| Population française | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Classe d'âges | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
| | Agriculteurs | Artisan Commerçant | Cadres, Professions libérales | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier | Agriculteurs | Artisan Commerçant | Cadres, Professions libérales | Professions intermédiaires | Employé | Ouvrier |
| 15-19 | 1654 | 6020 | 1578 | 13516 | 54922 | 140000 | 423 | 3596 | 1019 | 12737 | 116959 | 20627 |
| 20-24 | 13644 | 24386 | 42879 | 194658 | 230806 | 536560 | 2565 | 17680 | 38989 | 226675 | 602004 | 113667 |
| 25-29 | 35473 | 70509 | 220451 | 442271 | 333814 | 755288 | 7418 | 37414 | 158379 | 457815 | 883919 | 145746 |
| 30-34 | 55419 | 128450 | 281736 | 444149 | 273723 | 781546 | 16383 | 53867 | 176816 | 425791 | 874662 | 157743 |
| 35-39 | 69553 | 167617 | 304742 | 447808 | 247950 | 745898 | 25231 | 65090 | 167892 | 411134 | 875657 | 174647 |
| 40-44 | 68906 | 190814 | 312387 | 451767 | 236151 | 678512 | 28396 | 71323 | 159951 | 402558 | 846973 | 185123 |
| 45-49 | 72196 | 223011 | 344640 | 442638 | 216876 | 640167 | 35343 | 84228 | 166955 | 389397 | 794865 | 177787 |
| 50-54 | 66466 | 202700 | 333322 | 373958 | 162456 | 505598 | 39359 | 78754 | 146060 | 306704 | 617193 | 135820 |
| 55-59 | 40026 | 122213 | 171324 | 156970 | 63270 | 306763 | 29805 | 44657 | 67616 | 116280 | 293164 | 132275 |
| 60-64 | 8324 | 26347 | 37938 | 15515 | 8359 | 218096 | 12424 | 16763 | 14096 | 16936 | 62158 | 158785 |
| Ensemble | 431661 | 1162067 | 2050997 | 2983250 | 1828327 | 5308428 | 197347 | 473372 | 1097773 | 2766027 | 5967554 | 1402220 |

Source : INSEE

Répartition par sexe et âge des individus des différentes populations, selon le diplôme

| Usagers pris en charge | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | | | | | | | Femmes | | | | | | |
| âge | Sans diplôme | Niveau primaire | Niveau BEPC | Niveau BEP,CAP | Niveau BAC | Niveau BAC+2 | >BAC+2 | Sans diplôme | Niveau primaire | Niveau BEPC | Niveau BEP,CAP | Niveau BAC | Niveau BAC+2 | >BAC+2 |
| 17-19 | 7 | 141 | 642 | 1987 | 1070 | 132 | 74 | 1 | 37 | 203 | 390 | 420 | 62 | 31 |
| 20-24 | 28 | 286 | 1146 | 4356 | 1630 | 547 | 319 | 6 | 42 | 277 | 722 | 633 | 243 | 146 |
| 25-29 | 34 | 307 | 1005 | 3573 | 1196 | 402 | 279 | 4 | 42 | 235 | 523 | 405 | 188 | 125 |
| 30-34 | 67 | 422 | 1037 | 3346 | 959 | 371 | 225 | 10 | 80 | 260 | 494 | 323 | 134 | 138 |
| 35-39 | 51 | 464 | 944 | 2712 | 665 | 247 | 198 | 16 | 77 | 252 | 430 | 240 | 122 | 74 |
| 40-44 | 32 | 287 | 592 | 1494 | 426 | 192 | 154 | 8 | 50 | 140 | 276 | 187 | 98 | 74 |
| 45-49 | 21 | 140 | 236 | 537 | 253 | 124 | 94 | 3 | 35 | 77 | 101 | 105 | 55 | 62 |
| 50-54 | 7 | 80 | 107 | 205 | 109 | 49 | 50 | 2 | 14 | 29 | 44 | 32 | 24 | 28 |
| 55-59 | 5 | 38 | 30 | 63 | 35 | 36 | 32 | 1 | 5 | 16 | 21 | 19 | 20 | 13 |
| 60-64 | 4 | 7 | 10 | 22 | 13 | 15 | 10 | 0 | 9 | 2 | 5 | 12 | 11 | 9 |

Source : RECAP/OFDT

| Population française | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | | | | | | | Femmes | | | | | | |
| âge | Sans diplôme | Niveau primaire | Niveau BEPC | Niveau BEP,CAP | Niveau BAC | Niveau BAC+2 | >BAC+2 | Sans diplôme | Niveau primaire | Niveau BEPC | Niveau BEP,CAP | Niveau BAC | Niveau BAC+2 | >BAC+2 |
| 17-19 | 332411 | 28635 | 721647 | 290011 | 243101 | 10797 | 2864 | 229976 | 18783 | 752256 | 215009 | 323171 | 16485 | 3247 |
| 20-24 | 209641 | 16207 | 118019 | 482427 | 594337 | 291427 | 171002 | 168146 | 14638 | 103472 | 333852 | 615607 | 358401 | 259751 |
| 25-29 | 296129 | 30302 | 111054 | 649666 | 362067 | 307004 | 357698 | 266841 | 32413 | 109690 | 502867 | 394625 | 386374 | 418142 |
| 30-34 | 337689 | 45957 | 130094 | 823360 | 266155 | 242236 | 287357 | 316674 | 52558 | 160367 | 660998 | 346127 | 335436 | 285857 |
| 35-39 | 347777 | 75728 | 165584 | 833458 | 257235 | 201849 | 252677 | 363581 | 95454 | 235883 | 615496 | 348888 | 298523 | 218661 |
| 40-44 | 306989 | 184526 | 175273 | 753251 | 250227 | 177279 | 237581 | 330875 | 254367 | 246533 | 548537 | 305537 | 264501 | 188405 |
| 45-49 | 308508 | 300936 | 147958 | 712404 | 234347 | 154753 | 245895 | 315399 | 423829 | 208923 | 523888 | 263776 | 211585 | 179692 |
| 50-54 | 305285 | 319436 | 126775 | 565260 | 200804 | 114067 | 225987 | 296539 | 446741 | 195319 | 412889 | 214431 | 149292 | 143680 |
| 55-59 | 272641 | 273699 | 77907 | 372898 | 139231 | 61770 | 142437 | 268857 | 391294 | 131251 | 270257 | 145077 | 83500 | 77419 |
| 60-64 | 333332 | 333655 | 71229 | 313103 | 112647 | 38524 | 105285 | 373498 | 478335 | 129360 | 229539 | 108538 | 55912 | 50324 |

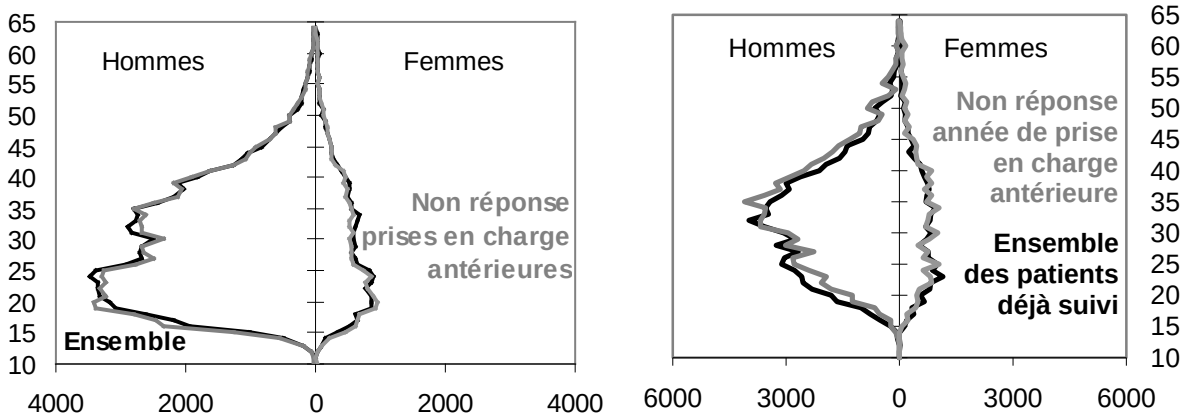
Source : INSEE

**<u>Annexe 8</u> : présentation de la méthodologie appliquée pour la reconstitution des données manquantes concernant les 1$^{ères}$ prises en charges en CSST.**

La non réponse des patients pris en charge en centre de soins, s'agissant de l'existence d'une éventuelle prise en charge antérieure concerne 43% d'entre eux. Ne se limiter qu'aux seuls individus pour lesquels on dispose de l'information sous-estimerait largement les résultats obtenus. Afin d'estimer des évènements réduits plus vraisemblables il apparaît nécessaire de reconstruire les déclarations qui auraient pu être faites.

Dans la mesure où la structure par sexe et âge des non répondants est sensiblement identique à celle de l'ensemble des patients pris en charge, a été extrapolé aux non répondants une même répartition des éventuelles prises en charge antérieure que parmi les déclarants. Il en est fait de même pour l'année de la première prise en charge des patients pris en charge antérieurement mais plus actuellement (ceux encore patients d'une autre structure sont considérés comme redondants) le taux de non étant de 37%, et la confrontation des pyramides des âges le permettant.

<u>Structure par sexe et âge des différentes sous populations parmi les 15-64 ans</u>




Source : RECAP/OFDT

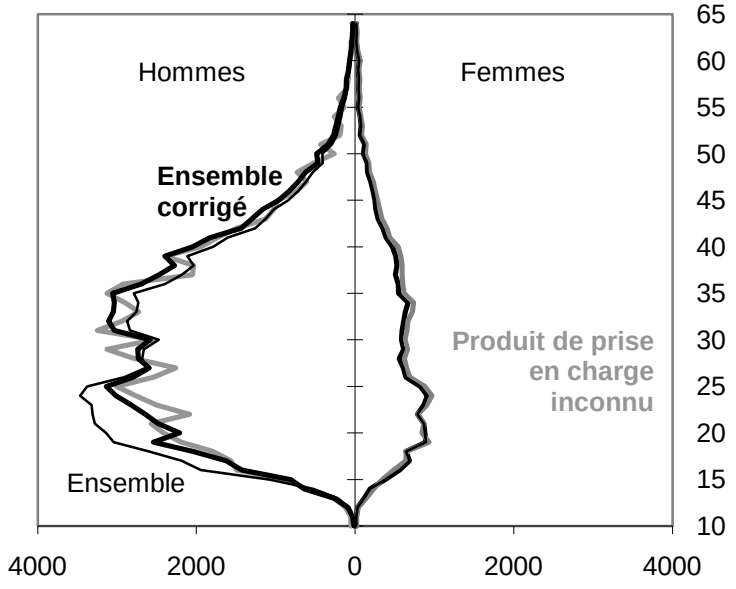
S'agissant, des non réponses de l'année de prise en charge des patients n'ayant jamais suivi de prises en charge avant celle pour laquelle les informations sont collectées, les entrées ne sont pas prises en compte. Tout d'abord, elles ne concernent pas plus de 4%[309] des fiches des patients. Du fait de leur faible nombre, la structure par âge est nécessairement très accidentée, et la projection d'une même répartition de l'année d'entrée dans la prise en charge n'aurai que peu d'intérêt et soulignerait au contraire les variations chaotiques. Mais cet

[309] Il s'agit en fait de non réponse ou de données supprimées après contrôle des incohérences. Ont en effet été supprimées les années de première prise en charge des patients qui selon les données brutes étaient entrée avant même d'avoir consommé le produit pour lequel ils sont pris en charge, voir même avant d'être nés.

arbitrage répond aussi à une différence de nature des non réponses. Ici, il ne s'agit en fait pas d'une volonté de l'enquêté de ne pas donner l'information mais d'une erreur de saisi ou encore de difficultés techniques rencontrées lors de l'exportation des données.

La distinction par type de produits répond à une même logique. Toutefois, certaines corrections ont été apportées car il apparat que les non réponses relatives aux produits déclarés se distinguent de l'ensemble des produits et ce en raison d'une moindre défaillance des déclarations à l'égard du cannabis. Reste que ce produit est celui qui concerne principalement les populations les plus jeunes. Considérer que les non réponses ne concernent jamais le cannabis, sous estime la part des jeunes dans les non déclarants. Pour les moins de 15 ans ont été répartis les produits de prise en charge identiquement à ce qu'il en est parmi l'ensemble des patients. Entre 15 et 24 ans, c'est la répartition des différents produits parmi les patients dont l'effectif a été déflaté de la moitié des patients pris en charge pur le cannabis. Cela est également le cas après 25 ans, mais la population est déflaté de ¾ des patients pris en charge pour leurs consommations de cannabis, ce qui permet d'obtenir la structure suivante, qui suit plus convenablement la répartition des non répondants.

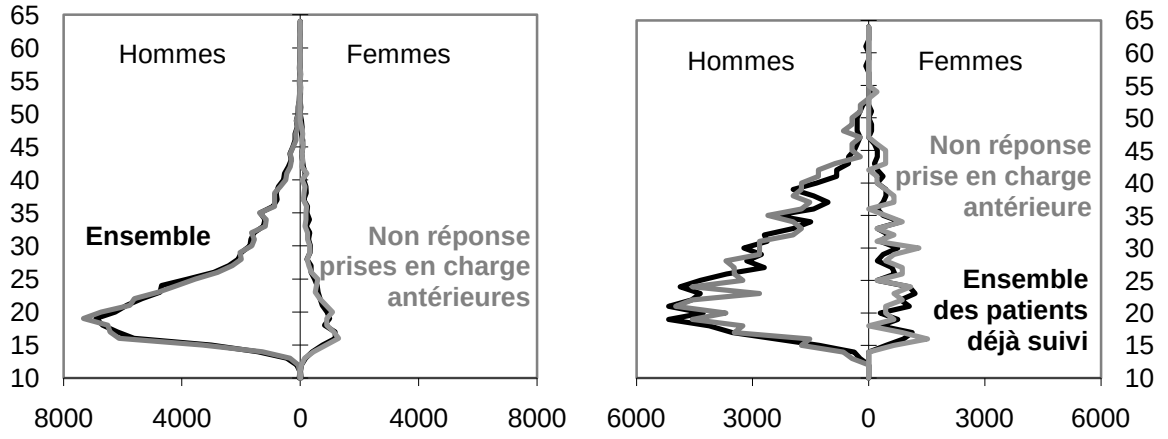
Structure par sexe et âge selon le produit de prise en charge parmi les 15-64 ans



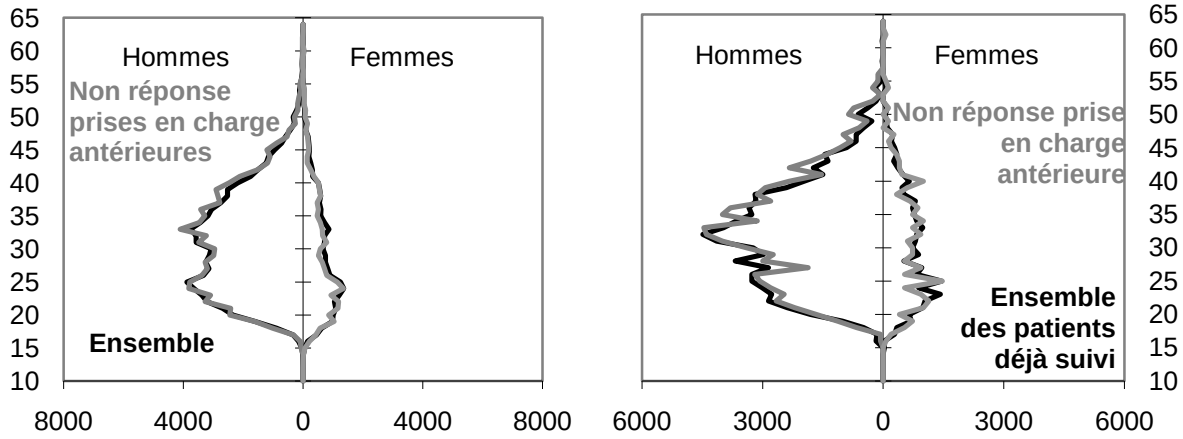

Source : RECAP/OFDT

A partir de cette correction peuvent alors être reconstitué les effectifs d'individus pris en charge en raison de leurs consommations, puis d'effectuer une même méthode à chacun des produits souhaités. S'agissant du cannabis les structures des non réponses souligne le bien fondé de la correction effectuée.

Structure par sexe et âge des différentes sous populations de patients pris en charge en raison de leurs consommations de cannabis parmi les 15-64 ans

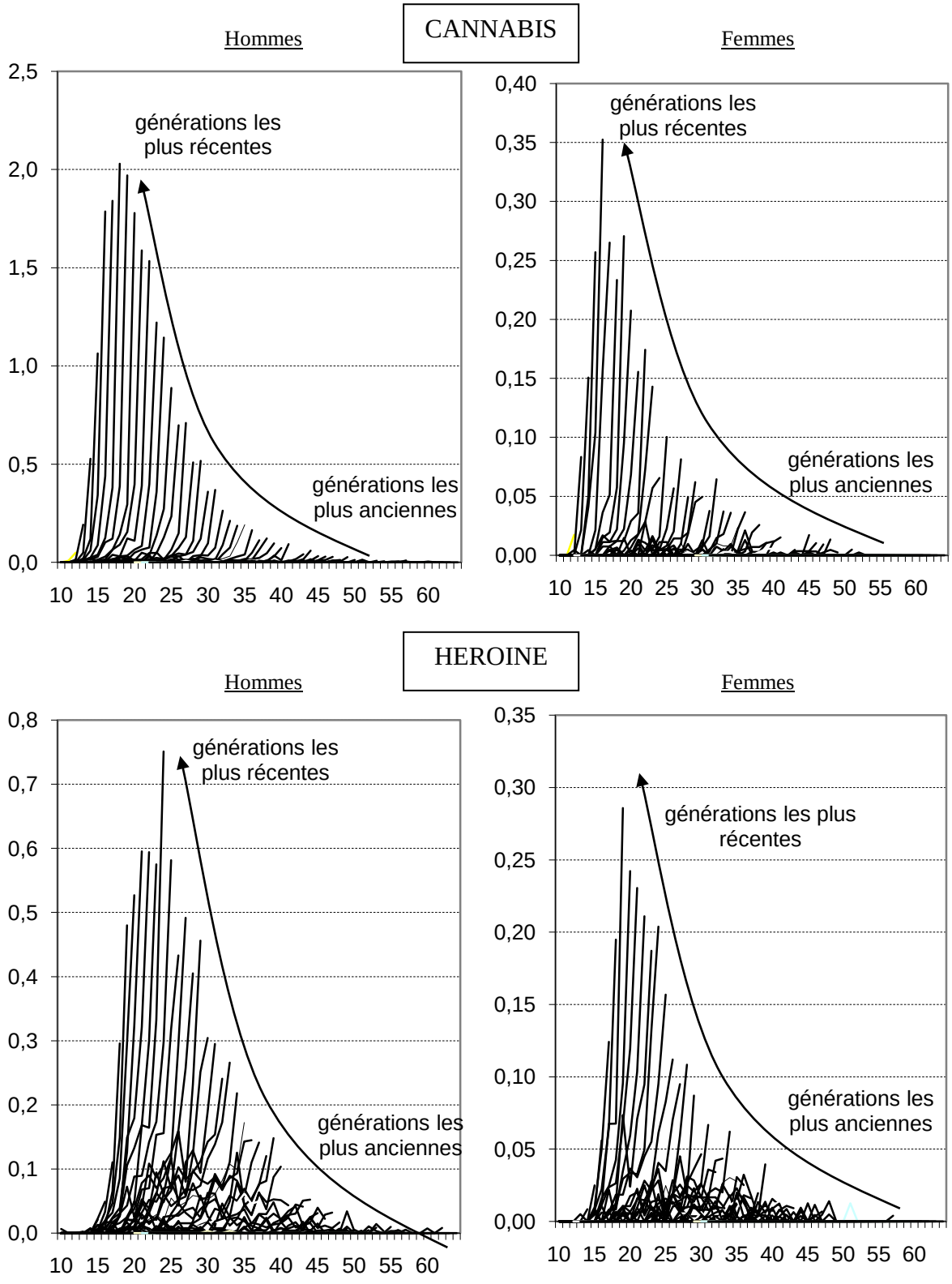



Structure par sexe et âge des différentes sous populations de patients pris en charge en raison de leurs consommations d'héroïne parmi les 15-64 ans




Source : RECAP/OFDT

**<u>Annexe 9</u> : Premières prises en charges réduites (pour 1000) des générations d'usagers de drogues selon l'âge à la 1ère prise en charge, la substance concernée et le sexe**

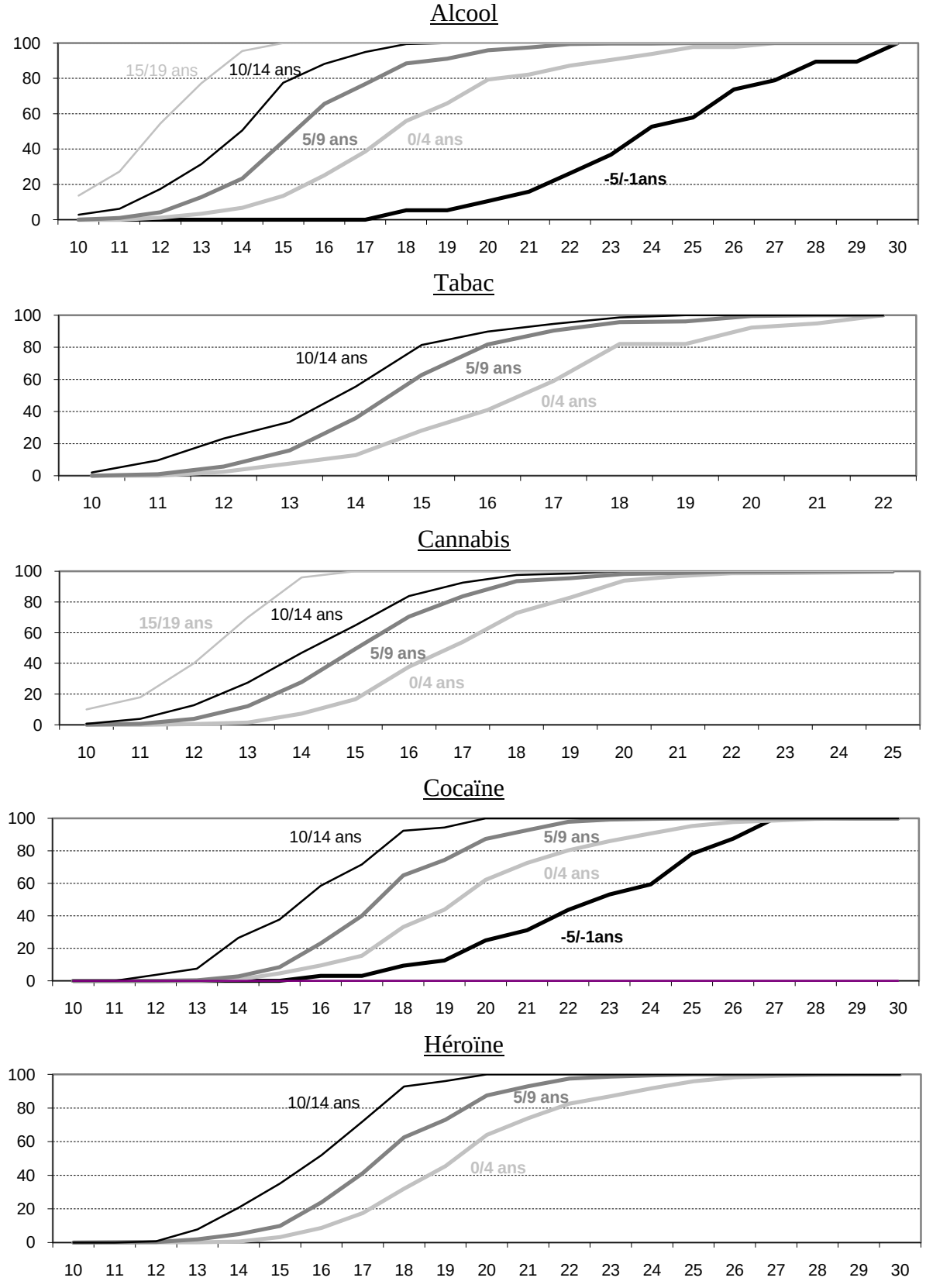



Source : RECAP/OFDT – INSEE

Les évènements réduits sont des taux de deuxième catégorie. Au sein de chaque génération, on a rapporté le nombre de première prise en charge à chaque âge où à eu lieu la prise en charge à la population moyenne de la génération en 2006.

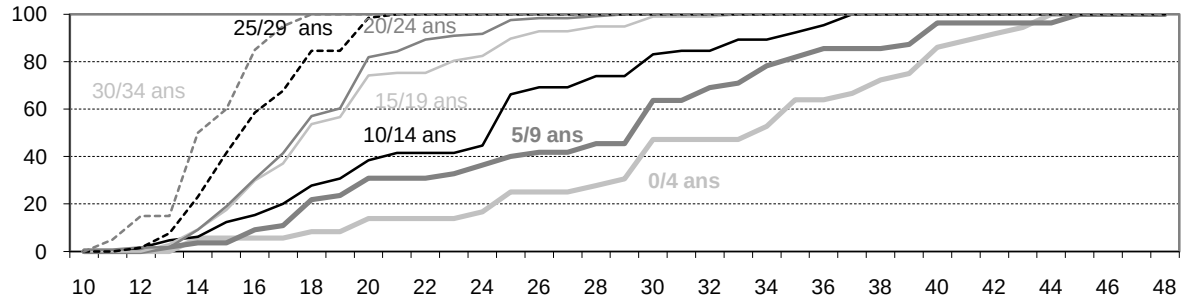
**<u>Annexe 10</u> : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en%) parmi les différents groupes de générations, selon l'âge à l'expérimentation et la durée des consommations sans prise en charge.**

**Générations 1976-1985**

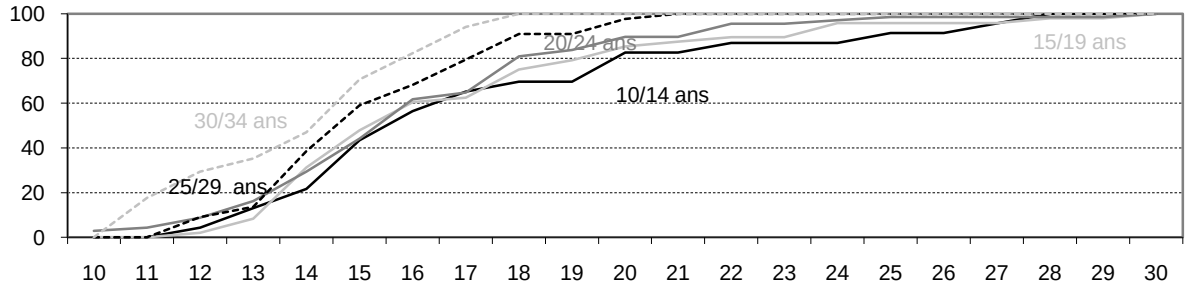


**Générations 1956-1965**

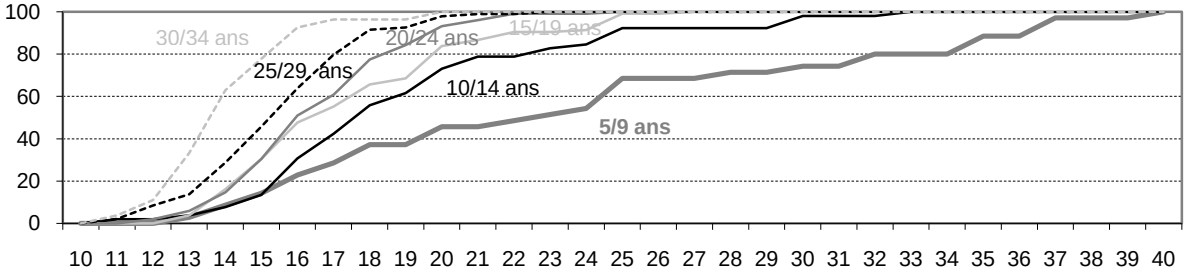
Alcool



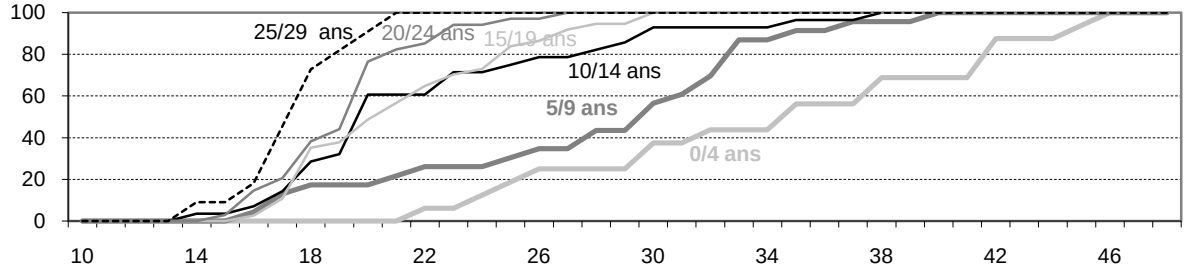

Tabac



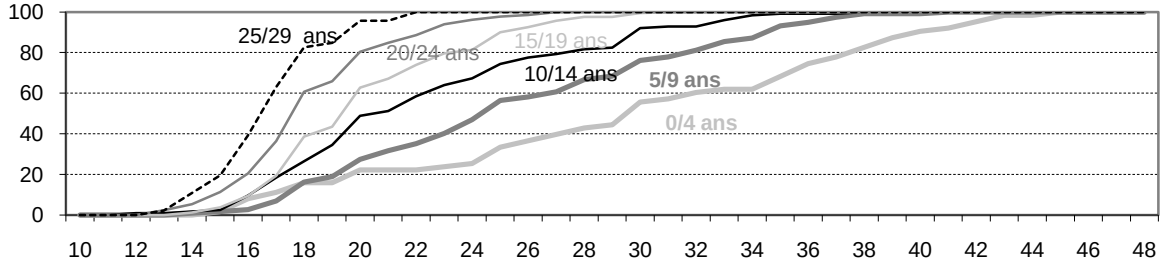

Cannabis




Cocaïne



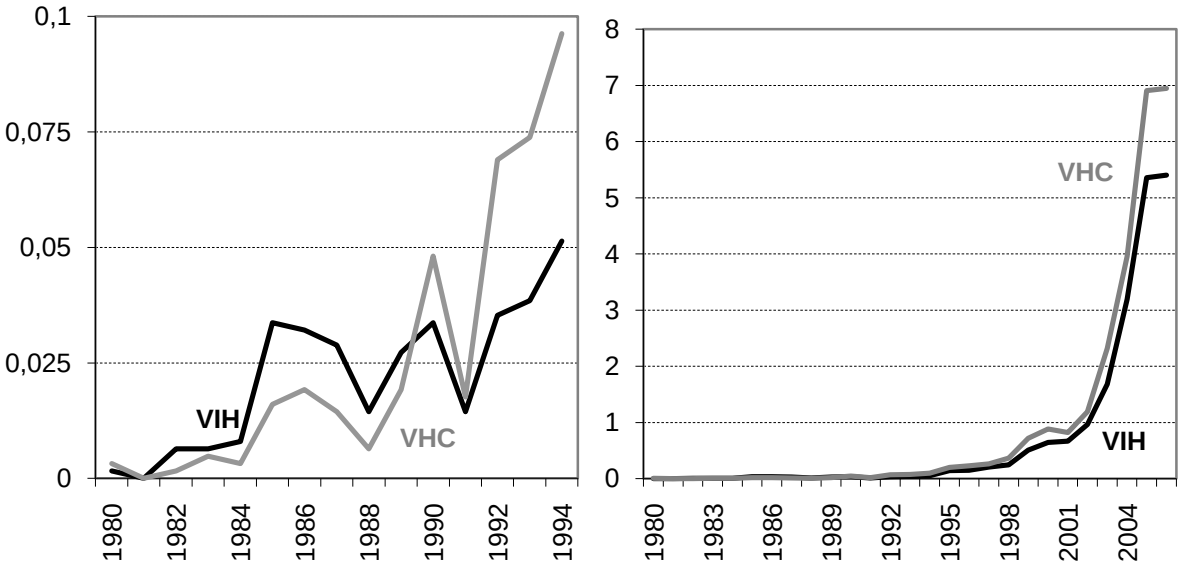

Héroïne



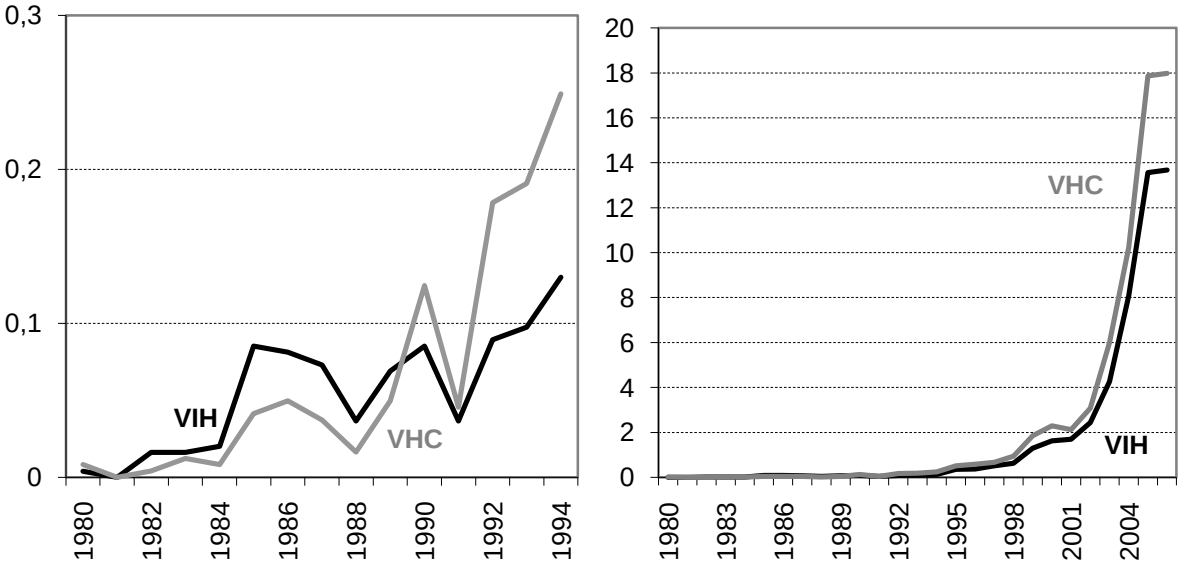

Source : RECAP/OFDT

**Annexe 11 : Proportion des derniers dépistages VHC et VIH réalisés chaque année (en %) au fil des années**

Population de référence : Ensemble des patients pris en charge




Population de référence : Patients pris en charge à sérologie connue




Source: RECAP/OFDT

**Annexe n°12 : Questionnaires des tests de mesure de dépendance**

***Test DETA*** : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

<u>Interprétation des résultats :</u>

- Une réponse positive ou moins : La consommation d'alcool est modérée, il est peut probable d'être dépendant à l'alcool.
- Au moins deux réponses positive : La consommation d'alcool est excessive, il est probable d'être en difficulté avec l'alcool.

Source : Inpes

**Questionnaire CAST ou Cannabis Abuse Screening Test, OFDT[9]**

Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.
Trois réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide. Au cours des 12 derniers mois (une seule croix par ligne).

| | oui | non |
|---|---|---|
| Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ? | ☐ | ☐ |
| Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ? | ☐ | ☐ |
| Avez-vous déjà eu des **problèmes de mémoire** quand vous fumez du cannabis ? | ☐ | ☐ |
| Des **amis ou des membres de votre famille** vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? | ☐ | ☐ |
| Avez-vous déjà essayé de **réduire votre consommation** de cannabis **sans y arriver** ? | ☐ | ☐ |
| Avez-vous déjà eu des problèmes à **cause de votre consommation** de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? | ☐ | ☐ |

***Test de Fagerstörm***

**1 - Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?**
dans les 5 premières minutes……3
Entre 6 et 30 minutes……2
Entre 31 et 60 minutes…….1
Après 60 minutes……0

**2 – Trouvez vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?**
oui ……1
non……0

**3 – A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?**
La première le matin……..1
N'importe quelle autre……...0

**4 – Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?**
10 ou moins ……..0
11 à 20……...1
21 à 30……...2
31 ou plus……..3

**5 – Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?**
oui……1
non……...0

**6 – Fumez-vous, lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée ?**
oui……..1
non……0

**<u>Résultats</u>**
Score de 0 à 2 : *vous n'êtes pas dépendant(e) à la nicotine.*
Score de 3 à 4 : *vous êtes faiblement dépendant(e) à la nicotine.*
Score de 5 à 6 : *vous êtes moyennement dépendant(e) à la nicotine.*
Score de 7 à 10 : *vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) à la nicotine.*

# ADDICTION SEVERITY INDEX - TSR

Adaptation française

## INSTRUCTIONS

1) Ne laissez aucun blanc et utilisez les codes appropriés
X⊡pas de réponse
N⊡non concerné
Utilisez un caractère par case

2) Les items entourés sont à poser en base et au suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.

3) De l'espace libre est réservé après chaque section pour les commentaires

## EVALUATION DE LA SEVERITE

L'évaluation de la sévérité est établie à travers un entretien qui permet d'estimer les besoins pour le patient d'un traitement supplémentaire dans chaque domaine. Les échelles s'étendent de 0 (pas du tout) à 9 (traitement absolument nécessaire, pronostic vital en jeu). Chaque évaluation est basée sur l'histoire symptomatologique du patient, les conditions actuelles et une évaluation subjective de son besoin d'être traité dans chaque domaine concerné.
Pour plus de renseignements se reporter au manuel.
Remarque⊡ cette échelle de sévérité est optionnelle.

## RAPPEL DE L'ECHELLE D'AUTO-EVALUATION

0 ▯ non pas du tout
1 ▯ légèrement
2 ▯ modérément
3 ▯ considérablement
4 ▯ extrêmement

## INFORMATIONS GENERALES

N° DOSSIER ▯▯▯▯▯▯

Date de l'entrevue⊡ ▯▯ jour ▯▯ mois ▯▯▯▯ année

Heure début⊡ ▯▯ ▯▯

Heure fin⊡ ▯▯ ▯▯

Catégorie⊡
1 – Base
2 – Suivi ▯

Code contact⊡
1 – en personne
2 – téléphone ▯

SEXE⊡
1 – Masculin
2 – Féminin ▯

Code interviewer ▯▯

SPECIAL⊡
1 – Patient sorti ▯
2 – Refus du patient
3 – Patient incapable de répondre

NOM⊡……..……..

ADRESSE⊡……..
…….

CODE POSTAL ▯▯▯▯▯

1- Depuis combien de temps vivez-vous à cette adresse⊡ ▯▯ ans ▯▯ mois

2- Est-ce que vous êtes propriétaire vous ou votre famille⊡
0 – Non
1 – Oui ▯

3- Date de naissance⊡ ▯▯ jour ▯▯ mois ▯▯▯▯ année

6 – Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en environnement contrôlé⊡
1 – NON
2 – Prison, garde à vue
4 – Traitement alcool ou drogue
5 – Traitement médical
6 – Traitement psychiatrique
7 – Autre⊡…… ▯

7 – Combien de jours⊡ ▯▯

## Profil de sévérité

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |
| PROBLEMES | Médical | Emploi / Ressources | Alcool | Substances | Tabac | Aut. Add. Sans subst | Situation légale | Fam./Soc. | Psychologique |

# ETAT MEDICAL

*

1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ?
(*Y compris surdosage et delirium tremens, excepté désintoxication)* ☐☐

2 – Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? ☐☐ ans ☐☐ mois

3 – Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ? ☐
0 – Non 1 - Oui
Précisez : ……..

4 – Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ? ☐
0 – Non 1 - Oui

5 – Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? ☐
(hors d'une incapacité psychiatrique)
0 – Non 1 - Oui
Précisez : ……..

6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? ☐☐

***Question 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective***

7 – Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ? ☐

8 – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ? ☐

***Évaluation de sévérité par l'interviewer***

9 – Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ? ☐

***Évaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

10 : volontairement par le patient
0 – Non 1 – Oui ☐

11 – par son incapacité à comprendre
0 – Non 1 – Oui ☐

COMMENTAIRES

3 – Sérologie hépatite et VIH ?

**TSR – PROBLEMES DE SANTE**

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ? | __\|__ | __\|__ |
| 5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ? | __\|__ | __\|__ |
| 6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé : | | |
| • En consultation individuelle ? | __\|__ | __\|__ |
| • En session de groupe ? | __\|__ | __\|__ |

# EMPLOI / RESSOURCES

* 1 – Nombre d'années d'études (BAC = 12 ans) ☐☐ ans ☐☐ mois

* 2 – Formation ou études techniques ☐☐ ans ☐☐ mois

3 – Avez-vous un métier, une profession, une compétence ?
0 – Non
1 – Oui (préciser) ? ……
…… ☐

4 – Avez-vous un permis de conduire valide ? ☐
0 – Non 1 - Oui

5 – Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide répondez Non) ☐
0 – Non 1 - Oui

6 – Quelle a été la durée de votre plus long emploi plein temps ? ☐☐ mois ☐☐ ans

7 – Occupation actuelle (*ou dernière occupation*) ☐
Précisez ? ……..

8 – Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre ? ☐
0 – Non 1 - Oui

9 – *(Si oui à la question 8)* Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ? ☐
0 – Non 1 - Oui

10 – Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années ☐

1 – Temps plein *(32 heures/semaine)*
2 – Temps partiel *(heures régulières)*
3 – Temps partiel *(heures irrégulières, travail à la journée)*
4 – Etudiant
5 – Service militaire
6 – Retraité / Invalidité
7 – Sans emploi
8 – Environnement contrôlé

11 – Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours *(y compris travail au noir)* ? ☐☐

Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?

12 – Emploi *(revenu net)* ☐☐☐☐☐☐
13 – Chômage ☐☐☐☐☐☐
14 – Aide sociale ☐☐☐☐☐☐
15 – Pension ☐☐☐☐☐☐
16 – Conjoint, famille, amis ou gains ☐☐☐☐☐☐
17 – Illégal ☐☐☐☐☐☐

18 – Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins ? *(nourriture, logement, etc)* ? ☐

19 – Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? ☐☐

***Question 20 et 21 ? demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective***

20 – Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? ☐

21 – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes d'emploi ? ☐

***Évaluation de sévérité par l'interviewer***

22 – Comment évaluez-vous son besoin en conseil professionnel ? ☐

***Évaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés ?

23 ? volontairement par le patient
0 – Non 1 – Oui ☐

24 – par son incapacité à comprendre
0 – Non 1 – Oui ☐

COMMENTAIRES

## TSR – PROBLEMES D'EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation? | | |
| • Directement auprès d'une ANPE? | __\|__ | __\|__ |
| • Par l'intermédiaire d'une autre personne | __\|__ | __\|__ |
| 4. Avez-vous fait des démarches auprès de l'assurance-chômage, de l'aide sociale, ou d'un autre organisme de ce type? | | |
| • Directement auprès de cet organisme? | __\|__ | __\|__ |
| • Par l'intermédiaire d'un intervenant ou d'un thérapeute? | __\|__ | __\|__ |
| 5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d'emploi ou de ressources financières? | | |
| • En consultation individuelle? | __\|__ | __\|__ |
| • En session de groupe? | __\|__ | __\|__ |

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.

# SUBSTANCES / ALCOOL TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

| | 30 derniers jours | Nb de prises par jour | Prescription 30 der jours | Toute la vie années | Voie |
|---|---|---|---|---|---|
| * **1-** alcool toute utilisation | | | | | |
| * **2-** alcool intox | | | | | |
| * **3**- héroïne | | | | | |
| ***4a**- méthadone | | | | | |
| ***4b-** buprénorphine | | | | | |
| * **5**- autres opiacés/ analgésiques | | | | | |
| * **6**- barbituriques | | | | | |
| * **7**- autres sédatifs/ hyp/tranq | | | | | |
| * **8**- cocaïne | | | | | |
| * **9**- amphétamines | | | | | |
| ***10**- cannabis | | | | | |
| ***11**- hallucinogènes | | | | | |
| ***12**- inhalants | | | | | |
| ***13-** plus d'une substance par jour | | | | | |
| ***12b-** tabac | | | | | |

***Voie d'administration***: 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV
***Prescription*** 0 = non 1 = oui

***12c-** Autre addiction sans substance posant problème _____ (précisez)
0= non 1= oui

Si oui, 30 derniers jours

Toute la vie (en années)

**14-** Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal
(Veuillez coder comme précédemment ou 15-polysubstances; 17-tabac 19-autre addiction sans substance)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématiques

| 1 | 2 | 3 | 4a | 4b | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 12b | 12c |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

*15-* Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance
- en mois - (00-jamais abstinent)

*16-* Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé
(00- encore abstinent)

***17-** Combien de fois avez-vous eu⊡

- un delirium tremens (alcool) | | |
- une overdose (drogue) | | |

***18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour⊡

- problème d'alcool | | |
- problème de substance (hors alcool et tabac) | | |
- problème de tabac | | |
- autre addiction sans substance | | |

***19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool | | |
- problème de substance (hors alcool et tabac) | | |
- problème de tabac | | |
- autre addiction sans substance | | |

**20-** Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour⊡

- alcool | | | | | | |
- substances (hors alcool et tabac) | | | | | | |
- tabac | | | | | | |
- autre addiction sans substance | | | | | | |

**21-** Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours⊡ (y compris AA, NA) | | |

**22-** Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des⊡

- problèmes d'alcool | | |
- problèmes de substances (hors alcool et tabac) | | |
- problèmes de tabac | | |
- autre addiction sans substance | | |

***Question 23 et 24⊡demander au bénéficiaire d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective⊡***

**23-** Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des⊡

- problèmes d'alcool |
- problèmes de substances (hors alcool et tabac) |
- problèmes de tabac |
- autre addiction sans substance |

**24-** Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces:

- problèmes d'alcool ☐
- problèmes de substances (hors alcool et tabac) ☐
- problèmes de tabac ☐
- autre addiction sans substance ☐

***Evaluation de sévérité par l'interviewer***

**25b-** Selon vous, quelle(s) substances pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

| 1 | 2 | 3 | 4a | 4b | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 12b | 12c |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**25-** Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour⊡

- problème d'alcool ☐
- problème de substances (hors alcool et tabac) ☐
- problème de tabac ☐
- autre addiction sans substance ☐

***Evaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés⊡

**26-** Volontairement par le patient ☐
0- Non
1- Oui

**27-** Par son incapacité à comprendre ☐
0- Non
1- Oui

## TSR – PROBLEMES LIES AUX DROGUES

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les drogues? | __\|__ | __\|__ |
| 8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA? | __\|__ | __\|__ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute? | __\|__ | __\|__ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à la drogue? | | |
| • En consultation individuelle? | __\|__ | __\|__ |
| • En session de groupe? | __\|__ | __\|__ |

## TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool? | __\|__ | __\|__ |
| 8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12 étapes? | __\|__ | __\|__ |
| 9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute? | __\|__ | __\|__ |
| 10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool? | | |
| • En consultation individuelle? | __\|__ | __\|__ |
| • En session de groupe? | __\|__ | __\|__ |

# SITUATION LEGALE

1 – Cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire *(juge, policier, etc)*?
0 – Non 1 – Oui ☐

2 – Etes-vous en période de probation, de liberté conditionnelle ou dans un établissement pénal?
0 – Non 1 – Oui ☐

Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculpé des délits et crimes suivants?

| | |
|---|---|
| * 3 – Vol à l'étalage, vandalisme | ☐☐ |
| * 4 – Résistance à l'autorité (violation de probation) | ☐☐ |
| * 5 – Usage et trafic de stupéfiants | ☐☐ |
| * 6 – Escroquerie, faux et usage de faux | ☐☐ |
| * 7 – Arme et explosif | ☐☐ |
| * 8 – Vol avec effraction (cambriolage) | ☐☐ |
| * 9 – Vol à main armée | ☐☐ |
| * 10 – Agression | ☐☐ |
| * 11 – Incendiaire | ☐☐ |
| * 12 – Viol | ☐☐ |
| * 13 – Homicide, meutre | ☐☐ |
| * 14 A – Prostitution | ☐☐ |
| * 14 B – Outrage à magistrat | ☐☐ |
| * 14 C – Autre (préciser)?…… | ☐☐ |

* 15 – Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation? ☐☐

Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes?

* 16 – Désordre, vagabondage, ivresse publique. ☐☐

* 17 – Conduite en état d'ivresse *(ou sous l'effet d'une substance)* ☐☐

* 18 – Autre infraction majeure au code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.) ☐☐

* 19 – Combien de mois avez-vous été détenus dans votre vie? ☐☐

20 – Combien de temps a duré votre dernière détention? ☐☐

21 – Pour quelle raison étiez-vous détenu? (7-20 et 22-24, en cas d'inculpations multiples, codez la plus grave) ☐☐

22 – Etes-vous en instance d'inculpation de procès ou d'une sentence?
0 – Non 1 – Oui ☐

23 – Pour quel motif? (Si plusieurs motifs, codez le plus grave) ☐☐

24 – Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu? ☐☐

25 – Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales? ☐☐

***Question 26 et 27? demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective***

26 – Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves? (exclure les problèmes civils) ☐

27 – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux? ☐

***Évaluation de sévérité par l'interviewer***

28 – Comment évaluez-vous son besoin de conseil juridique? ☐

***Évaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés?

29 – volontairement par le patient
0 – Non 1 – Oui ☐

30 – par son incapacité à comprendre
0 – Non 1 – Oui ☐

COMMENTAIRES

## TSR – PROBLEMES JUDICIAIRES

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 3. A-t-on (soit vous, soit un organisme) pris contact avec une instance judiciaire (tribunaux, services de détention, de probation ou de libération conditionnelle) par rapport à vos problèmes judiciaires? | __\|__ | __\|__ |
| 4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes judiciaires? | | |
| • En consultation individuelle? | __\|__ | __\|__ |
| • En session de groupe? | __\|__ | __\|__ |

## HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement?

| **Côté Maternel** | Alc | Drog | Psych |
|---|---|---|---|
| Gd Mère | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gd Père | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mère | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tante | ☐ | ☐ | ☐ |
| Oncle | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Côté Paternel** | Alc | Drog | Psych |
|---|---|---|---|
| Gd Mère | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gd Père | ☐ | ☐ | ☐ |
| Père | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tante | ☐ | ☐ | ☐ |
| Oncle | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Fratrie** | Alc | Drog | Psych |
|---|---|---|---|
| Frère 1 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Frère 2 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sœur 1 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sœur 2 | ☐ | ☐ | ☐ |

Consigne: Noter «0» dans la catégorie famillale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; «1» quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale; «X» lorsque la réponse est incertaine ou «je ne sais pas» et «N» lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce dégrés de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

### TSR – PROBLEMES FAMILLIAUX

* Combien de fois

| | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille: | | |
| • Avec un thérapeute familial? | __\|__ | __\|__ |
| • Avec un intervenant ou un autre thérapeute? | __\|__ | __\|__ |
| 4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille: | | |
| • Avec un thérapeute familial? | __\|__ | __\|__ |
| • Avec un intervenant ou un autre thérapeute? | __\|__ | __\|__ |

# RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

* 1 – Etat civil□
1 – Marié 4 – Séparé
2 – Remarié 5 – Divorcé
3 –Veuf 6 – Célibataire

2 – Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ? ans mois
*(Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)*

3 – Etes-vous satisfait de cette situation□
0 – Non
1 – Indifférent
2 – Oui

* 4 – Conditions de vie habituelles der 3 ans
1 – avec conjoint et enfants
2 – avec conjoint seulement
3 – avec enfants seulement
4 – avec parents
5 – avec famille
6 – avec amis
7 – seul
8 – environnement contrôlé
9 – pas de conditions de vie stables

5 – Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions□ ans mois
*(Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)*

6 – Etes-vous satisfait de ces conditions de vie□
0 – Non 1 – Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des□
0 – Non 1 – Oui

6 A problèmes d'alcool□
6 B problèmes de substances non prescrites□

7 – Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre□
1 – famille
2 – amis
3 – seul(e)

8 – Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre□
0 – Non
1 – Indifférent
2 – Oui

9 – Combien d'amis intimes avez-vous□

Consignes pour 9A à 18□
Noter «□□ dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie□ «□□ quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale□ «□X□ lorsque la réponse est incertaine ou «□e ne sais pas□ et «□N□ lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degrés de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche□
0 – Non 1 – Oui

Mère
Père
Frère/sœur
Epouse/partenaire sexuel(le)
Enfants
Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec□
0 – Non 1 – Oui

| | 30 derniers jours | dans toute la vie |
|---|---|---|
| 10 – Mère | | |
| 11 – Père | | |
| 12 – Frère/sœur | | |
| 13 – Epouse/partenaire sexuel(le) | | |
| 14 – Enfants | | |
| 15 – Autre parent important à vos yeux□ …… | | |
| 16 – Amis intimes | | |
| 17 – Voisins | | |
| 18 – Camarades de travail | | |

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous□
0 – Non 1 – Oui

18 A – Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
18 B – Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
18 C – Sexuellement ( en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 – Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave□
Avec votre famille
Avec d'autres personnes (famille exclue)

***Question 20 et 23□ demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective***

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces□
20 – Problèmes familiaux
21 – Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces□
22 – Problèmes familiaux
23 – Problèmes sociaux

***Évaluation de sévérité par l'interviewer***

24 – Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale□

***Évaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés□

25□ volontairement par le patient
0 – Non 1 – Oui

26 – par son incapacité à comprendre
0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

# ETAT PSYCHOLOGIQUE

* (1) – Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels□

Dans un hôpital□ ☐☐
En externe ou dans le privé ☐☐

(2) – Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique□ ☐
0 – Non 1 – Oui

Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez□

| | 30 derniers jours | dans toute la vie |
|---|---|---|
| (3) – Eu une dépression grave | ☐ | ☐ |
| (4) – Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave | ☐ | ☐ |
| (5) – Connu des hallucinations | ☐ | ☐ |
| (6) – Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir | ☐ | ☐ |
| (7) – Eprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent | ☐ | ☐ |
| (8) – Eu des sérieuses idées de suicide | ☐ | ☐ |
| (9) – Tenté de vous suicider | ☐ | ☐ |
| (10) – Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel□ | ☐ | ☐ |

(11) – Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels□ ☐☐

***Question 12 et 13□ demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective***

(12) – Au cours des 30 derniers jours□ dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☐

(13) – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels□ ☐

***Les items suivants sont à compléter par l'interviewer***

Au moment de l'entretien, le patient est□
0 – Non 1 – Oui

(14) – Manifestement déprimé/renfermé ☐
(15) – Manifestement hostile ☐
(16) – Manifestement anxieux/nerveux ☐
(17) – Le patient à des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni ☐
(18) – Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir ☐
(19) – Il a des pensées suicidaires ☐

***Évaluation de sévérité par l'interviewer***

(20) – Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique□ ☐

***Évaluation de confiance***

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés□

(21)□ volontairement par le patient ☐
0 – Non 1 – Oui

(22) – par son incapacité à comprendre ☐
0 – Non 1 – Oui

COMMENTAIRES

**TSR – PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES**

| * Combien de fois | dans cet organisme | ailleurs |
|---|---|---|
| 5. Avez-vous en consultation, pratiqué un forme de relaxation de biofeedback ou de méditation□ | | |
| • En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine□ | __\|__ | __\|__ |
| • En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute□ | __\|__ | __\|__ |
| 6. Avez-vous en consultation pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement□ | | |
| • En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine□ | __\|__ | __\|__ |
| • En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute□ | __\|__ | __\|__ |
| 7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels□ | | |
| • Avec un psychothérapeute□ | __\|__ | __\|__ |
| • Avec un intervenant ou un autre thérapeute | \| | \| |

8293400927

# DEP-ADO

**GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES**

**Version 3.1 - octobre 2003**

RISQ

No. dossier

Date : Année Mois Jour

Nom:_____ (facultatif) Prénom:_____

Âge :

Sexe : ○ Garçon ○ Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?

○ Secondaire I
○ Secondaire II
○ Secondaire III
○ Secondaire IV
○ Secondaire V
○ Autre niveau _____ préciser

**1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?** (noircir une seule réponse par produit)

| | Pas consommé | À l'occasion | Une fois par mois environ | La fin de semaine ou une à deux fois par semaine | 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours | Tous les jours |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcool | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Colle/solvant | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Héroïne (ex.: smack) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Amphétamines/speed (ex.: upper) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Autres* | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

***Réservé à l'usage de l'intervenant***

**Facteur 1** = *alcool et cannabis*
**Facteur 2** = *autres drogues*
**Facteur 3** = *conséquences*

**2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?**

○ Oui → **Passez à la Q2b**
○ Non → **Passez à la Q3**

**b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement ..... de l'alcool?**
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

Ans

**..... une ou des drogues?**

Ans

**3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?**

**Oui** ○ **Non** ○

**Si aucune consommation dans les 12 derniers mois** → **Passez à la question 7**

**4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours**

**Oui** ○ **Non** ○



Toute reproduction ou utilisation de cette grille doit porter la mention: RISQ, Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J.
® RISQ, 2003
Version 3.1 - octobre 2003

***Réservé à l' usage de l'intervenant***

**5. a) <u>Garçon</u>**
**Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? .....** Fois

**b) <u>Fille</u>**
**Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? .....** Fois

**6. <u>Au cours des 12 derniers mois</u>, cela t'est-il arrivé ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.) ..... | ○ | ○ |
| b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.) ..... | ○ | ○ |
| c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille ..... | ○ | ○ |
| d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse ..... | ○ | ○ |
| e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.) ..... | ○ | ○ |
| f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... | ○ | ○ |
| g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... | ○ | ○ |
| h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeûn, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... | ○ | ○ |
| i) tu as l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi ..... | ○ | ○ |
| j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant ..... | ○ | ○ |

**7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des <u>12 derniers mois</u> ?** (noircir la réponse)

- ○ Pas consommé
- ○ À l'occasion
- ○ Une fois par mois environ
- ○ La fin de semaine ou une à deux fois par semaine
- ○ 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours
- ○ Tous les jours

**SCORES BRUTS FACTORIELS**

**SCORE TOTAL**

***Entourez le FEU correspondant***

V J R



**Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec**
950, rue de Lovain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8; téléphone (514)385-3490 poste 1133;
télécopie (514)385-4685; courriel: risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca ; http://www.risq-cirasst.umontreal.ca

# RISQ

## DEP-ADO

**GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES**

**Version 3.1 – octobre 2003**

## GRILLE DE COTATION

**1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ?**

| | Pas consommé | A l'occasion | 1 fois par mois environ | La fin de semaine ou une à deux fois par semaine | 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours | Tous les jours |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcool | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cannabis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cocaïne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Colle/Solvant | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hallucinogènes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Héroïne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Amphétamines / speed | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Autres* | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

**2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER <u>RÉGULIÈREMENT</u> ?**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ALCOOL | < 12 ans | = 3 | DROGUE | < 14 ans | = 3 |
| | 12 à 15 ans | = 2 | | 14 à 15 ans | = 2 |
| | 16 ans ou + | = 1 | | 16 ans ou + | = 1 |

**3. <u>AU COURS DE TA VIE,</u>T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?**

OUI = 8 NON = 0

**4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES <u>30 DERNIERS JOURS</u> ?**

OUI = 2 NON = 0

**5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (garçon) 5 (fille) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?**

AUCUNE FOIS = 0 1 À 2 FOIS = 1 3 À 25 FOIS = 2 26 FOIS ET + = 3

**6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ… :**

OUI = 2 NON = 0

**FAIRE LE TOTAL DES POINTS**

| | | |
|---|---|---|
| 13 et moins | = Feu vert | º pas de problème évident (aucune intervention nécessaire) |
| Entre 14 et 19 | = Feu jaune | º problème en émergence (intervention souhaitable) |
| 20 et + | = Feu rouge | º problème évident (intervention spécialisée nécessaire) |

**Toute reproduction ou utilisation de cette grille doit porter la mention** : RISQ, Germain M., Guyon L., Landry M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J. ® RISQ, 2003 Version 3.1 – octobre 2003

## GRILLE DE COTATION (SUITE)

**Classement par centiles des facteurs de consommation problématique et du score total selon l'âge et le sexe**

| | GARÇONS 14 ANS ET - | | | | GARÇONS 15 ANS ET + | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Percentiles** | **FACTEUR 1** *Alcool et cannabis* | **FACTEUR 2** *Autres Drogues* | **FACTEUR 3** *Conséquences* | **SCORE TOTAL** | **FACTEUR 1** *Alcool et cannabis* | **FACTEUR 2** *Autres Drogues* | **FACTEUR 3** *Conséquences* | **SCORE TOTAL** |
| **100** | 20 et + | 6 et + | 10 et + | 32 et + | 22 et + | 9 et + | 12 et + | 32 et + |
| **95** | 17 | 3 | 7 | 26 | 19 | 4 | 8 | 25 |
| **90** | 15 | 1 | 4 | 22 | 17 | 2 | 4 | 22 |
| **85** | 14 | 1 | 4 | 17 | 16 | 1 | 4 | 20 |
| **80** | 12 | 0 | 2 | 14 | 15 | 1 | 2 | 18 |
| **75** | 9 | 0 | 2 | 11 | 14 | 0 | 2 | 16 |
| **70** | 8 | 0 | 0 | 9 | 12 | 0 | 2 | 15 |
| **65** | 7 | 0 | 0 | 8 | 11 | 0 | 2 | 13 |
| **60** | 6 | 0 | 0 | 6 | 10 | 0 | 0 | 11 |
| **55** | 5 | 0 | 0 | 6 | 9 | 0 | 0 | 10 |
| **50** | 4 | 0 | 0 | 5 | 7 | 0 | 0 | 8 |
| **45** | 3 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 7 |
| **40** | 3 | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 | 6 |
| **35** | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| **30** | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| **25** | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| **20** | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **15** | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **10** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **5** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **0** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | FILLES 14 ANS ET - | | | | FILLES 15 ANS ET + | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Percentiles** | **FACTEUR 1** *Alcool et cannabis* | **FACTEUR 2** *Autres Drogues* | **FACTEUR 3** *Conséquences* | **SCORE TOTAL** | **FACTEUR 1** *Alcool et cannabis* | **FACTEUR 2** *Autres Drogues* | **FACTEUR 3** *Conséquences* | **SCORE TOTAL** |
| **100** | 20 et + | 10 et + | 10 et + | 32 et + | 20 et + | 13 et + | 10 et + | 38 et + |
| **95** | 19 | 5 | 8 | 30 | 17 | 4 | 6 | 22 |
| **90** | 18 | 2 | 6 | 26 | 15 | 2 | 4 | 20 |
| **85** | 17 | 1 | 6 | 22 | 15 | 1 | 4 | 18 |
| **80** | 16 | 1 | 4 | 18 | 14 | 1 | 2 | 16 |
| **75** | 15 | 0 | 2 | 16 | 13 | 0 | 2 | 15 |
| **70** | 13 | 0 | 2 | 15 | 12 | 0 | 2 | 14 |
| **65** | 11 | 0 | 2 | 14 | 11 | 0 | 0 | 12 |
| **60** | 10 | 0 | 0 | 12 | 10 | 0 | 0 | 11 |
| **55** | 7 | 0 | 0 | 9 | 9 | 0 | 0 | 10 |
| **50** | 7 | 0 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 9 |
| **45** | 6 | 0 | 0 | 6 | 7 | 0 | 0 | 8 |
| **40** | 3 | 0 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 7 |
| **35** | 3 | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 | 0 | 6 |
| **30** | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| **25** | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| **20** | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| **15** | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **10** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **5** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **0** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**RISQ - RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC**
950, rue Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8; téléphone : (514) 385-3490 poste 1133;
télécopie : (514) 385-4685; courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca; http://www.risq-cirasst.umontreal.ca

RISQ RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC
950, rue Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8 Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 Télécopie : 514.385.4685
Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca; http://www.risq-cirasst.umontreal.ca

# DEP-ADO

## GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

**Version 3.1 – octobre 2003**

## Notes explicatives et mode d'emploi

### CE QU'EST LA DEP-ADO

La **DEP-ADO** est un questionnaire bref qui permet d'évaluer l'usage d'**alcool** et de **drogue** chez les adolescents et de faire un premier dépistage de la **consommation problématique**, ou à risque. Il peut être utilisé en modes face-à-face ou auto-administré et son utilisation sert autant des objectifs de **dépistage** et de **référence** que de **recherche** et de **suivi** épidémiologique.

### ORIGINE

Au départ, cette grille de dépistage a été conçue pour les intervenant(e)s de première ligne qui souhaitent utiliser un outil rapide et valide sur le plan scientifique, leur permettant de dépister les adolescent(e)s ayant une consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues. Elle a été préparée, en partie, à l'aide du questionnaire INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR LES ADOLESCENTS (IGT-ADO, version 3.0), mis au point par un groupe de chercheur(e)s du RISQ, pour l'évaluation systématique des jeunes présentant un problème de consommation de substances psychoactives (Landry et al, 2002). Elle peut donc être utilisée dans le cadre d'un continuum avec cet outil d'évaluation au sens où les adolescent(e)s ayant obtenu la cote maximum (20 et +) à la passation de la grille seront par la suite évalués avec l'IGT-ADO. La DEP-ADO a été conçue pour les jeunes de 11 à 18 ans; il est préférable de ne pas l'utiliser avec les moins de 11 ans. Pour les jeunes de 18 ans et plus, les grilles de dépistage pour adultes sont habituellement utilisées, comme par exemple le DÉBA-ALCOOL et le DÉBA-DROGUES (voir les informations à cet effet sur le site WEB du RISQ www.risq-cirasst.umontreal.ca).

**IMPORTANT !!!**
Il s'agit d'un instrument de dépistage et par conséquent il vous amènera à identifier un certain nombre de jeunes présentant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Il est donc important de prévoir les suites d'une telle opération, en terme de suivi à donner à ces jeunes, que ce soit un traitement, une référence vers une ressource spécialisée ou de l'information. La DEP-ADO devrait toujours être utilisée dans un contexte où des actions sont prévues et planifiées et des ententes établies avec des ressources adéquates.

Les questions de la DEP-ADO ont été choisies à partir des résultats obtenus à l'analyse de la banque de données de l'IGT-ADO utilisé auprès de jeunes venant des milieux scolaires, des centres Jeunesse et des centres de réadaptation. Les éléments sélectionnés viennent de ce questionnaire et du DSM IV et sont ceux qui se retrouvent le plus souvent associés à des problèmes importants de toxicomanie. Les questions touchent : (1) la consommation de diverses substances psychoactives au cours des 12 derniers mois et (2) des derniers 30 jours, (3) l'âge du début de la consommation régulière, (4) l'injection de substances, (5) le boire excessif, (6) la consommation de tabac, et finalement (7) un certain nombre de méfaits associés à la consommation.

## UNE GRILLE VALIDÉE

Une première version de la DEP-ADO (version 1.0, avril 1999) a été expérimentée au cours du printemps et de l'été 1999 auprès de divers intervenant(e)s de CLSC, milieux scolaires, centres Jeunesse et centres de réadaptation afin d'en vérifier la faisabilité. En même temps, des études de corrélations ont également permis d'en faire une première validation qui s'est avérée positive. Les résultats de ces deux démarches ont présidé à une seconde version (version 2.0, novembre 1999) qui a été largement utilisée au Québec et dans certaines régions européennes.

Depuis, le RISQ a mené une étude plus approfondie afin d'en évaluer les qualités psychométriques, tant au plan de la validité (de construit, de critère et convergente) que de la fidélité (test-retest, inter modes de passation, cohérence interne). Les résultats obtenus lors de cette étude ont confirmé la validité et la fidélité de la DEP-ADO et suscité l'inclusion de certains changements en vue d'une troisième (version 3.1, octobre 2003). Cette dernière version est donc plus rigoureuse sur le plan psychométrique et plus utile au niveau clinique, permettant de fournir aux intervenant(e)s de première ligne un outil encore plus performant.

### LA VERSION 3.1 : QUELQUES NOUVEAUTÉS IMPORTANTES

**1-** Les renseignements signalétiques (n° de dossier, âge, sexe, niveau scolaire) ont été rassemblés et placés au début de la grille afin de faciliter son utilisation.

**2-** Dans la version 2.0, un filtre placé après la première question dictait à l'intervenant(e) de passer directement à la question 7.) lorsque l'adolescent(e) déclarait ne pas avoir consommé dans les 12 derniers mois. Le rationnel de l'époque était que la grille ne tienne pas compte de toute consommation antérieure puisque son objectif est de dépister les consommateurs problématiques actuels. Cependant, il s'est avéré que les questions de la consommation régulière (question 2.a), de la précocité de cette consommation (question 2.b), ainsi que le fait de s'être déjà injecté (question 3.) au cours de la vie constituent des éléments à risque qui doivent être visibles et identifiés dans l'évaluation globale du dépistage de la consommation problématique. D'ailleurs, l'analyse psychométrique montre que ces items sont des éléments discriminants pour les feux rouges (consommation problématique) et, par conséquent, qu'ils ne peuvent et ne doivent pas être exclus sous prétexte de l'obsolescence de cette consommation. Ainsi, le filtre a été déplacé pour se retrouver après la question 3.).

**3-** Quatre nouveaux items sur les conséquences de la consommation ont été ajoutés à la question 6.). En premier lieu, la question 6.b) qui ajoute la dimension psychologique des conséquences et qui complète ainsi la question 6.a) sur les répercussions physiques de la consommation. Aussi, la question 6.h) sur les risques associés à la consommation apporte des informations cliniques importantes. Quant à la question 6.i), elle permet d'explorer une dimension importante dans la consommation : la tolérance au produit. En ce qui concerne la question 6.j), elle permet d'évaluer la gravité de la consommation de l'adolescent(e) par son interprétation subjective; le fait d'avoir déjà demandé de l'aide auprès d'un(e) intervenant(e) signale que l'individu a reconnu, à un moment ou un autre, avoir un problème de consommation et qu'il a même sollicité de l'aide à cet égard. D'ailleurs, ce dernier item s'est avéré fort pertinent à l'intérieur des analyses factorielles.

**4-** Autre nouveauté, les scores relatifs à chaque question ou items de la grille se classent en trois facteurs : le premier facteur renvoie à la consommation d'alcool et de cannabis qui constituent les « drogues usuelles »; le deuxième concerne la consommation d'autres drogues moins fréquemment utilisées (héroïne, cocaïne, etc.); le troisième facteur illustre plutôt les

conséquences de la consommation (problèmes associés). Ainsi, l'addition verticale (par colonne) des scores fournit un total qui lui est propre : le *score brut factoriel*. Ensuite, l'addition de ces trois *scores bruts factoriels* donne le *score total,* à partir duquel nous pouvons établir le degré de gravité de la consommation (feu vert, feu jaune, feu rouge). Ce changement a été initié par les analyses factorielles qui ont permis d'identifier certains regroupements de conditions. Ceux-ci, une fois établis, constituent trois facteurs particuliers déterminants. Ces changements permettent, sur le plan clinique, de situer l'adolescent(e) évalué non seulement en fonction des feux, mais également en regard de ces nouveaux facteurs, ce qui apporte un supplément d'information. Toutefois, l'intervenant(e) qui ne désire pas utiliser les trois facteurs, peut continuer à calculer le score original (Feux) en suivant les instructions de la feuille de cotation.

**5-** Enfin, nous avons aussi effectué certains changements dans la cotation des items (le pointage pour chaque question). Les principales modifications concernent les questions 1, 2, 3 et 5. Pour connaître plus précisément ces changements, veuillez consulter la feuille de cotation qui accompagne la DEP-ADO. De plus, le calcul du *score total* (Feux) s'en voit lui aussi modifié, tandis que l'interprétation reste la même. En effet, cela signifie que les limites qui déterminent les catégories (Feux) changent mais que chacun des feux préserve son sens clinique (consommation problématique ou non et nécessité de l'intervention). Ainsi, dans la version 3.1 de la DEP-ADO, un *score total* de 13 ou moins signale un feu vert, entre 14 et 19 un feu jaune, tandis qu'un score total supérieur ou égal à 20 révèle un feu rouge.

Bref, cette troisième version ne se distingue pas fondamentalement de la version précédente. Les changements proposés, s'ils demandent une plus grande attention de la part des utilisateurs habitués à la version précédente, fourniront un instrument plus performant et valide pour les intervenant(e)s de première ligne désireux d'avoir entre leurs mains un outil de dépistage de la consommation problématique. Pour une utilisation optimale et adéquate de l'instrument, la prochaine section fournira aux intéressés le protocole d'utilisation de la nouvelle grille (version 3.1).

## UTILISATION DE LA DEP-ADO (version 3.1)

### GÉNÉRALITÉS

La passation de la DEP-ADO se fait en entrevue face-à-face et l'intervieweur inscrit les réponses directement sur la feuille, aux endroits indiqués. Si l'adolescent(e) refuse de donner une réponse, vous marquez **R** (pour « refus »)**,** s'il affirme ne pas savoir, vous inscrivez **NSP** (« pour ne sait pas »), à côté de la question.

Bien que le questionnaire, dans sa forme actuelle, est conçu pour une entrevue face-à-face, il peut être utilisé de façon auto-administrée, seul ou en groupe, avec la supervision d'un(e) intervenant(e). Il importera alors de bien encadrer les jeunes de façon à ce qu'ils comprennent bien le sens des questions ainsi que la façon de répondre au questionnaire. On insistera sur l'importance de bien tenir compte des instructions (ex. «*passez à…*»), de répondre à toutes les questions qui les concernent, etc..

Les trois colonnes situées à droite de la feuille, réservées à l'intervenant(e), renvoient à trois facteurs (« alcool-cannabis », « autres drogues » et « conséquences ») et servent à l'attribution des scores. Le calcul des scores est effectué immédiatement après la passation du questionnaire, à l'aide de la feuille de cotation annexée à la grille. Les scores sont additionnés verticalement (par colonne) pour aboutir à 3 *scores bruts factoriels* (1 score brut par facteur) au bas de la grille,

à droite. Les trois *scores bruts factoriels* s'additionnent horizontalement pour donner le *score total* (juste en dessous) qui, lui, permet de dépister et d'orienter, le cas échéant, l'adolescent(e) vers les services appropriés.

**FEU VERT** : score 13 ou moins = Pas de problème évident (aucune intervention nécessaire).

**FEU JAUNE** : score entre 14 et 19 = Problème en émergence. Une intervention est jugée souhaitable en première ligne. L'intervenant(e) pourra utiliser d'autres outils d'intervention, dont l'IGT-Adolescents s'il a reçu la formation appropriée, ou encore approfondir les questions qui ont donné lieu à des scores élevés. Il est suggéré de se référer aux partenaires et aux organismes de sa région qui ont développé des programmes ou des interventions pour ces jeunes (ex. centres de réadaptation ou régies régionales).

**FEU ROUGE** : score de 20 ou plus = Problème évident. Une intervention est suggérée vers une ressource spécialisée, ou en complémentarité avec une telle ressource. On devrait, dans tous ces cas, faire une évaluation de la gravité de la toxicomanie à l'aide de l'IGT-Adolescents.

Pour les questions 2.a), 6.a), 6.f), 6.h) et 7.) il n'y a pas de cotation. Ces items ont une valeur clinique (d'où leur présence) mais ne sont pas calculés dans le score[1].

**PARTICULARITÉS : LES QUESTIONS DE LA DEP-ADO**

**1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET, SI OUI, QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION?**

Cette question permet d'établir le profil de consommation de la personne évaluée, en fonction du type de produit et de la fréquence de consommation. Il est important de lui poser toutes les questions même si elle dit n'avoir rien consommé au cours de la période envisagée. Il arrive souvent que la mention d'un produit rappelle à l'interviewé(e) une consommation qu'il avait oubliée. S'il est difficile d'établir une fréquence exacte, à cause des variations au cours de l'année, on mettra la fréquence usuelle ou la plus souvent expérimentée. Le tableau qui suit vous donne des indications sur la définition du terme « consommation » :

| «FORT» | BIÈRE | VIN |
|---|---|---|
| 43 ml ( 1½ once) = 1 cons.<br>375 ml ( 13 onces) = 9 cons.<br>750 ml ( 26 onces) = 18 cons.<br>1,141 ( 40 onces) = 27 cons. | 1 petite (341 ml) = 1 cons.<br>1 grosse (625 ml) = 2 cons.<br>1 King can (750 ml)= 2 cons.<br>1 Boss (950 ml) = 3 cons.<br>1 Max Bull (1.18 l) = 3.5 cons.<br>1 pichet = 4 à 6 cons.<br>1 petit baril (5 l) = 15 cons. | 1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.<br>1/2 litre = 3,5 cons.<br>Bout. (750 ml) = 5 cons.<br>Bout. (1 litre) = 7 cons. |
| 60 ml de Listerine = 1 cons.<br>30 ml d'Aqua = 1 cons. | | **«VIN FORTIFIÉ»**<br>1 petite coupe (85 ml) = 1 cons. |

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

la bière à 0,5% n'est pas considérée comme une consommation d'alcool

[1] Les analyses factorielles ne permettent pas d'inclure ces items dans la structure du questionnaire. Ils ont présenté une trop forte corrélation sur plus d'un facteur ou n'ont pas présenté de corrélation significative avec aucun des facteurs. Ils sont toutefois conservés dans le questionnaire pour leur utilité clinique mais ne peuvent être additionnés dans le calcul du score de la DEP-ADO.

**2. a) AU COURS DE TA VIE, AS-TU DÉJÀ CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS DE FAÇON RÉGULIÈRE ?**

Le fait de consommer de façon régulière constitue une situation à risque quant au développement de problèmes avec l'alcool ou les autres drogues. Si l'adolescent(e) signale une consommation régulière, vous devez poser la question 2.b). Sinon, vous passez directement à la question 3.). La régularité est établie ici à « *au moins une fois par semaine pendant au moins un mois* » au cours de **sa vie**. La question se réfère aux produits identifiés à la question 1.). Il n'y a pas de score attribué à cette question.

**2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT?**

La précocité de la consommation régulière est également un élément à risque; dans la grille, elle est cotée en fonction du type de produit (alcool ou autre drogue). Vous inscrivez l'âge au début de la consommation régulière, même si l'interviewé(e) a cessé de consommer le produit depuis. S'il y a plusieurs produits (drogues), vous inscrivez celui pour lequel la consommation a été la plus précoce.

**3. AU COURS DE TA VIE, T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?**

Le mode d'utilisation d'une substance est un élément important dans l'évaluation des risques. Les utilisateurs de drogues via les voies intraveineuses (UDI) sont particulièrement à risque à plusieurs niveaux (intensité de la consommation, problèmes de santé physique, comportements délinquants, etc.). Il est important de préciser à l'adolescent(e) que cette question dépiste un comportement **à vie** (même si effectué une seule fois). Il importe également qu'il s'agit des produits déjà mentionnés, on ne prendra pas en compte les injections de stéroïde ou d'androgènes, habituellement administrés de façon intramusculaire.

**Filtre !**
Si, dans la question 1.), l'adolescent(e) n'a déclaré aucune consommation d'alcool ou d'autres drogues au cours des 12 derniers mois, vous devez passer à la question 7.) après avoir complété la question 3.).

**4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS?**

Cette question permet de connaître la situation la plus récente quant à l'utilisation de l'une ou de plusieurs des substances mentionnées à la question 1).

**Garçons**

**5. a) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?**

**Filles**

**5.b) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 5 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?**

Les questions 5.a) et 5.b) viennent compléter le tableau de la question 1.). Les jeunes se caractérisent par une consommation d'alcool de type « binge », c'est-à-dire un grand nombre de consommations par occasion, sans nécessairement consommer toutes les semaines. Cette façon de boire est particulièrement associée à l'intoxication et à certains comportements tels, les

accidents, la conduite avec les facultés affaiblies, la violence et les actes délinquants. Le seuil retenu varie selon le sexe : pour les garçons il est de 8 consommations ou plus, alors que pour les filles on retient 5 consommations ou plus. Par ailleurs, la cotation reste la même pour les deux sexes (voir feuille de cotation).

### 6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ… ? :

Avec cette question, on cherche à évaluer les impacts de la consommation de substances sur divers domaines de la vie de l'adolescent(e). Les éléments choisis sont ressortis comme significativement associés à la consommation excessive lors de l'analyse des données de l'IGT-Adolescent : santé physique et psychologique, relations familiales, amicales et amoureuses, difficultés à l'école, coûts des substances, gestes délinquants, comportements à risque et tolérance au produit. Chaque réponse positive constitue un élément de risque qui sera coté en conséquence (sauf les questions 6.a), 6.f) et 6.h) qui ne sont pas calculées dans le score). Il est possible que malgré une forte consommation, il ou elle réponde NON pour chacun des items. Soit que l'adolescent(e) n'a pas encore de conséquences associées à sa consommation, soit qu'il n'a pas conscience de celles-ci ou bien encore, qu'une forme de déni peut amener une réponse par la négative à l'ensemble de ces questions. Quoi qu'il en soit, l'intervenant(e) pourra lui signaler cette information, mais devra s'en tenir à la réponse donnée.

### 7. QUELLE A ÉTÉ TA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

Cette question a été ajoutée dans la version précédente de la DEP-ADO, sans calcul du score, en fonction de l'intérêt manifesté par les intervenant(e)s face à la consommation de tabac chez les jeunes et des liens possibles entre le tabagisme et les modes de consommation d'alcool et d'autres drogues.

## CALCUL DU SCORE TOTAL (FEUX)

Vous êtes maintenant prêt(e) à faire le calcul du score de la personne interviewée en vous référant à la feuille de cotation annexée à la grille. L'expérimentation des versions 1.0 et 2.0 nous a montré que cette opération intéresse particulièrement les adolescent(e)s et peut servir de point de départ pour aborder sa consommation, de façon plus poussée, si les conditions de passation le permettent.

1ère étape : le calcul des *scores bruts factoriels*

À l'aide de la feuille de cotation, vous allez maintenant attribuer un score à chaque réponse donnée par l'adolescent(e) dans les cases attribuées à cet effet (sauf pour les questions qui n'ont pas de case prévue). Vous remarquerez que, selon les questions, les cases pour l'attribution des scores appartiennent distinctement à trois colonnes. Chacune de ces colonnes représente un facteur : « *alcool et cannabis* » forment le premier facteur, les *« autres drogues* » le deuxième et les « *conséquences* » de la consommation constituent le troisième facteur. Après avoir coté les 6 questions, vous allez faire la somme des scores (cases) de façon verticale, c'est-à-dire par colonne, ce qui vous donnera *un score brut factoriel* (un par colonne).

2ème étape : le calcul du *score total* (feux)

L'addition horizontale des trois *scores bruts factoriels* établit le *score total* qui, lui, permet le dépistage de la consommation problématique de l'adolescent(e) (feu vert, jaune ou rouge). Rappelons qu'un *score total* de 13 ou moins signale un feu vert, entre 14 et 19 un feu jaune, tandis qu'un score total supérieur ou égal à 20 révèle un feu rouge. Il serait important d'être plus attentif avec les adolescent(e)s qui obtiennent des scores se situant aux alentours de la frontière

départageant chacun des feux (à plus ou moins 1 de la limite). En effet, le choix de tracer une frontière est un choix stratégique (celui qui apparaît le meilleur à partir des analyses statistiques) mais il peut comporter un risque, soit celui de dépister un usage problématique chez des personnes qui n'en n'ont pas (faux positifs) ou encore à l'inverse, de ne pas dépister des personnes ayant un usage réellement problématique (des faux négatifs). Ainsi, une plus grande attention (vigilance) devra être portée dans de tels cas.

Une 3ème étape facultative : le calcul du *classement par centiles*

Le *classement par centiles* permet de situer un adolescent (sa position) parmi la population étudiée. Ainsi, si un jeune obtient une cote percentile de 80 pour la dimension « *alcool-cannabis*» (premier facteur), on conclura que 80% des jeunes de même âge et sexe rapportent une plus faible consommation que lui[2]. Pour effectuer cette opération, il suffit de repérer, en fonction du groupe d'âge et du sexe, dans des tables de conversions (au dos de la grille de cotation), l'équivalent par centiles des *scores bruts factoriels* du jeune en question. Il s'agit donc de convertir son *score brut factoriel* en cote percentile pour savoir comment le jeune se situe dans chacun des facteurs. La même opération peut se faire pour le score total (FEUX).

En conclusion, le score à la DEP-ADO permet tout d'abord de classifier le degré de la problématique de consommation d'un jeune en fonction de trois niveaux (vert, jaune ou rouge). Ensuite, il est aussi possible d'utiliser les trois facteurs (*alcool-cannabis*; *autres drogues*; *conséquences*) pour décrire plus en détail le type de consommateur évalué. Dans ce dernier cas, il est possible d'évaluer le classement par centiles de son degré de consommation par rapport aux autres consommateurs et ainsi, de savoir si sa situation devrait être considérée comme plus urgente que la moyenne par exemple. Les scores factoriels ne se comparent pas entre eux.

## CALCUL INFORMATISÉ DES SCORES

Les personnes intéressées peuvent se procurer le programme de calcul informatisé des scores (FEUX et scores factoriels), en format EXCEL ou SPSS, en s'adressant au RISQ.

## RÉFÉRENCES


Guyon, L. et L. Desjardins (2002). Consommation d'alcool et de drogues chez les élèves du secondaire au Québec en 2000. *In L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs?* Institut de la Statistique du Québec. Québec

Guyon, L. et Landry, M. (2001) Histoire d'un outil de dépistage attendu : la DEP-ADO. *Actions Tox, 1* (10) : 5-6.

Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., Provost, G. (2002). Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie, 24* (1) : 7-13.

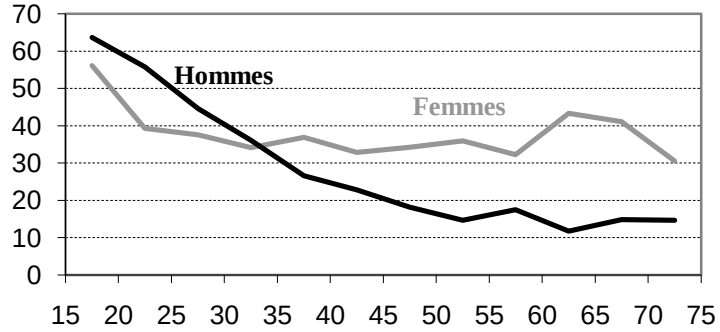


**NOTE IMPORTANTE ®**

Le RISQ est le créateur et le propriétaire de la DEP-ADO. Il en détient l'exclusivité; les personnes et les organismes qui désirent l'utiliser peuvent le photocopier et en faire usage gratuitement, sous réserve de conserver l'intégralité du questionnaire (et de ses annexes) et de citer la source. La DEP-ADO est disponible sur le site WEB du RISQ; on peut également la commander directement au RISQ en s'adressant à Mme France Fortin, (514) 385-3490 # 1133; france.fortin@ssss.gouv.qc.ca . Nous suggérons à tous les utilisateurs de nous contacter afin d'être informés des éventuelles modifications apportées à l'instrument.

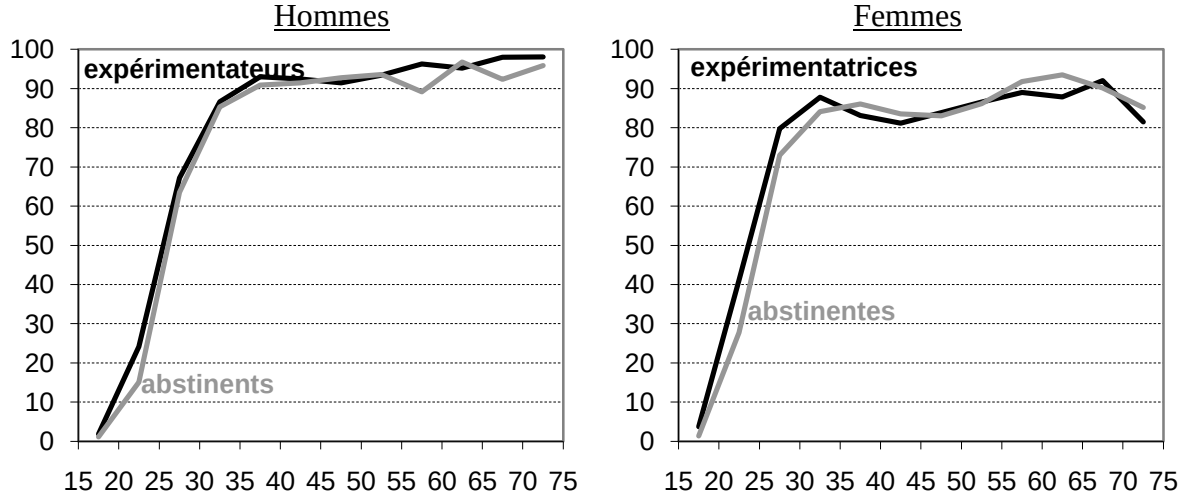

[2] Tiré de l'étude de validation faite par le RISQ à partir d'une population de jeunes de trois écoles secondaires du Québec

**Annexe n°13 : Proportion d'individus qui en 2005 déclarent n'avoir consommé du tabac qu'une fois pour essayer, selon le sexe et l'âge.**



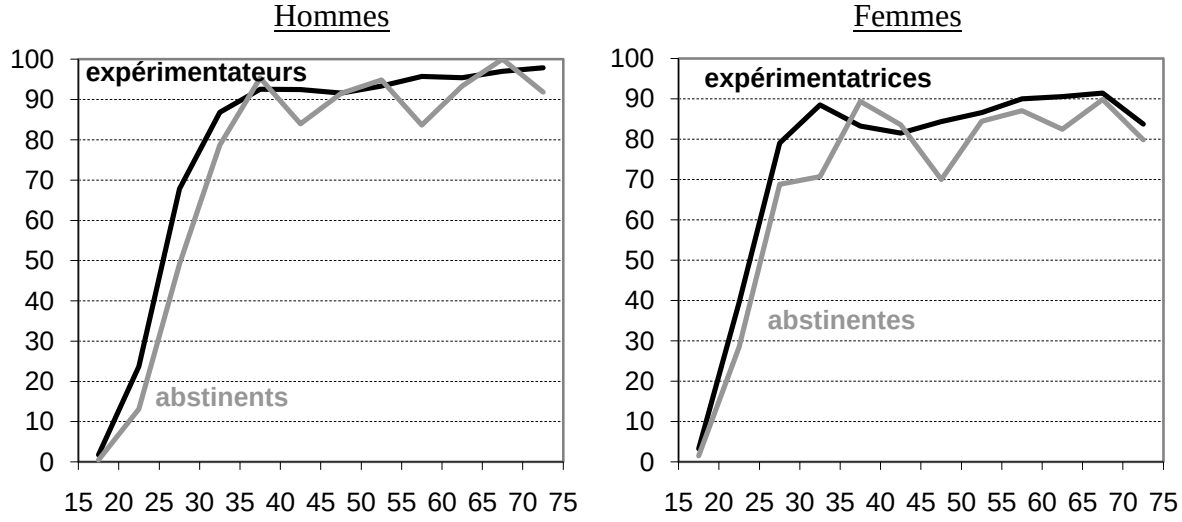

Source : Baromètre santé 2000 et 2005 (INPES) exploitation N.C-D

**Annexe n°14 : Proportion d'individus vivant en couple selon le statut tabagique le sexe et l'âge (en %)**



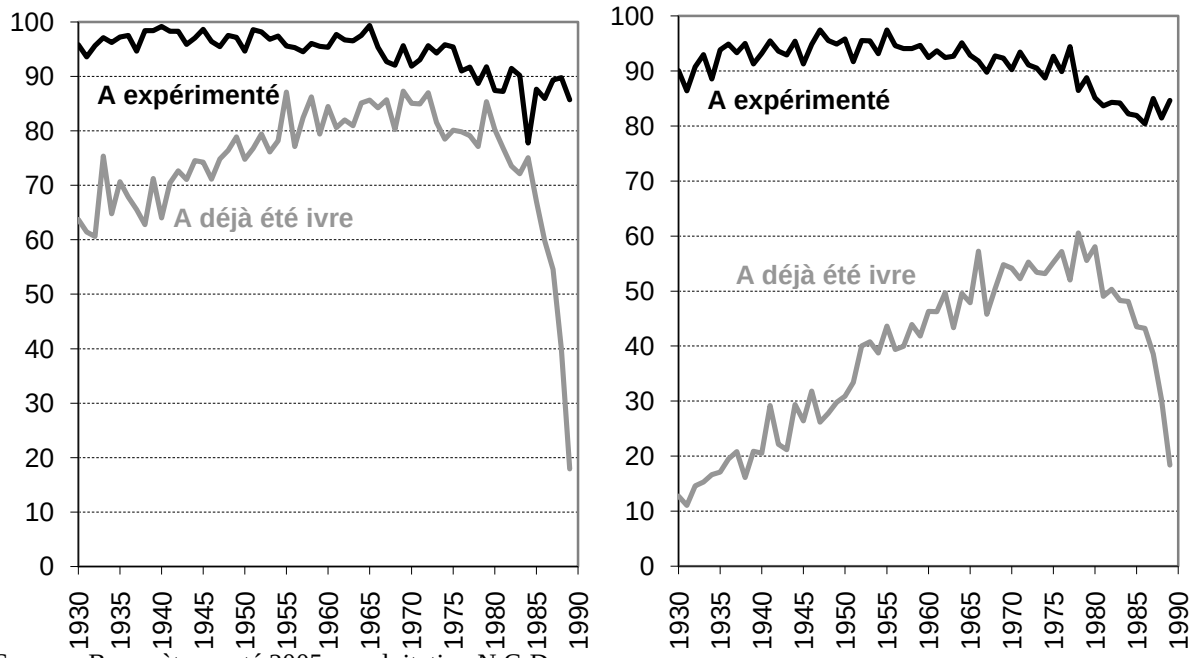

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

**Annexe n°15 : Proportion d'individus vivant en couple selon le statut alcoolique le sexe et l'âge (en %)**



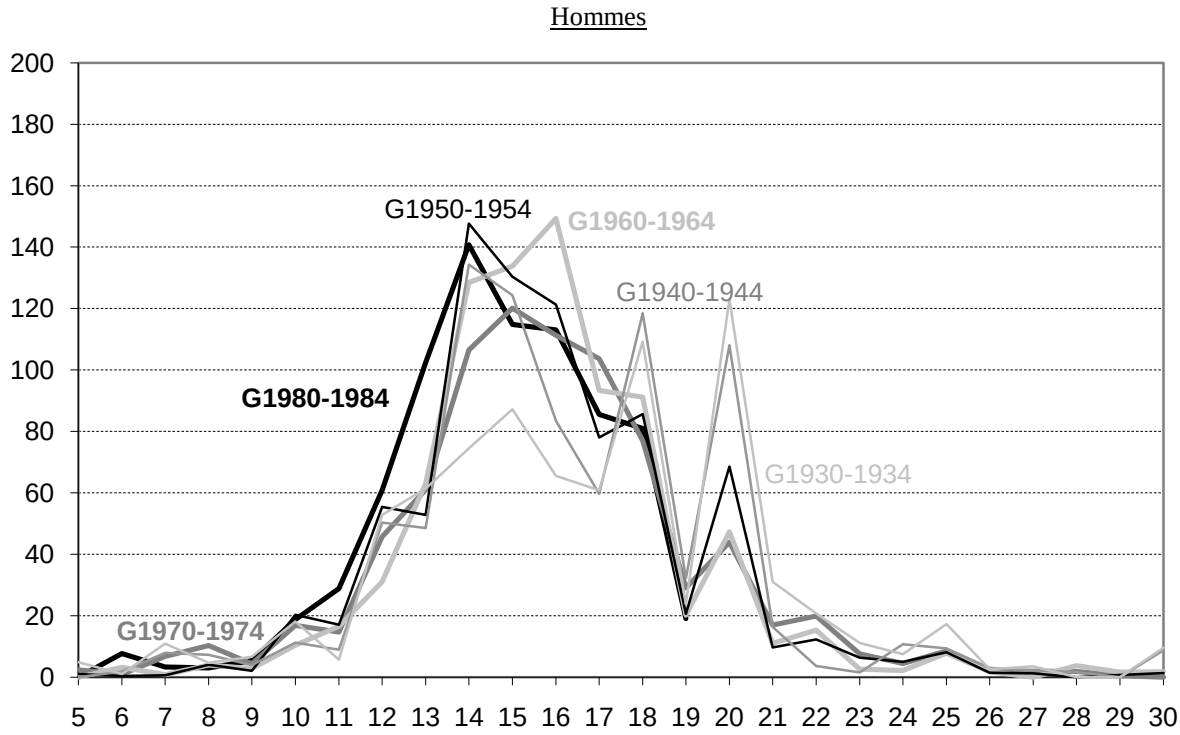

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D. ; INSEE

**Annexe n°16 : Proportion d'individus ayant expérimenté l'alcool ou l'ivresse alcoolique selon le sexe et la génération (en %)**

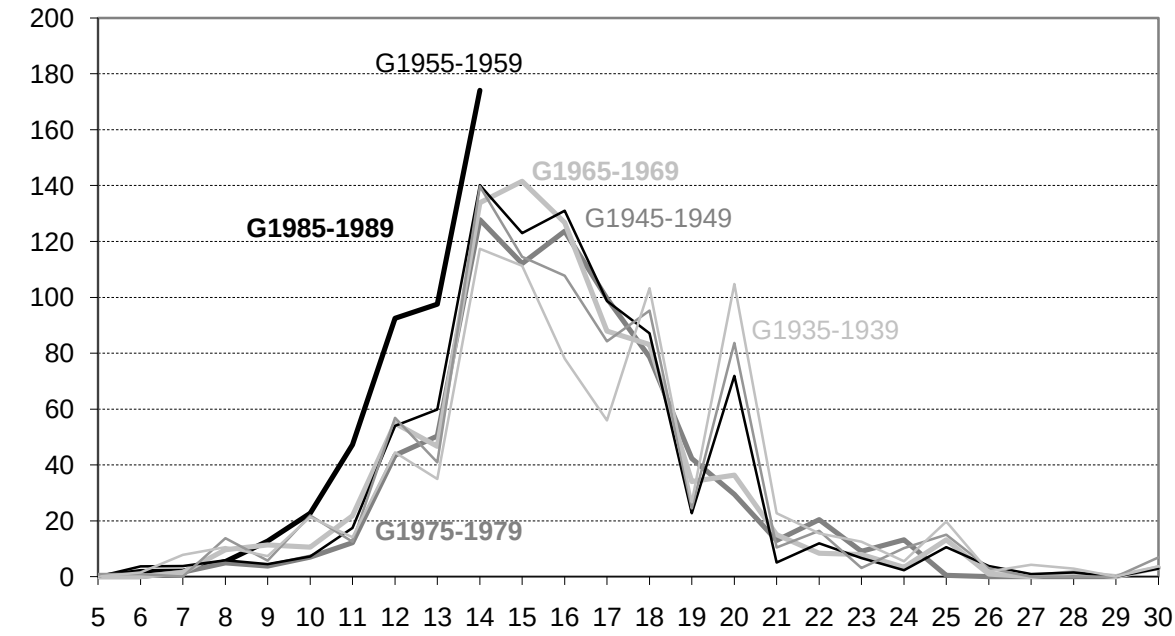



Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

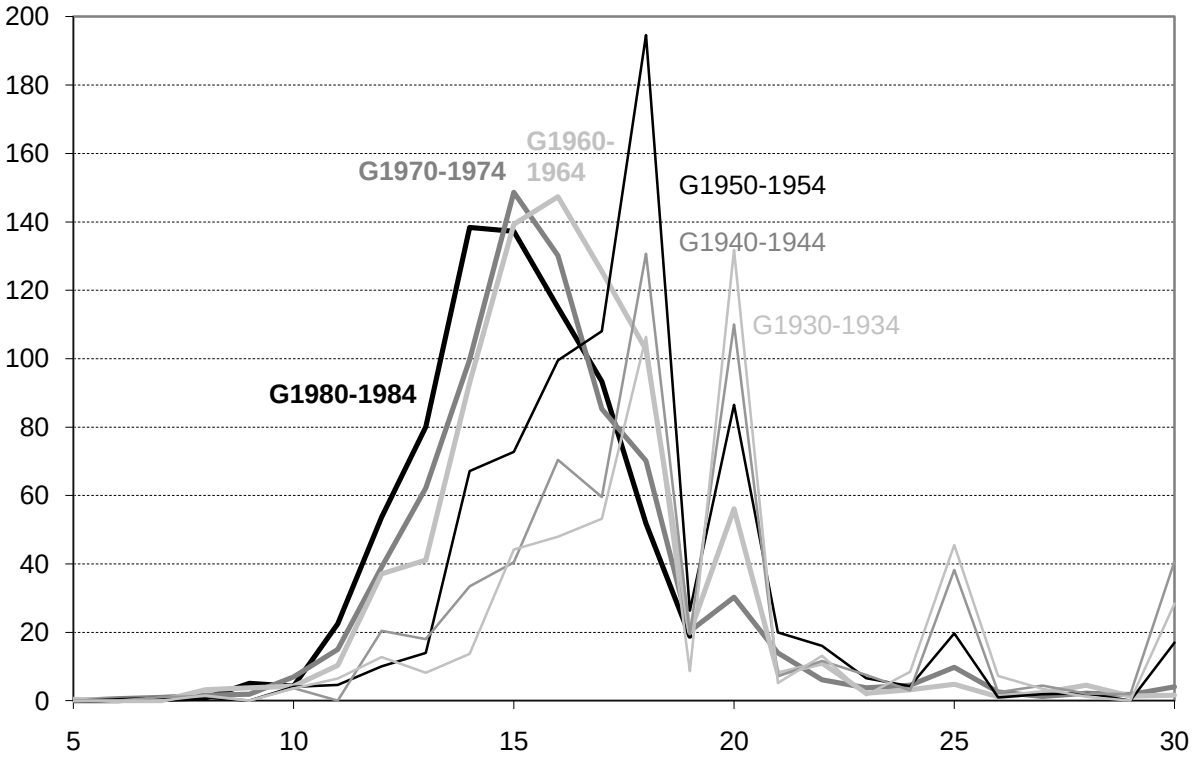
**Annexe n°17 : Expérimentations de tabac réduites (pour 1000) par groupe de générations quinquennales selon le sexe[310].**

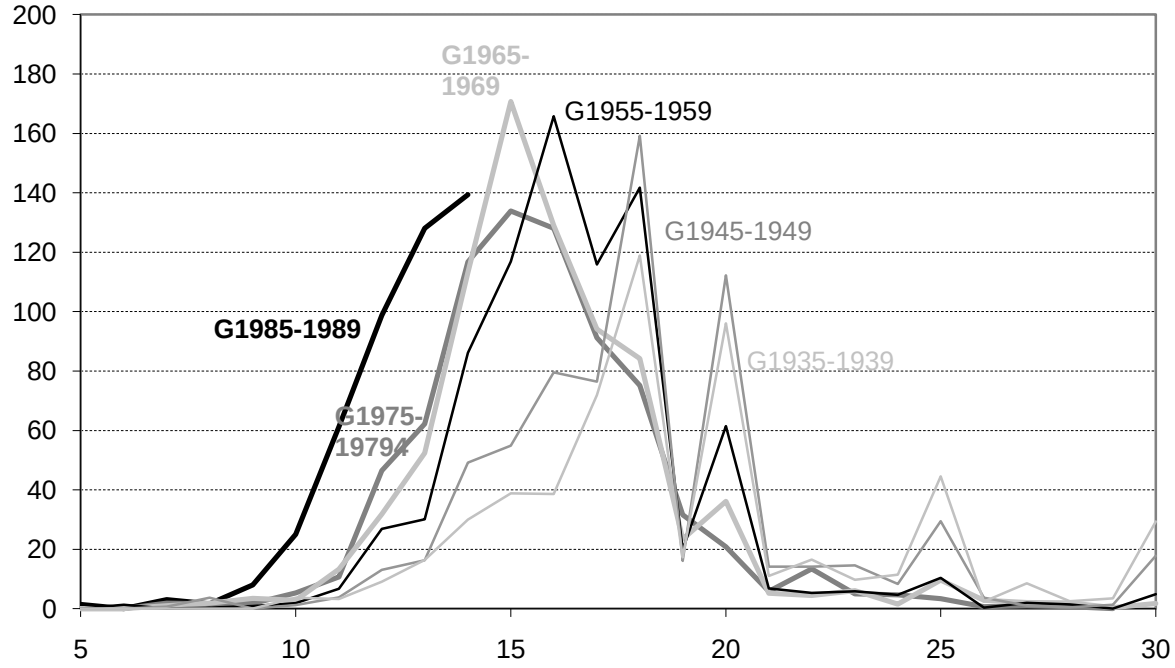



[310] Pour plus de lisibilité on a représenté un groupe quinquennal sur deux par graphique


200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
G1955-1959
G1965-1969
G1945-1949
G1985-1989
G1935-1939
G1975-1979

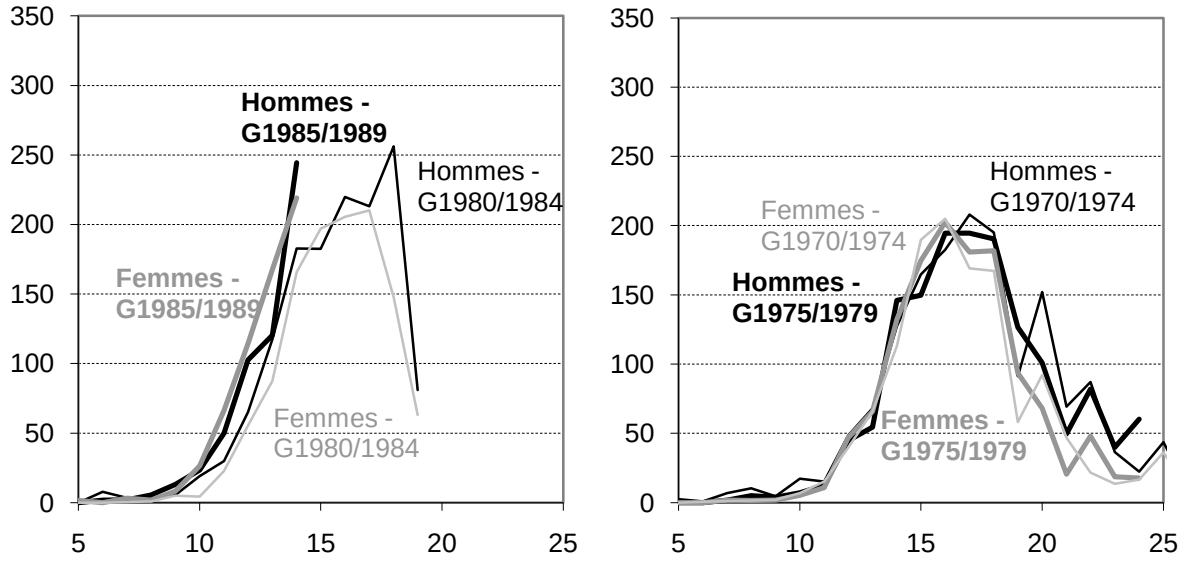
Femmes

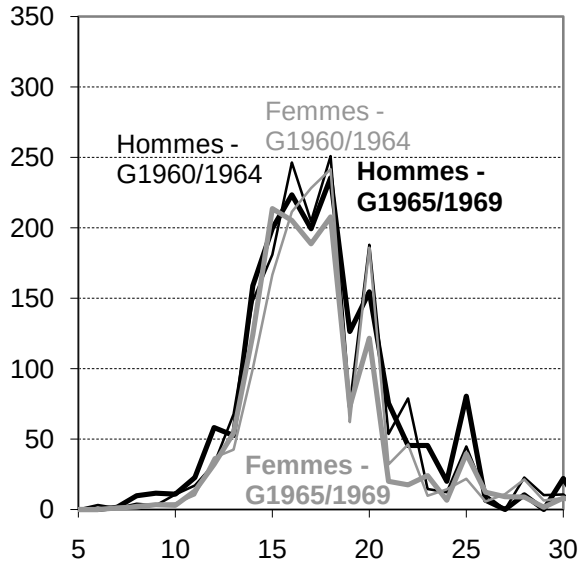

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
5 10 15 20 25 30
G1960-
1964
G1970-1974
G1950-1954
G1940-1944
G1930-1934
G1980-1984

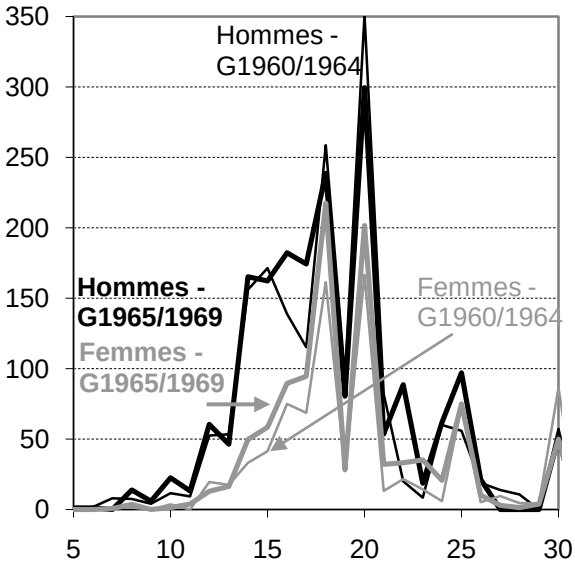


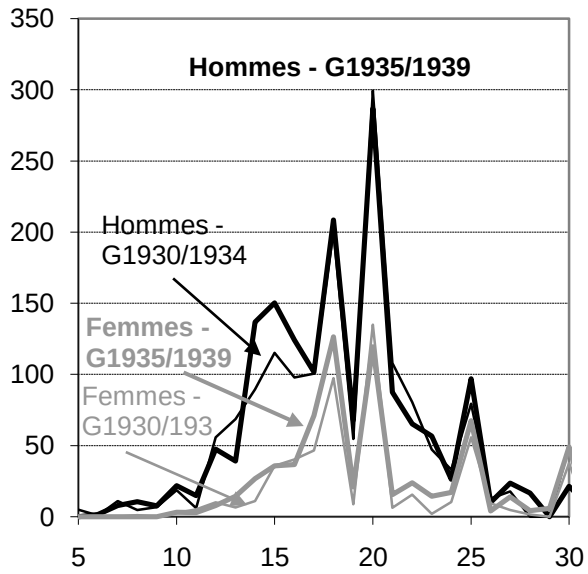

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe n°18 : Quotients d'expérimentation de tabac (pour 1000) par âge selon le groupe de générations considéré et le sexe (non présentés dans le texte)**



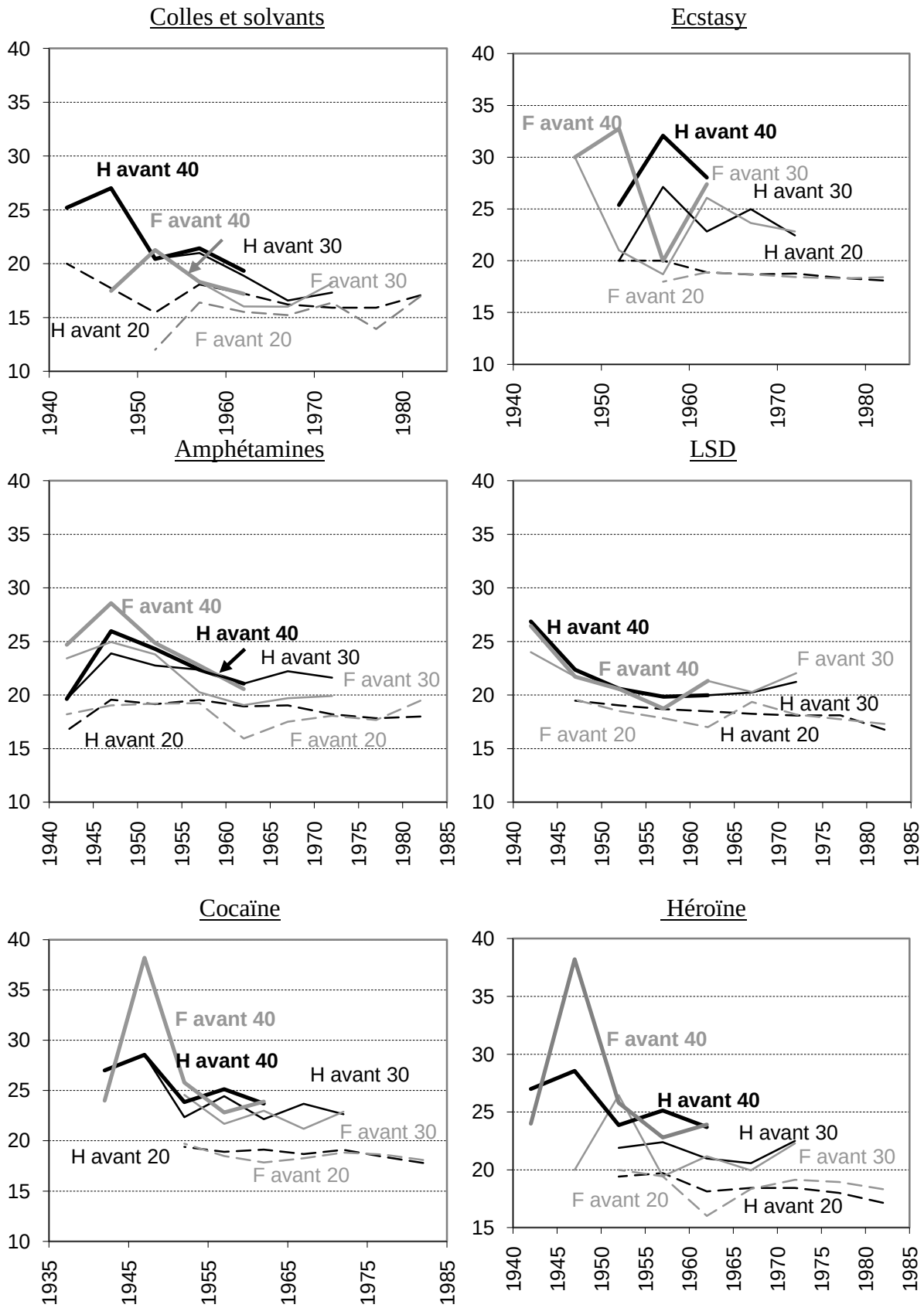


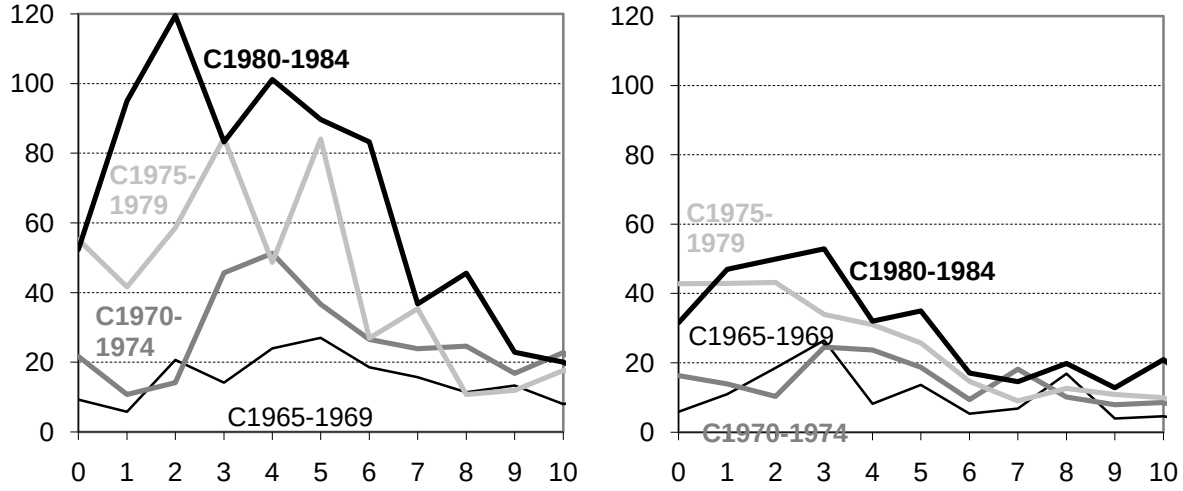

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe n° 19: Age moyen des expérimentateurs au fil des générations par produit selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe**




Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe n°20: Quotient d'expérimentation du cannabis par cohortes d'expérimentateurs de tabac, selon la durée écoulée et le sexe (non présentés dans le texte)**




Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe n°21 : Coefficient de corrélation de Pearson entre l'âge à l'expérimentation du tabac et du cannabis par sexe et âge.**

| | Coefficient de corrélation de Pearson | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Age*** | ***valeur*** | ***significativité*** | ***valeur*** | ***significativité*** |
| 25-29 ans | 0,52385 | *** | 0,36541 | *** |
| 30-34 ans | 0,30414 | *** | 0,34933 | *** |
| 35-39 ans | 0,33657 | *** | 0,21753 | *** |
| 40-44 ans | 0,19815 | *** | 0,1625 | *** |
| 45-49 ans | 0,0632 | ns | -0,04786 | ns |
| 50-54 ans | -0,01439 | ns | 0,3083 | ns |
| 55-59 ans | 0,05537 | ns | -0,10409 | ns |
| 60-64 ans | -0,10401 | ns | 0,02094 | ns |

*** : le coefficient est significativement différent de zéro au seuil de 5% ;
Ns : le coefficient n'est pas significativement différent de zéro au seuil de 5%.

**Annexe 22 : Aides à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant expérimentations de drogues et caractéristiques sociodémographiques présentée page** 321.

| Test d'indépendance du Khi² : | |
|---|---|
| Khi² (valeur observée) | 626,099 |
| Khi² (valeur critique) | 163,116 |
| ddl | 135 |
| p-value unilatérale | < 0,0001 |
| Alpha | 0,05 |

Valeurs propres et pourcentage de variance :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valeur propre | 0,027 | 0,018 | 0,008 | 0,004 | 0,003 | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| % variance | 42,865 | 28,258 | 13,092 | 6,046 | 5,130 | 3,075 | 0,720 | 0,661 | 0,153 |
| % cumulé | 42,865 | 71,123 | 84,215 | 90,261 | 95,390 | 98,466 | 99,186 | 99,847 | 100,000 |

Coordonnées des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JH+ | 0,155 | 0,102 | 0,153 | 0,014 | 0,007 | 0,025 | 0,018 | 0,007 | -0,015 |
| JH- | 0,114 | 0,090 | 0,069 | -0,004 | 0,068 | 0,023 | -0,009 | 0,008 | -0,016 |
| JF+ | 0,064 | 0,302 | -0,012 | -0,047 | -0,078 | -0,129 | -0,093 | -0,065 | -0,013 |
| JF- | 0,146 | 0,215 | 0,016 | 0,003 | 0,047 | -0,084 | 0,039 | -0,043 | 0,014 |
| JAH+ | 0,146 | -0,125 | 0,045 | 0,029 | -0,031 | 0,025 | -0,012 | -0,020 | 0,002 |
| JAH- | 0,109 | -0,075 | 0,069 | 0,036 | 0,052 | -0,011 | 0,007 | 0,015 | 0,008 |
| JAF+ | 0,077 | 0,154 | 0,018 | 0,013 | -0,104 | -0,027 | 0,003 | 0,021 | 0,006 |
| JAF- | 0,021 | 0,186 | -0,049 | -0,086 | 0,043 | -0,024 | -0,015 | 0,026 | -0,005 |
| AH+ | -0,012 | -0,158 | -0,120 | 0,009 | -0,042 | -0,047 | 0,007 | 0,006 | -0,003 |
| AH- | 0,064 | -0,105 | -0,128 | -0,076 | 0,042 | 0,029 | -0,017 | 0,014 | -0,001 |
| AF+ | -0,037 | 0,190 | -0,112 | 0,025 | -0,029 | 0,039 | 0,039 | 0,002 | 0,001 |
| AF- | -0,058 | 0,124 | -0,142 | -0,005 | 0,022 | 0,116 | -0,001 | -0,038 | 0,007 |
| SH+ | -0,271 | -0,076 | 0,133 | -0,118 | -0,053 | 0,014 | 0,015 | -0,007 | -0,002 |
| SH- | -0,311 | -0,070 | -0,005 | -0,010 | 0,155 | -0,078 | 0,009 | -0,027 | 0,004 |
| SF+ | -0,371 | 0,016 | -0,006 | 0,169 | 0,001 | 0,004 | -0,009 | 0,004 | -0,017 |
| SF- | -0,399 | 0,157 | 0,086 | 0,050 | 0,004 | 0,035 | -0,064 | 0,036 | 0,042 |

Coordonnées des points-colonnes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | -0,031 | 0,092 | -0,002 | -0,006 | -0,009 | -0,004 | 0,001 | 0,001 | 0,001 |
| Champignons | 0,012 | -0,195 | 0,154 | -0,056 | -0,064 | 0,059 | 0,003 | 0,046 | -0,013 |
| Poppers | 0,240 | -0,174 | -0,140 | 0,008 | -0,067 | -0,046 | -0,028 | -0,006 | -0,005 |
| Colles | 0,081 | -0,137 | -0,170 | -0,007 | 0,043 | 0,164 | -0,003 | -0,001 | 0,026 |
| Ecstasy | 0,474 | -0,013 | 0,219 | 0,146 | 0,078 | -0,013 | 0,003 | -0,002 | 0,009 |
| Amphétamines | -0,515 | -0,160 | -0,024 | 0,235 | 0,041 | 0,022 | -0,030 | 0,000 | -0,012 |
| LSD | -0,297 | -0,340 | 0,183 | -0,099 | 0,005 | -0,072 | -0,014 | -0,033 | 0,025 |
| Crack | 0,164 | 0,200 | 0,145 | -0,290 | 0,376 | 0,109 | -0,154 | -0,064 | -0,047 |
| Cocaïne | 0,027 | -0,148 | -0,028 | -0,013 | 0,030 | 0,018 | 0,057 | -0,044 | -0,016 |
| Héroïne | -0,033 | -0,177 | -0,200 | -0,057 | 0,260 | -0,118 | 0,031 | 0,078 | 0,002 |

Contributions des points-lignes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JH+ | 3,25 | 2,14 | 10,38 | 0,19 | 0,06 | 1,19 | 2,54 | 0,39 | 8,56 |
| JH- | 3,16 | 2,95 | 3,72 | 0,03 | 9,26 | 1,77 | 1,05 | 1,02 | 17,48 |
| JF+ | 0,23 | 7,79 | 0,03 | 0,87 | 2,88 | 13,17 | 29,29 | 15,28 | 2,61 |
| JF- | 2,56 | 8,46 | 0,10 | 0,01 | 2,27 | 12,02 | 10,79 | 14,31 | 6,66 |
| JAH+ | 11,49 | 12,72 | 3,57 | 3,22 | 4,20 | 4,71 | 4,69 | 13,37 | 0,67 |
| JAH- | 5,21 | 3,67 | 6,83 | 4,07 | 9,97 | 0,73 | 1,18 | 6,76 | 8,34 |
| JAF+ | 1,57 | 9,57 | 0,27 | 0,32 | 23,99 | 2,63 | 0,11 | 7,51 | 2,38 |
| JAF- | 0,08 | 10,38 | 1,53 | 10,42 | 3,03 | 1,55 | 2,79 | 8,92 | 1,41 |
| AH+ | 0,07 | 16,37 | 20,32 | 0,24 | 6,34 | 13,31 | 1,27 | 1,19 | 0,83 |
| AH- | 1,15 | 4,61 | 14,80 | 11,37 | 4,13 | 3,23 | 4,52 | 3,47 | 0,03 |
| AF+ | 0,29 | 11,50 | 8,72 | 0,91 | 1,48 | 4,39 | 19,20 | 0,07 | 0,03 |
| AF- | 0,52 | 3,58 | 10,28 | 0,03 | 0,62 | 28,79 | 0,01 | 14,75 | 2,19 |
| SH+ | 22,60 | 2,69 | 17,73 | 30,51 | 7,19 | 0,90 | 4,21 | 0,87 | 0,36 |
| SH- | 11,95 | 0,91 | 0,01 | 0,09 | 24,57 | 10,42 | 0,61 | 5,97 | 0,67 |
| SF+ | 24,81 | 0,07 | 0,02 | 36,48 | 0,00 | 0,04 | 0,96 | 0,15 | 14,19 |
| SF- | 11,06 | 2,60 | 1,68 | 1,24 | 0,01 | 1,15 | 16,78 | 5,98 | 33,56 |

Contributions des points-colonnes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 2,21 | 30,71 | 0,03 | 0,64 | 1,62 | 0,66 | 0,18 | 0,06 | 0,66 |
| Champignons | 0,03 | 12,67 | 17,12 | 4,85 | 7,47 | 10,73 | 0,14 | 30,56 | 10,55 |
| Poppers | 18,03 | 14,34 | 20,23 | 0,13 | 11,82 | 9,21 | 15,00 | 0,70 | 2,17 |
| Colles | 0,89 | 3,87 | 12,82 | 0,04 | 2,07 | 51,00 | 0,07 | 0,00 | 25,61 |
| Ecstasy | 35,47 | 0,04 | 24,76 | 23,84 | 7,97 | 0,35 | 0,06 | 0,04 | 3,26 |
| Amphétamines | 31,51 | 4,59 | 0,22 | 46,54 | 1,65 | 0,79 | 6,38 | 0,00 | 5,15 |
| LSD | 11,02 | 21,97 | 13,66 | 8,63 | 0,03 | 9,10 | 1,47 | 8,57 | 22,22 |
| Crack | 0,60 | 1,37 | 1,56 | 13,47 | 26,67 | 3,73 | 31,86 | 5,93 | 14,21 |
| Cocaïne | 0,16 | 7,13 | 0,56 | 0,26 | 1,65 | 0,93 | 40,96 | 26,51 | 16,11 |
| Héroïne | 0,08 | 3,31 | 9,04 | 1,61 | 39,05 | 13,50 | 3,89 | 27,63 | 0,05 |

Cosinus carrés des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JH+ | 0,405 | 0,175 | 0,395 | 0,003 | 0,001 | 0,011 | 0,005 | 0,001 | 0,004 |
| JH- | 0,417 | 0,257 | 0,150 | 0,001 | 0,146 | 0,017 | 0,002 | 0,002 | 0,008 |
| JF+ | 0,031 | 0,682 | 0,001 | 0,016 | 0,046 | 0,126 | 0,065 | 0,031 | 0,001 |
| JF- | 0,263 | 0,573 | 0,003 | 0,000 | 0,028 | 0,089 | 0,019 | 0,023 | 0,002 |
| JAH+ | 0,510 | 0,372 | 0,048 | 0,020 | 0,022 | 0,015 | 0,003 | 0,009 | 0,000 |
| JAH- | 0,446 | 0,207 | 0,178 | 0,049 | 0,102 | 0,004 | 0,002 | 0,009 | 0,003 |
| JAF+ | 0,140 | 0,563 | 0,007 | 0,004 | 0,257 | 0,017 | 0,000 | 0,010 | 0,001 |
| JAF- | 0,009 | 0,718 | 0,049 | 0,154 | 0,038 | 0,012 | 0,005 | 0,014 | 0,001 |
| AH+ | 0,003 | 0,572 | 0,329 | 0,002 | 0,040 | 0,051 | 0,001 | 0,001 | 0,000 |
| AH- | 0,103 | 0,272 | 0,405 | 0,144 | 0,044 | 0,021 | 0,007 | 0,005 | 0,000 |
| AF+ | 0,025 | 0,661 | 0,232 | 0,011 | 0,015 | 0,027 | 0,028 | 0,000 | 0,000 |
| AF- | 0,062 | 0,281 | 0,374 | 0,000 | 0,009 | 0,246 | 0,000 | 0,027 | 0,001 |
| SH+ | 0,644 | 0,050 | 0,154 | 0,123 | 0,025 | 0,002 | 0,002 | 0,000 | 0,000 |
| SH- | 0,731 | 0,037 | 0,000 | 0,001 | 0,180 | 0,046 | 0,001 | 0,006 | 0,000 |
| SF+ | 0,825 | 0,002 | 0,000 | 0,171 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,002 |
| SF- | 0,788 | 0,122 | 0,037 | 0,012 | 0,000 | 0,006 | 0,020 | 0,007 | 0,009 |

Cosinus carrés des points-colonnes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,097 | 0,888 | 0,000 | 0,004 | 0,009 | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Champignons | 0,002 | 0,507 | 0,318 | 0,042 | 0,054 | 0,047 | 0,000 | 0,029 | 0,002 |
| Poppers | 0,500 | 0,262 | 0,172 | 0,001 | 0,039 | 0,018 | 0,007 | 0,000 | 0,000 |
| Colles | 0,078 | 0,225 | 0,345 | 0,001 | 0,022 | 0,322 | 0,000 | 0,000 | 0,008 |
| Ecstasy | 0,748 | 0,001 | 0,160 | 0,071 | 0,020 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Amphétamines | 0,758 | 0,073 | 0,002 | 0,158 | 0,005 | 0,001 | 0,003 | 0,000 | 0,000 |
| LSD | 0,347 | 0,456 | 0,131 | 0,038 | 0,000 | 0,021 | 0,001 | 0,004 | 0,002 |
| Crack | 0,075 | 0,113 | 0,059 | 0,237 | 0,398 | 0,033 | 0,067 | 0,011 | 0,006 |
| Cocaïne | 0,024 | 0,725 | 0,026 | 0,006 | 0,030 | 0,010 | 0,106 | 0,063 | 0,009 |
| Héroïne | 0,007 | 0,192 | 0,243 | 0,020 | 0,411 | 0,085 | 0,006 | 0,037 | 0,000 |

**Annexe 23 : Aides à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant les expérimentations de drogues et CSP présentée page 324.**

Test d'indépendance du Khi² :

| | |
|---|---|
| Khi² (valeur observée) | 74,210 |
| Khi² (valeur critique) | 72,153 |
| ddl | 54 |
| p-value unilatérale | 0,035 |
| Alpha | 0,05 |

Valeurs propres et pourcentage de variance :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Valeur propre | 0,004 | 0,001 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| % variance | 59,590 | 17,494 | 12,727 | 4,255 | 3,296 | 2,639 |
| % cumulé | 59,590 | 77,083 | 89,810 | 94,065 | 97,361 | 100,000 |

Coordonnées des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Agriculteurs | -0,202 | -0,230 | 0,010 | 0,080 | -0,107 | -0,059 |
| Artisans | 0,009 | 0,010 | 0,056 | 0,033 | 0,025 | -0,010 |
| Cadres | -0,072 | 0,041 | 0,023 | -0,007 | -0,014 | 0,005 |
| Professions intermédiaires | -0,055 | -0,027 | -0,021 | -0,006 | 0,013 | 0,003 |
| Employés | 0,080 | -0,019 | 0,018 | -0,019 | -0,004 | -0,007 |
| Ouvriers | 0,062 | 0,014 | -0,030 | 0,019 | -0,008 | 0,011 |
| Sans activité | -0,015 | 0,126 | -0,108 | -0,007 | 0,006 | -0,086 |

Coordonnées des points-colonnes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,001 | -0,009 | -0,011 | -0,003 | -0,005 | -0,005 |
| Champignons | -0,082 | 0,052 | 0,041 | 0,039 | -0,010 | 0,006 |
| Poppers | -0,054 | -0,070 | 0,032 | 0,018 | 0,006 | 0,012 |
| Colles | 0,047 | 0,046 | -0,014 | -0,029 | -0,037 | 0,031 |
| Ecstasy | 0,102 | 0,020 | -0,069 | 0,027 | 0,046 | 0,003 |
| Amphétamines | -0,090 | 0,030 | 0,029 | -0,051 | 0,030 | -0,012 |
| LSD | -0,081 | 0,002 | 0,022 | -0,033 | 0,035 | 0,038 |
| Crack | 0,524 | -0,088 | 0,241 | -0,026 | 0,016 | -0,044 |
| Cocaïne | 0,011 | 0,091 | 0,033 | 0,006 | 0,008 | -0,013 |
| Héroïne | 0,241 | 0,020 | 0,011 | 0,010 | -0,006 | 0,053 |

Contributions des points-lignes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Agriculteurs | 6,80 | 29,96 | 0,08 | 14,88 | 34,24 | 13,32 |
| Artisans | 0,16 | 0,67 | 29,80 | 31,97 | 23,67 | 4,88 |
| Cadres | 23,26 | 25,00 | 10,70 | 3,19 | 15,66 | 2,85 |
| Professions intermédiaires | 19,15 | 16,23 | 12,91 | 3,07 | 19,52 | 1,37 |
| Employés | 32,71 | 6,13 | 7,77 | 24,70 | 1,67 | 5,02 |
| Ouvriers | 17,84 | 2,96 | 19,32 | 21,97 | 4,97 | 13,11 |
| Sans activité | 0,08 | 19,06 | 19,41 | 0,21 | 0,26 | 59,45 |

Contributions des points-colonnes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,02 | 4,26 | 8,03 | 1,30 | 6,30 | 9,62 |
| Champignons | 9,04 | **12,32** | 10,63 | 28,58 | 2,43 | 1,08 |
| Poppers | 5,58 | **32,00** | 9,48 | 8,98 | 1,39 | 6,10 |
| Colles | 1,87 | 6,13 | 0,80 | 9,83 | 20,93 | 17,65 |
| Ecstasy | **10,19** | 1,28 | 22,07 | 10,28 | 37,80 | 0,15 |
| Amphétamines | 5,94 | 2,28 | 2,95 | 26,63 | 12,01 | 2,35 |
| LSD | 5,02 | 0,02 | 1,71 | 11,70 | 16,68 | 25,47 |
| Crack | **37,55** | 3,63 | 37,13 | 1,32 | 0,64 | 5,87 |
| Cocaïne | 0,15 | **37,52** | 6,97 | 0,78 | 1,51 | 5,01 |
| Héroïne | **24,65** | 0,56 | 0,23 | 0,59 | 0,31 | 26,69 |

Cosinus carrés des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Agriculteurs | 0,355 | 0,459 | 0,001 | 0,055 | 0,099 | 0,031 |
| Artisans | 0,015 | 0,019 | 0,605 | 0,217 | 0,124 | 0,021 |
| Cadres | 0,682 | 0,215 | 0,067 | 0,007 | 0,025 | 0,004 |
| Professions intermédiaires | 0,683 | 0,170 | 0,098 | 0,008 | 0,039 | 0,002 |
| Employés | 0,855 | 0,047 | 0,043 | 0,046 | 0,002 | 0,006 |
| Ouvriers | 0,706 | 0,034 | 0,163 | 0,062 | 0,011 | 0,023 |
| Sans activité | 0,006 | 0,448 | 0,332 | 0,001 | 0,001 | 0,211 |

Cosinus carrés des points-colonnes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,004 | 0,325 | 0,446 | 0,024 | 0,091 | 0,111 |
| Champignons | 0,527 | 0,211 | 0,132 | 0,119 | 0,008 | 0,003 |
| Poppers | 0,310 | 0,522 | 0,113 | 0,036 | 0,004 | 0,015 |
| Colles | 0,288 | 0,278 | 0,026 | 0,108 | 0,179 | 0,121 |
| Ecstasy | 0,563 | 0,021 | 0,260 | 0,041 | 0,115 | 0,000 |
| Amphétamines | 0,599 | 0,068 | 0,064 | 0,192 | 0,067 | 0,010 |
| LSD | 0,607 | 0,001 | 0,044 | 0,101 | 0,112 | 0,136 |
| Crack | 0,800 | 0,023 | 0,169 | 0,002 | 0,001 | 0,006 |
| Cocaïne | 0,012 | 0,846 | 0,114 | 0,004 | 0,006 | 0,017 |
| Héroïne | 0,944 | 0,006 | 0,002 | 0,002 | 0,001 | 0,045 |

## Annexe 24 : Test d'indépendance entre revenu par unité de consommation et expérimentation de stupéfiant (cf. p. 325).

Test d'indépendance du Khi² :

| | |
|---|---|
| Khi² (valeur observée) | 38,963 |
| Khi² (valeur critique) | 50,998 |
| ddl | 36 |
| p-value unilatérale | 0,338 |
| Alpha | 0,05 |

**Annexe 25 : Aide à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant expérimentations de drogues et diplôme le plus élevé, présentée page 326.**

Test d'indépendance du Khi² :

| | |
|---|---|
| Khi² (valeur observée) | 85,806 |
| Khi² (valeur critique) | 50,998 |
| ddl | 36 |
| p-value unilatérale | < 0,0001 |
| Alpha | 0,05 |

Valeurs propres et pourcentage de variance :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Valeur propre | 0,005 | 0,002 | 0,001 | 0,000 |
| % variance | 66,572 | 23,905 | 7,316 | 2,207 |
| % cumulé | 66,572 | 90,478 | 97,793 | 100,000 |

Coordonnées des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Primaire | 0,141 | 0,031 | 0,008 | 0,029 |
| Secondaire | 0,048 | 0,014 | -0,014 | -0,014 |
| BAC | -0,014 | -0,081 | -0,008 | 0,005 |
| BAC+2-+4 | -0,045 | 0,012 | 0,033 | -0,002 |
| >BAC+5 | -0,133 | 0,053 | -0,039 | 0,014 |

Coordonnées des points-colonnes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,004 | -0,022 | -0,008 | -0,002 |
| Champignons | -0,116 | 0,051 | -0,017 | 0,037 |
| Poppers | -0,027 | -0,037 | 0,049 | -0,001 |
| Colles | 0,059 | 0,052 | 0,061 | 0,018 |
| Ecstasy | 0,103 | 0,004 | 0,011 | 0,016 |
| Amphétamines | -0,149 | 0,093 | -0,021 | -0,038 |
| LSD | -0,017 | 0,066 | -0,048 | 0,012 |
| Crack | 0,390 | 0,148 | -0,021 | 0,006 |
| Cocaïne | -0,067 | 0,089 | 0,035 | -0,016 |
| Héroïne | 0,320 | 0,104 | -0,018 | -0,016 |

Contributions des points-lignes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Primaire | 37,70 | 4,93 | 1,06 | 46,77 |
| Secondaire | 14,78 | 3,72 | 12,20 | 37,30 |
| BAC | 0,82 | 73,19 | 2,53 | 3,24 |
| BAC+2-+4 | 11,20 | 2,32 | 57,17 | 1,06 |
| >BAC+5 | 35,50 | 15,83 | 27,03 | 11,63 |

Contributions des points-colonnes (%) :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,22 | 17,35 | 7,26 | 2,05 |
| Champignons | 15,14 | 8,16 | 3,06 | 46,17 |
| Poppers | 1,21 | 6,01 | 35,68 | 0,03 |
| Colles | 2,59 | 5,57 | 25,25 | 7,17 |
| Ecstasy | 8,85 | 0,04 | 0,86 | 6,13 |
| Amphétamines | 12,75 | 13,95 | 2,21 | 24,92 |
| LSD | 0,17 | 7,27 | 12,49 | 2,55 |
| Crack | 18,63 | 7,44 | 0,50 | 0,11 |
| Cocaïne | 4,78 | 23,78 | 11,66 | 8,25 |
| Héroïne | 35,66 | 10,41 | 1,03 | 2,62 |

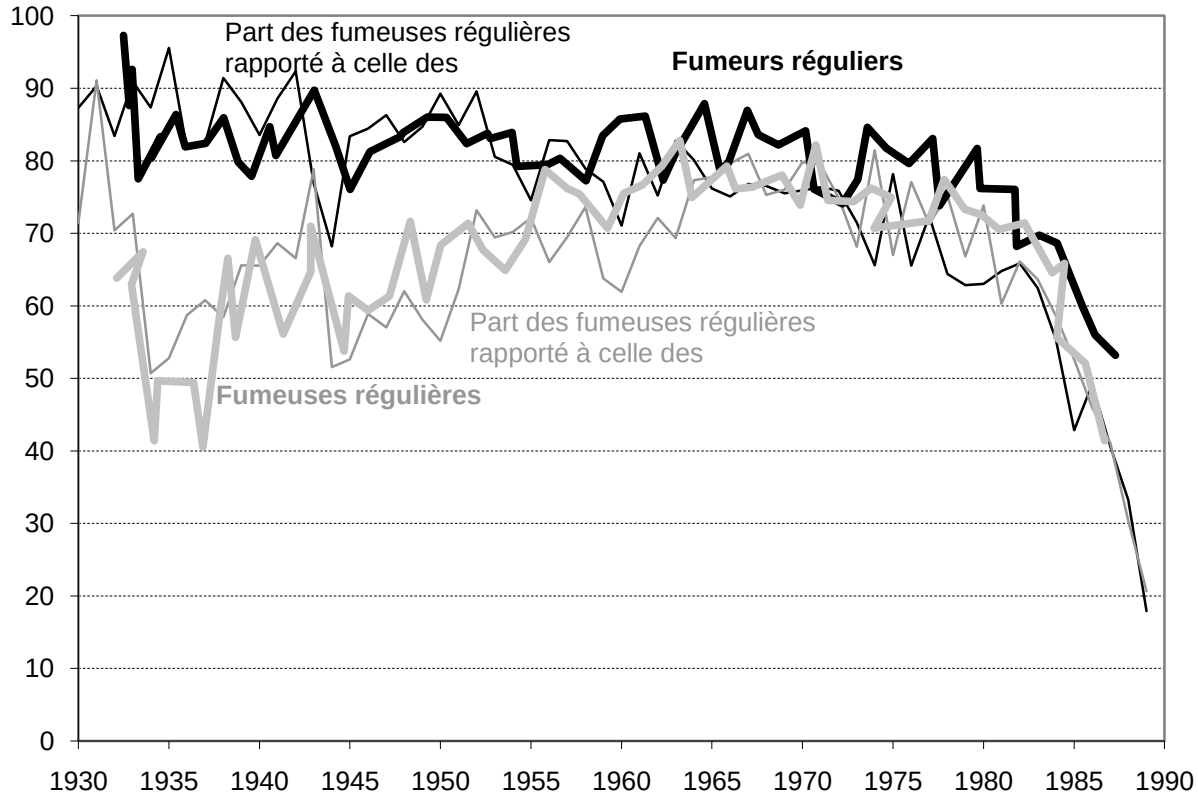
Cosinus carrés des points-lignes :

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Primaire | 0,916 | 0,043 | 0,003 | 0,038 |
| Secondaire | 0,791 | 0,072 | 0,072 | 0,066 |
| BAC | 0,030 | 0,956 | 0,010 | 0,004 |
| BAC+2-+4 | 0,610 | 0,045 | 0,342 | 0,002 |
| >BAC+5 | 0,797 | 0,128 | 0,067 | 0,009 |

Cosinus carrés des points-colonnes :

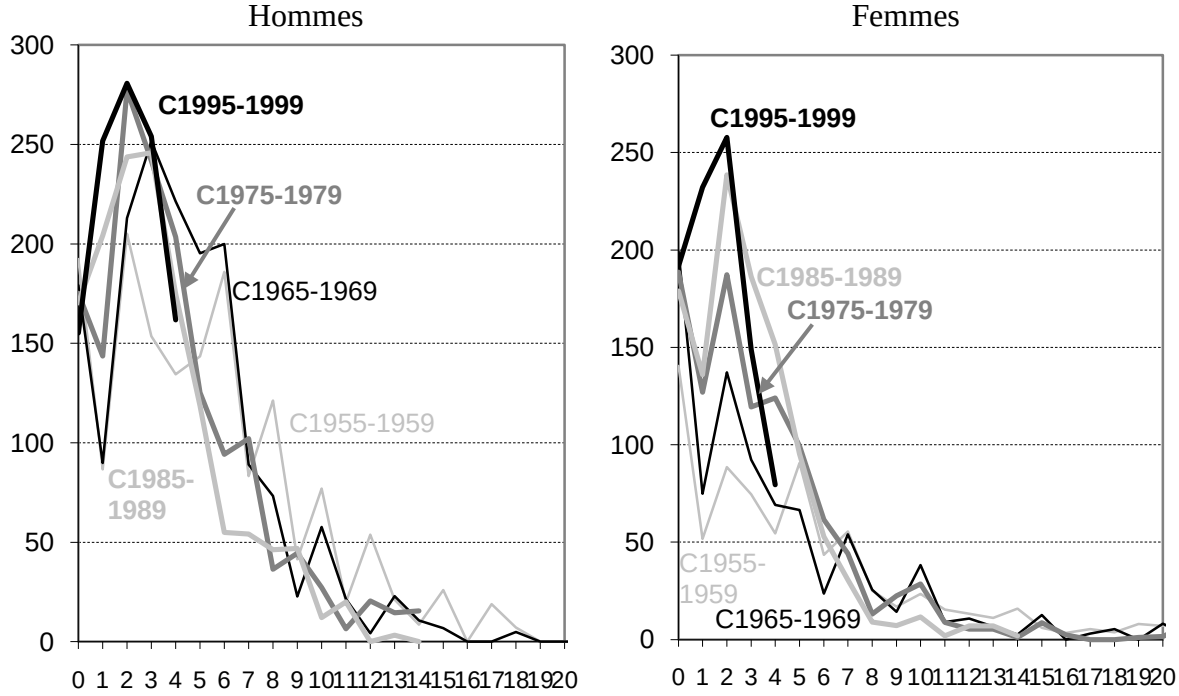
| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|---|---|---|---|---|
| Cannabis | 0,030 | 0,852 | 0,109 | 0,009 |
| Champignons | 0,759 | 0,147 | 0,017 | 0,077 |
| Poppers | 0,166 | 0,296 | 0,538 | 0,000 |
| Colles | 0,341 | 0,263 | 0,365 | 0,031 |
| Ecstasy | 0,966 | 0,002 | 0,010 | 0,022 |
| Amphétamines | 0,677 | 0,266 | 0,013 | 0,044 |
| LSD | 0,039 | 0,617 | 0,324 | 0,020 |
| Crack | 0,872 | 0,125 | 0,003 | 0,000 |
| Cocaïne | 0,322 | 0,574 | 0,086 | 0,018 |
| Héroïne | 0,901 | 0,094 | 0,003 | 0,002 |

**Annexe n°26 : Part des fumeurs réguliers dans les cohortes attribué à la génération constitutive moyenne, et le rapport de la part des fumeurs réguliers rapport à celle des expérimentateurs dans les générations.**



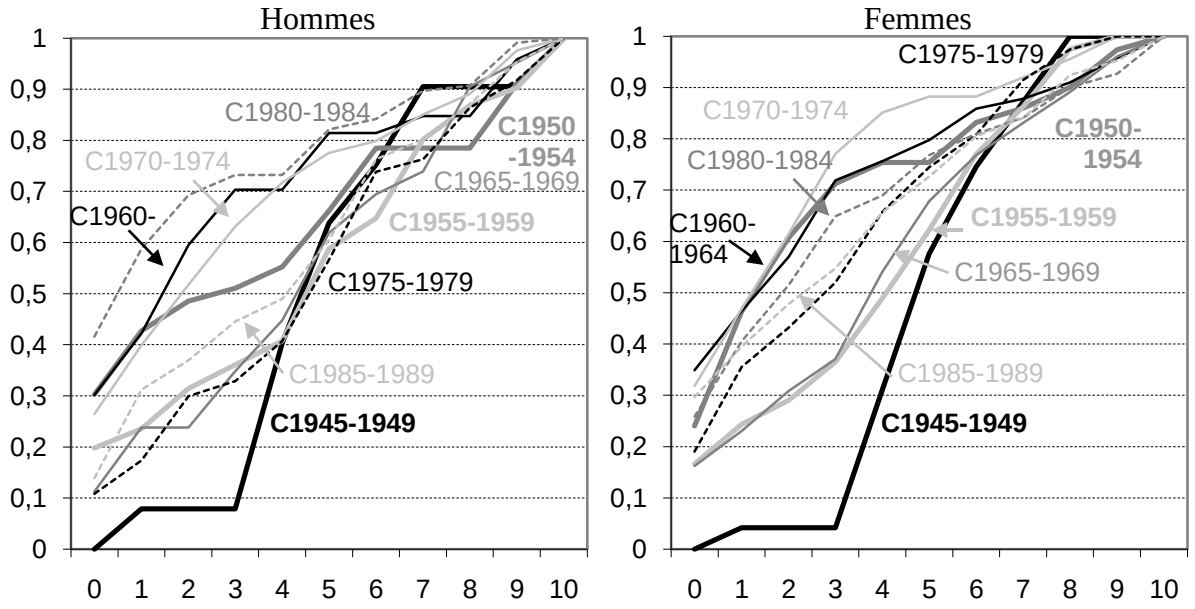

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe n° 27 : Quotients d'entrée (pour 1000) dans l'usage régulier par cohortes d'expérimentation selon la durée écoulée depuis la première cigarette fumée et le sexe (non présentés dans le texte)**



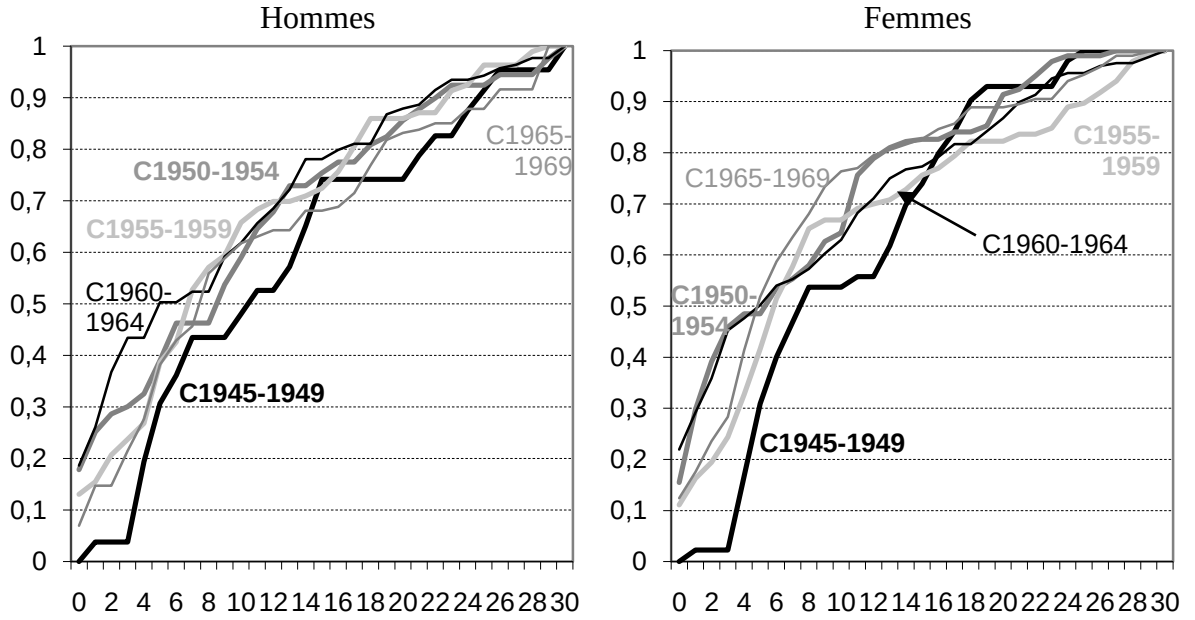

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe 28 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessés leurs consommations avant 10 ans au fil des durées selon le sexe**



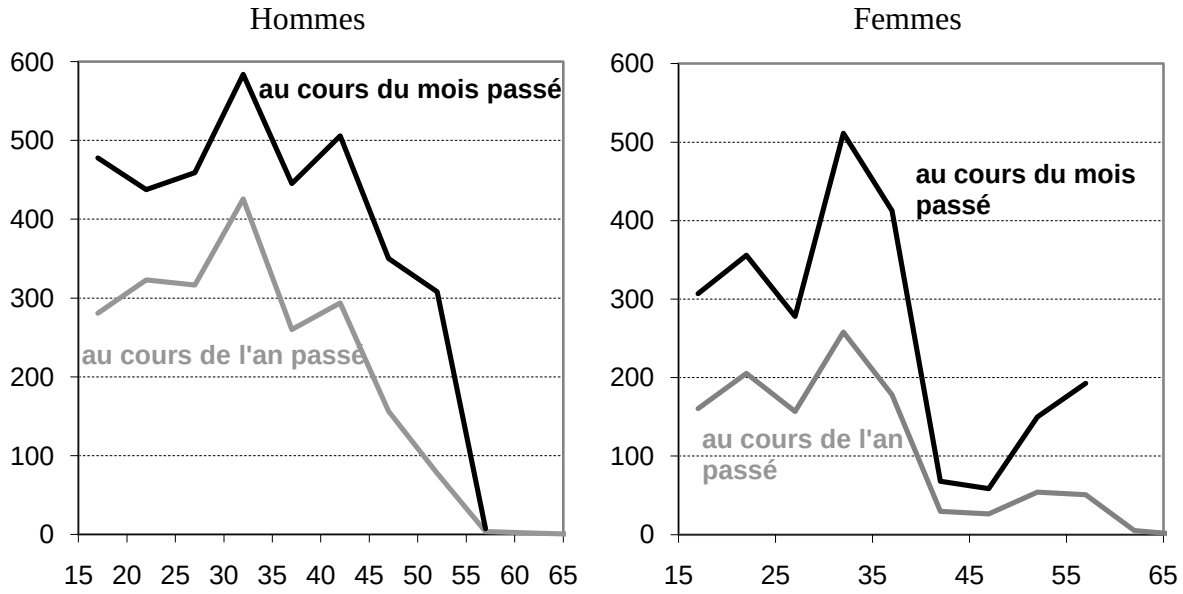

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe 29 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessés leurs consommations avant 30 ans au fil des durées selon le sexe**



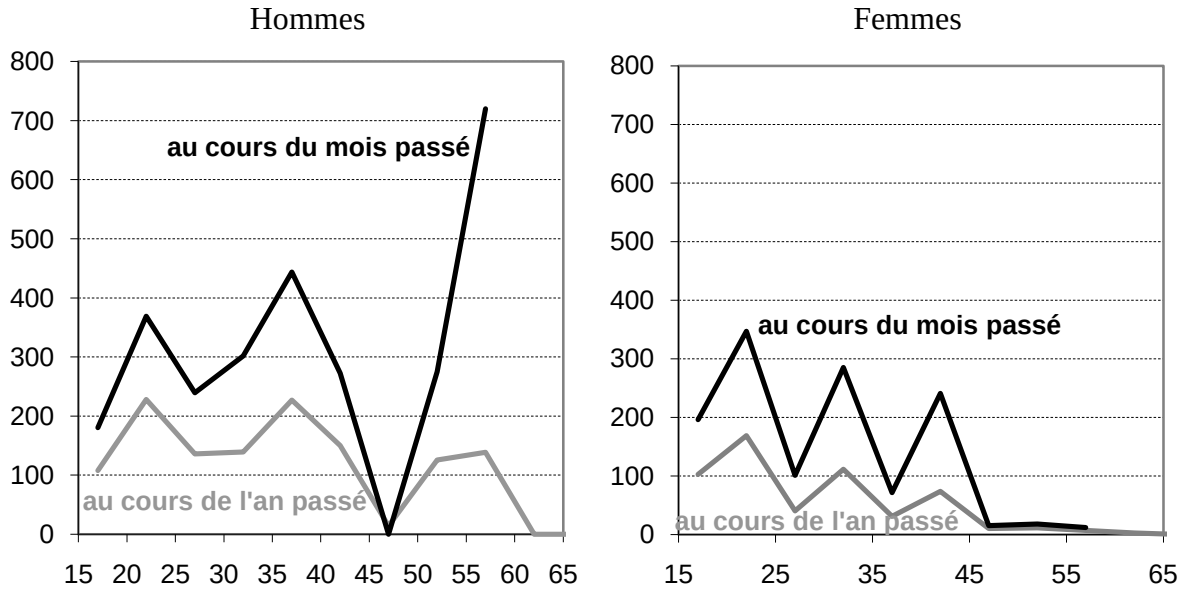

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe 30 : Nombre moyen de fois où les individus ont consommé du cannabis l'année passé en 2005 selon qu'ils aient consommé au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe.**



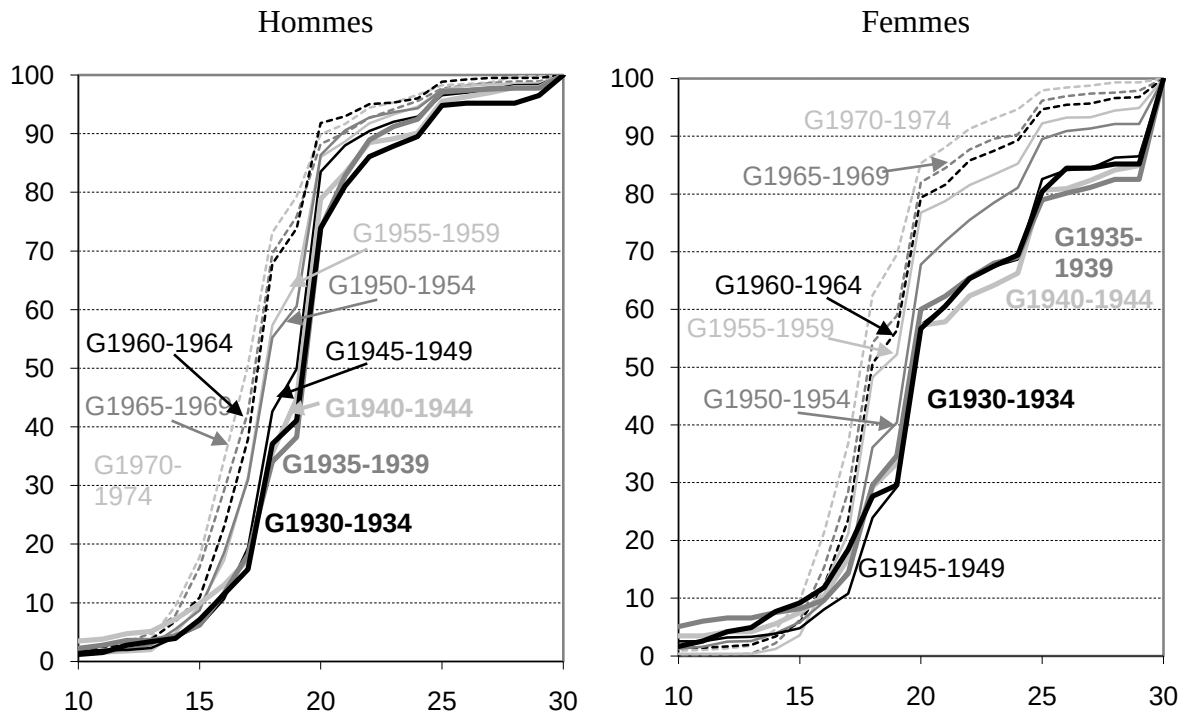

Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

**Annexe 31 : Nombre moyen de fois où les individus ont consommé du cannabis l'année passé en 2000 selon qu'ils aient consommé au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe.**




Source : Baromètre santé 2000 ; exploitation N.C-D.

**Annexe 32 : Part cumulée croissante des ivresses au fil des âges parmi les personnes ayant connu une ivresse avant 30 ans selon la génération et le sexe**




Source : Baromètre santé 2005 ; exploitation N.C-D.

ACSF INVESTIGATORS. Analysis of sexual behaviors in France (ACSF): a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey. *AIDS*, 1992, vol. 6, n°3, p. 315-323.

ANDRÉASSON, S., ALLEBECK, P., ENGSTRÖM, A. et RYDBERG, U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, vol.2, n°8574, 1987, p.1483-1486

AQUATIAS, S., BOITEL, L. et GRENOUILLET G. *Les consommations de produits psychoactifs dans les milieux festifs de la culture rock*, OFDT, Recherche et Société, 2001, 116 p. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsahc.pdf (consulté le 05/03/09)

ARSENEAULT, L. CANNON, M., POULTON, R., MURRAY, R., CASPI, A. et MOFFITT, T.E. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study », *British Medical Journal*, vol.325, n°7374, 2002, p.1212-1213.

AUBUSSON DE CAVARLEY, Bruno. Du dossier de procédure aux filières pénales, l'effet d'entonnoir et le syndrome du réverbère – le cas des ILS. In FAUGERON, C. *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*. Genève : Goerg Editeur, 1999, p. 151-159

BACHMANN, C. ET COPPEL, A. *La drogue dans le monde : Hier et aujourd'hui*. Paris : Albin Michel, 1989, 672 p.

BARBERO, C. BECK, F., VISCHI, R. *Fréquentation des fêtes techno et consommation de produits psychoactifs : l'apport d'une enquête ethnographique quantitative.* Psychotropes : 2003, n°3-4, vol.9, p. 105-133

BARGAGLI, A. M., SPERATI, A., DAVOLI, M., FORASTIERE, F. et PERUCCI, C. A. *Mortality among problem drug users in Rome: an 18 year follow-up study, 1980-97.* Addiction, Vol. 96, n° 10, 2001, p. 1455-1463

BECK François. *Entre représentativité des échantillons et représentations des usages : L'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues*. Thèse pour le doctorat de sociologie. Université René Descartes – Paris V. 332 p. (hors annexes)

BECK, François. *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie : Etat des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 1980.* Saint-Denis : OFDT, 1998, 62 p.
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epbxfbe9.pdf (consulté le 05/03/09)

BECK, F, LEGLEYE, S., PERETTI-WATTEL, P. *Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions, et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP) 2002*. Paris : OFDT, 2003, 228 p.

BECK, F, LEGLEYE, S., SPILKA, S. Cannabis, cocaïne, ecstasy: entre expérimentation et usage régulier. In BECK, F., GUILBERT, P. et GAUTIER, A. (dir.). *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.* Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

BECK, F. et Peretti-Watel, P. *EROPP 1999 ; Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions relatives aux Psychotropes*, Paris : OFDT, 2000, 204 p.

BECKER, Howard. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris : Métaillé (traduction française), 1985 (1963), 248 p.

BELLIOT, Nicolas. Cinq années d'application du pacte civil de solidarité en France : bilan statistique et disparités géographiques. In BERGOUIGNAN, C., BLAYO, C., PARANT, A., SARDON, J-P et TRIBALAT, M. *La population de la France. Évolutions démographiques depuis 1946 – Tome I*. Pessac: CUDEP, 2005, p. 253-270

BELLO, P-Y., TOUFIK, A., GANDILHON, M., GIRAUON, I. et BONNET, N. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*. Paris : OFDT, 2003, 288 p.

BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, A., VAUGEOIS, P., et TRÉPANIER, M. Validation d'un instrument d'évaluation dela gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), Montréal : *Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – RISQ*, 1992, 47 p.

BERGERON, Henri. *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Vendôme : Presse Universitaire de France, 1999, 370 p.

BERGOUIGNAN, Christophe. *L'usage des confrontations en analyse démographique, rapport pour l'habilitation à diriger des recherches.* Pessac, Université Montesquieu-Bordeaux 4, 2004, 439p.

BERGOUIGNAN, Christophe. Analyse démographique du SIDA en France métropolitaine. In BERGOUIGNAN, C., BLAYO, C., PARANT, A., SARDON, J-P et TRIBALAT, M. La population de la France. Evolutions démographiques depuis 1946 – Tome II. Pessac: CUDEP, 2005, p. 585-620

BLAYO, Chantal. L'enregistrement de l'avortement provoqué en France. *Population*, 1977, n°4-5, p. 977-987.

BLAYO, Chantal. De l'application des principes d'analyse démographique à l'étude de l'évolution des familles. *Population*, 1990, n°1, p.63-86

BLAYO, Chantal. Choix des cohortes et des sous-cohortes: règles générales et application à l'avortement. *Population*, 1991, n°6, p.1379-1404

BLAYO, Chantal. De l'application des principes d'analyse démographique à l'étude de l'évolution des ménages. *Ménages, familles, parentèles et solidarités dans les populations méditerranéennes*, séminaire international d'Aranjuez, 1996, p 21-36

BOURDIEU P. *La distinction : critique social du jugement*, éditions de Minuit, collection « le sens commun », 1979, 672p.

BRAU, Jean-Louis. Histoire de la drogue. Paris : Tchou, 1968, 310 p.

BUNING, E., et VAN BRUSSEL, G.H.A. *"The effects of harm reduction in Amsterdam"*. European Addiction Research, 1995, 1, p. 92-98

CABAL Christian. *L'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs*. Paris : Assemblée nationale/Sénat, 2002, 207 p.

CADET-TAÏROU, A., GANDILHON, M., TOUFIK, A. et EVRARD, I. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 - Huitième rapport national du dispositif TREND.* Saint-Denis : OFDT, 2008, 189 p.

CAILLOT, Mélanie. L'élévation du niveau de diplôme. In BERGOUIGNAN, C., BLAYO, C., PARANT, A., SARDON, J-P et TRIBALAT, M. La population de la France. Evolutions démographiques depuis 1946 – Tome II. Pessac: CUDEP, 2005, p. 785-792

CASPI, A., MOFFITT, T.E., CANNON M, MCCLAY, J., MURRAY, R., HARRINGTON, H., TAYLOR, A., ARSENEAULT, L., WILLIAMS, B., BRAITHWAITE, A., POULTON, R. ET CRAIG, I.W. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction », *Biological Psychiatry*, vol.57, n°10, 2005, p.1117-1127

CASTE, D., et MURRAY, R. *Marijuana and madness*. Cambridge : Cambridge University Press, 2004, 218 p.

CHARPAK, Y. et BENJANIN, F. Simulation informatique du devenir à 10 ans d'une cohorte d'héroïnomanes en Ile-de-France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1992, n°40, p.455-459

CICOUREL, AaronVictor. *Method and measurement in sociology*. New-York: Free Press of Glencoe, 1964, 247 p.

CLAROUX-BELLOCQ, D., DE BAILLIENCOURT, S., SAINT-JEAN, F., CHINAUD, F., VALLIER, N., WEILL, A., FENDER, P., ALLEMAND, H., ET LE GROUPE *MÉDIPATH*. Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie. *Revue Médicale de l'Assurance Maladi*, 2003, vol. 34, n° 2, p.93-102

CONSEIL NATIONAL DU SIDA**.** *Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues du 8 juillet 1993*,
http://www.cns.sante.fr/htm/avis/rapports_pdf/93_07_08_toxicomanie.pdf
(consulté le 22/02/09)

COPPEL, Anne. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. In EHRENBERG, A. *Vivre avec les drogues*. Paris : Editions du Seuil, 1996, p.75-108

COSTES Jean-Michel. La toxicomanie, un difficile passage à l'âge adulte. In MILLERON, J-C. *Données Sociales*, Paris : INSEE, 1990, p.258

COSTES, J-M. (Sous la dir.) *Cannabis, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2007, 232 p.

CUMMING, R.G. *Is probability sample always better? A comparison of results from a quota and a probability sample survey*. Community Health Studies, 1990, vol. 14, n°2, p. 132–137

DELMEIRE, Yohann. Histoire des unions dans les cohortes. In BERGOUIGNAN, C., BLAYO, C., PARANT, A., SARDON, J-P et TRIBALAT, M. La population de la France. Evolutions démographiques depuis 1946 – Tome I. Pessac: CUDEP, 2005, p. 143-168

DELILE, J-M. et RAHIS, A-C. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*. Paris : OFDT, 2002, 56 p.

DESESQUELLES, Aline. *Consommation de stupéfiants en France : expertise d'un système d'information et mesure du phénomène,* Thèse de doctorat de démographie, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 1997, 399 p.

DGS. Situation du sida au 1er janvier 1985. *BEH*, 1985, n°6, p. 1-4

DONOVAN, R. J., HOLMAN C.D., CORTI, B., et JALLEH, G. *Face-to-face household interviews versus telephone interviews for health surveys*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1997, vol. 21, n°2, p. 134-140

DOURGNON, P. et RENAUD, T. La qualité du recueil par carnet de soins : Une analyse des différences entre recueil prospectif des consommations de soins et sources administratives.In Lavallé, P., et Rivest L-P. Méthodes d'enquêtes et sondages : Pratiques européenne et nord-américaine. Paris: Dunod, 2006, p. 31-35

DOUSSIN, A., DUMESNIL, S., et Le Fur, P. Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002. *Bulletin d'information en économie de la santé,* CREDES, 2002, n° 62.

EHRENBERG, Alain *Le culte de la performance*. Paris : 1991, Calman-Lévy, 323 p.

ELIADE, Mircea. *Initiation, rites, sociétés secrètes*. Paris : Gallimard, 1959, 282 p.

EMCDDA. *2008 national report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France, new developments, trends and in-depth information on selected issues.* http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofoc.pdf (consulté le 02/03/2009)

EMCDDA. *2006 national report (2005 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France, new developments, trends and in-depth information on selected issues.* http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnaofn1.pdf (consulté le 10/03/2009)

EMMANUELLI, J., LERT, F. et VALENCIANO, M. *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France.* Paris : OFDT, 1999, 64p.

FASSIN, Didier. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, 1998, 240 p.

FENICHEL Otto. *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : P.U.F (traduction française), 1987 (1945), 4e édition, 416 p.

FERGUSSON D. M., HORWOOD L. J., Does Cannabis Use Encourage Other Forms of Illicit Drug Use? *Addiction*, Leeds, vol. 95, n° 4, 2000, pp. 505-520.

FIRDION, J-M., RIANDEY, B. Vie personnelle et enquête par téléphone : l'exemple de l'enquête ACSF. *Population*, 1993, vol. 48, n°5, p. 1257-1280.

FONTAINE A, FONTANA C, VERCHÈRE C et VISCHI R. *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France.* Paris, OFDT, 2001, 276 p.

FONTAINE A et FONTANA C. Usage de drogues (licites, et illicites) et adaptation sociale. *Psychotropes*, vol. 10, n°2, 2004, p.7-18.

FONTAINE, Astrid. Des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent ? *Vie sociale et traitements*, n°98, 2008, p. 42-51.

FRIEDMAN, A.F. et UTADA, A., A method or diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD]). *Journal of drug education*, 1989, vol. 19, n°4, p. 285-312

GADEL, G. et NUNES, C. Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996. *Etudes et résultats*, 1998, n°1, 6 p.

GOT, C., WEILL, J. *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*. Paris : Seli Arslan, 1997, 350 p.

HENRY**,** Louis. D'un problème fondamental de l'analyse démographique. *Population,* 1959, n°1, p 9-32

HENRY**,** Louis. Réflexions sur l'observation en démographie. *Population*, 1963, n°2 p 263-262.

HENQUET, C., KRABBENDAM, L., SPAUWEN, J, KAPLAN, C, LIEB, R., WITTCHEN, H-S. et VAN OS, J. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal*, vol.330, n°11, 2005, p.1-5.

HÉRAN, François. *L'assise statistique de la sociologie*. INSEE : *Economie et Statistique*, numéro spécial Sociologie et statistique, 1984, n°168, pp. 23-37.

HILL, Catherine. *Alcool et risque de cancer*. Actualité et dossier en santé publique, 2000, n°30, p. 14-17

HILL, Catherine. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2003, vol. 22-23, p. 97-108.

HILL, C., LAPLANCHE, A. *Tabagisme et mortalité: aspects épidémiologiques*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2003, n°22-23, p.98-100.

HILL, C., LAPLANCHE, A. *Le tabac en France : les vrais chiffres*. Paris : La documentation française, 2004, 140 p.

HIRAYAMA, TAKESHI. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, n° 282. p. 183–185

INGOLD, François-Roland. *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*, Paris : IREP, 1992, 55 p.

INGOLD, F-R., ADOHANE, T., BARRAUD, D., HARBONNIER, MILBURN, P. et TOUSSIRT, M. *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face à la contamination par le VIH et les virus de l'hépatite – rapport de synthèse*. IREP, 1996, 142 p.

GASPARINI William. Le corps performant par le dopage. Notes sociologiques, *Drogues, Santé et société*, Montréal, vol. 3, n°1, 2004, pp. 57-68.

GNOLI, A. et VOLPI, F. *Le LSD et les années psychédéliques : Entretiens avec Albert Hofmann.* Paris : Payot et Rivages, 2004, 144 p.

INGOLD, F-R., TOUSSIRT, M. *Le cannabis en France*. Paris : Anthropos, 1998, 192 p.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., COUTURIER, E., LE STRAT, Y., BARIN, F., EMMANUELLI, J., SEMAILLE, C., QUAGLIA, M., RAZAFINDRATSIMA, N., VIVIER, G., OUDAYA, L., LEFEVRE, C. et DESENCLOS, J-C. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH*, 2006, n°33, p. 243-247

LALAM Nacer. Déterminants et analyse économique de l'offre de drogues illicites en France, Thèse de Doctorat, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.2001, 427p.

LE BOT, Vanessa. *Quantification de la mortalité par cancer attribuable au tabac en France*. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie, Chatenay –Malabry, Parix XI, 2003, 58 p.

LEGLEYE, S., et BECK, F. Alcool : une baisse sensible des consommations. In BECK, F., GUILBERT, P. et GAUTIER, A. (dir.). *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.* Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007: 608 p.

LEGLEYE, S., SPILKA, S, LE NÉZET, O. et LAFFITEAU, C. *Les drogues à 17 ans – Résultat de l'enquête ESCAPAD 2008*. Tendances, n°66, Juin 2009, OFDT, 6 p.

LÉRIDON, H. et BOZON, M. Présentation de l'enquête ACSF. *Population*, 1993, n°5, p 1197-1204.

LOPEZ, D., MARTINEAU, H. et PALLE, C. *Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne de cocaïne ou de crack.* Tendances, n°36, Mai 2004, OFDT, 4 p.

LOWENSTEIN, W., GOURARIER, L., COPPEL, A., LEBEAU, S., HEFEZ, S. *La méthadone et les produits de substitution*. Paris: Doin, 1995, 176 p. (Collection conduites)

LOWENSTEIN, William. *Ces drogues qui nous gouvernent :comment s'en libérer ?*Paris : Calment-Lévy, 2005, 297 p.

MAC LELLAN, A.T., LUBORSKY, L., WOODY, G.E, et O'BRIEN, C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous & Mental Diseases* , 1980, vol. 168, n°1. p. 26-33.

MÄKELÄ, Klaus. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 2004, vol. 99, n°4, p. 398-410

MARPSAT, M., FIRDION, J-M., BOZON, M, ARBONVILLE, D., CLANCHÉ, F., PICHON, P, Soulié, C. et Mizrahi, A et Ar. *La rue et le Foyer*. Paris, INED, 2000, Les cahiers de l'INED n°144, 416 p.

MAUGER, Gérard. *L'apparition et la diffusion de la consommation de drogues en France (1970-1980). Éléments pour une analyse sociologique*. Bruxelles : Contradictions, 1984, n° 40-41, p 131-148.

MENSCH, B.,S. et KANDEL, D.,B. Underreporting of substance use in a national longitudinal youth cohort: Individual and interviewer effects. *Public Opinion Quarterly*, 1987, vol. 52, n°1, p. 100-124.

MILDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/plan_triennal-2.pdf (consulté le 11/11/2008)

MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008. http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_du_27_juillet_2004__2_.pdf (consulté le 11/11/2008)

MIZRAHI A. et MIZRAHI Ar. Premiers sondages français dans les dossiers de Sécurité sociale et appariement avec les enquêtes auprès des ménages. *Colloque francophone sur les sondages 2005*. Arguments socio-économiques pour la santé.
http://argses.free.fr/textes/39_texte_ESPS_EPAS.pdf

MORRAL, A. R, McCaffrey D. F., Paddock S. M., Reassessing the marijuana gateway effect, *Addiction*, Leeds, vol. 97, n°12, 2002, pp. 1493-1504.

MONNEYRON, F et XIBERRAS, M. *Le monde hippie : de l'imaginaire psychédélique à la révolution informatique*. Paris, 2008, 167 p.

MONSO, Olivier. Changer de groupe social en cours de carrière : davantage de mobilité depuis les années quatre-vingt. *INSEE Première*, n°1112, 2006, 4p.

MUSTO, David. *The American disease.* New York: Oxford University Press, 1973, 384 p.

NIZARD, A., MUNOZ-PEREZ, F. *Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986.* Population, n°3, 1993, 571-607.

NIZARD, A., MUNOZ-PEREZ, F. *Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Incidence de la consommation d'alcool et de tabac sur la mortalité*. Population, n°4, 1993, 975-.1013.

NIZARD, Alfred. *Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains: sida, hépatite, alcool et tabac*. Population : 2000, n° 3, p 503-564

OEDT. *Indicateur de la demande de traitement. Protocole standard 2.0.* Rapport scientifique OEDT, 2000, 39 p. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap_protocole_europeen.doc (consulté le 22/03/2009)

OLIEVENSTEIN, Claude. *La drogue* suivi d'*Ecrits sur la toxicomanie*. Editions universitaires. Saint-Amand : Gallimard, 1978, 320p. (Collection Idées)

OLIN, N., PLASAIT, B. *Drogue : l'autre cancer, rapport d'information 321 sur la question des drogues* - Tome I (2002-2003).SENAT, 2003, 541 p.
http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-1.html (consulté le 26/02/2009)

OMS. *Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac*. Genève : OMS, 2003, 43 p.

OMS. *Guide pour la mise en place de l'action antitabac.* Genève OMS, 2008, 309 p.

OMS. *World Cancer Report 2008*. Lyon : OMS, 2008, 524 p.

PADIEU, René. *L'information statistique sur les drogues et toxicomanies*, Paris, La documentation française, 1994,183 p.

PALLE, C., VAISSADE, V. *Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP*. Tendances, n°54, Juin 2007, OFDT, 6 p.

PARQUET Philippe-Jean. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives,* Vanves : CFES, 1997, 107 p.

PELLETIER, Monique. *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris : La Documentation Française, 1978, 283 p.

PERETTI-Watel, P. et LECONTE, B. *Cannabis, ecstasy : du stigmate au déni: Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*. Paris : 2005, Harmattan, 293 p.

PERETTI-WATEL, P., BECK, F. et WILQUIN, J-L. Les français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In BECK, F., GUILBERT, P. et GAUTIER, A. (dir.). *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé.* Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

PERRETTI-WATTEL, P., MOATTI, J-P. *Fumer, un stigmate? Remarques complémentaires*. Paris : Actualités Tabac, 2008, n°89, p 2.

PERUCCI, C. A., DAVOLI, M., RAPITI, E, ABENI, D, FORASTIÈRE, F. *Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study*. American journal of public health, 1991, vol.81, n° 10, p. 1307-1310.

PIGNON, J-P. et Hill, C. *Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985*. Gastroenterol Clin Biol, 1991, n°15, p. 51-56

PRESSAT, Roland. *L'analyse démographique : Concepts-Méthodes-Résultats*. Paris : 1961, Presses Universitaires de France, 402 p.

QUEUDRUS, Sandy. *Un maquis techno : modes d'engagement et pratiques sociales dans la free-party*. Paris : IRMA, 2000, 120 p.

REBIÈRE, Nicolas. *Les surendettés - Définition, dénombrement, caractéristiques et dynamique de la sous-population : application au cas français.* Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en démographie. Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux IV, 2006, 602 p.

REYNAUD-MAURUPT , C., VERCHÈRE, C. *Les nouveaux usages de l'héroïne*, Paris : Groupement de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS), OFDT, 2003,117p.

REYNAUD-MAURUPT, Catherine. *Les habitués du cannabis - Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*. Saint-Denis : OFDT, 2008, 312 p.

RIHS-MIDDEL, M., CLERC J. et STAMM, R. *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical : recueil d'études et d'expériences.* Berne : OFSP, 1995, 328 p. (Médecine et Hygiène)

RIVIÈRE, Claude. Pour une théorie du quotidien ritualisé. *Ethnologie française*, vol. 26, n°2, p.229-238.

ROUGET, Gilbert. *La musique et la transe*. Paris : Gallimard, collection Tel, 621 p.

RUEFF, Bernard. *La mesure de la mortalité attribuable à l'alcool : comment ? pour qui ? pourquoi ?*. Gastroenterol Clin Biol, 1991, n°15, p. 49-50

SERFATY, Annie. *Répression des drogues et prévention du sida dans l'Union Européenne*. Agora : éthique, médecine et société, 1994, n°31, p. 81-94

SIMMAT-DURAND, L., CESONI, M.L., GOYAUX, N., KLETZLEN, A. et MARTINEAU H. *L'usager de stupéfiants entre répression et soins, la mise en oeuvre de la loi de 1970*. Guyancourt : Cesdip, 1998, 504 p. (*Études et Données Pénales* n° 77)

SIX, C., HAMERS, F., BRUNET et J-B. Infections à VIH,VHC et VHB chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. *BEH*, 1999, n°32, p 133-135

STENBACKA M., ALLEBECK P., ROMELSJÖ A. Initiation into drug abuse: the pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug Abuse. *Scandinavian University Press*, Oslo, vol. 21, n°1, 1993, pp. 31-39.

STONE, Chris. *Fierce dancing: Adventures in the Underground*. Londres : Faber, 1996, 243 p.

SUEUR, Christian. *Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines…): réduction des risques dans le milieu festif techno* – Mission Rave. Paris : Médecins du Monde/ DGS / SP3, 1999, 475 p.

TESSIER, Laurent. *Musiques et fêtes techno : l'exception franco-britannique des free parties*. Ophrys : *Revue française de sociologie*, 2003, n°1, vol. 44, p 63-91.

TRAUTMANN, Catherine. *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, rapport au premier ministre. Paris* : La Documentation Française, 1996, 266 p.

VALLIN, J. et MESLÉ, F. Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle. *Données statistiques*, 2001, n°4, 102 p.

VAN DAMME, PIERRE. Dépression et addiction. *Revue Gestalt*, n°31, Addictions, 2006, p. 121-135.

VAN OS, J. BAK, M., HANSSEN, M., BIJL, R.V., DE GRAAF, R. et VERDOUX, H. Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, vol.156, n°4, 2002, p.319-327.

VANDENBROUCKE, J.P et PARDOEL, V.P.A.M. An autopsy of epidemiologic methods: the case of « popper » in the early epidemic of acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of epidemiology*, 1989, vol. 129, n°3, p. 455-457

VANTHOURNHOU, Alain. *Techno, rêves … et drogues? : rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieu d'extase*. Bruxelles : De Boeck & Bellin, 2001, 250p. (Collection comprendre)

WARNER-SMITH, M., LYNSKEY, M., HALL, W. MONTEIRO, M. *Challenges and approaches to estimating mortality attributable to the use of selected illicit drugs*. European Addiction Research, Vol. 7, n° 3, 2001, p. 104-116

ZANIS, D.A., MAC LELLAN, A.T., CNAAN, R.A., et RANDALL, M. *Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. Journal of Substance Abuse Treatment*, 1994, vol.11, n°6, p.541-548.

ZINBERG, Norman Earl. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Heaven: Yale University Press, 1984, 277 p.

AFFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

ANM : Académie nationale de la médecine.

ANRS : Agence nationale de recherche sur les hépatites virales et le SIDA.

ASE : Aide sociale à l'enfance.

BHD : Buprénorphine haut dosage.

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie.

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

CESES : Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA.

CFES : Comité français d'éducation pour la santé.

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés.

CNS : Conseil national du SIDA.

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DGS : Direction générale de la santé.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances.

DREES : Direction de la recherche, des études, des évaluations, et des statistiques.

EMCDDA : European monitoring centre for drugs and drug addiction.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes.

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense.

ESPAD : European school survey on alcohol and other drugs.

ESPS : Enquête sur la santé et la protection sociale.

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques.

GHB : Gamma hydroxy butirate.

IFOP : Institut français d'opinion publique.

INED : Institut national d'études démographiques.

INPES: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

INSERM : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de veille sanitaire.

IRDES : l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

IREP : Institut pour la recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

LSD : Lysergesäurediethylamid (Diéthylamide de l'acide lysergique).

MDMA : Méthylènedioxymétamphétamine.

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

MSA : Mutualité sociale agricole.

OCRTIS : Office centrale pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONISR : Observatoire national interministériel de sécurité routière.

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charges.

RNIPP : Répertoire national d'identification des personnes physiques.

RSI : Régime social des indépendants.

SAU : Service d'accueil d'urgence.

SESI : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information.

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile.

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances.

SoFRES : société française d'études par sondage.

UDI : Usages de drogue par intraveineuse.

VADS : Voies aérodigestives.

VIH : Virus d'immunodéficience humaine.

# Première Partie

## Chapitre premier

**Graphiques**

Graphique nº 1 : Évolution des ventes de tabac par adulte (15 ans et plus), en gramme par jour de 1860 à 2003

Graphique nº 2 : Évolution des proportions de fumeurs déclarés (en %) selon le type de consommation et le sexe, dans diverses enquêtes réalisées de 1953 à 2005

Graphique nº 3 : Évolution des consommations d'alcool par adulte (15 ans et plus) en litre d'alcool pur par an, selon le type de boisson, entre 1961 et 2003

Graphique nº 4 : Évolution des consommations d'alcool par adulte (15 ans et plus) en litre d'alcool pur par an, de quelques pays de l'Union Européenne, entre 1961 et 2003

Graphique nº 5 : Évolution de la proportion d'expérimentateurs de stupéfiants chez les 18-44 ans (en %), selon la substance, entre 1992 et 2005

Graphique nº 6 : Évolution du nombre d'interpellations pour usage et/ou revente de stupéfiants entre 1980 et 2007

Graphique nº 7 : Évolution de la part des expérimentateurs de cannabis chez les 18-44ans (en %) entre 1990 et 2005

Graphique nº 8 : Évolution de la part expérimentateurs de cannabis chez les 18-44 ans (en %), entre 1990 et 2005, selon le protocole d'enquête

Graphique nº 9 : Évolution du nombre de séropositivités VIH découvertes, selon le sexe et le mode de contamination entre 2003 et 2007

Graphique nº 10 : Évolution du nombre de décès enregistrés entre 1980 et 2006, selon le type d'enregistrement effectué

Graphique nº 11 : Évolution des taux de mortalité (pour 10000 individus) par pharmacodépendance/toxicomanie selon le sexe, entre 1979 et 2006

Graphique nº 12 : Évolution des taux de mortalité par SIDA (pour 10000 individus) selon le sexe et la source utilisée, entre 1979 et 2006

Graphique nº 13 : Évolution des taux de mortalité par SIDA (pour 10000 individus) selon le sexe, et le mode de contamination entre 1979 et 2006

Graphique nº 14 : Évolution des « taux de mortalité par usage de tabac » (pour 100000 individus) selon le sexe sur la période 1950-2000

Graphique nº 15 : Évolution des taux de mortalité de trois causes directement liées à l'alcool (pour 100000 individus), selon le sexe, entre 1980 et 2006

**Tableaux**

Tableau nº 1 : Évolution de la prévalence du VIH lors d'enquêtes réalisées auprès des populations usagères de drogues entre 1988 et 2006

Tableau nº 2 : Évolution de la prévalence du VHC lors d'enquêtes réalisées auprès des populations usagères de drogues entre 1988 et 2006

Tableau nº 3 : Évolution de l'alcoolémie impliquée dans les accidents de la route et le nombre de tués entre 1997 et 2006

## Chapitre 2

**Graphiques**

Graphique nº 16 : Répartition par sexe et âge des patients selon les produits consommés le mois précédant l'accueil, pour 100000 individus âgés de 10 à 64 ans en 2006

Graphique nº 17 : Part de chacune des CSP au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe

Graphique nº 18 : Part de chacun des niveaux de diplôme au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe

Graphique nº 19 : Part de chacun des types de ménage au sein des populations âgées de 15 à 64 ans (en %) à structure par âge identique, selon le sexe

Graphique nº 20 : Part des types d'entourage déclarés par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe

Graphique nº 21 : Part des situations professionnelles déclarées par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe

Graphique nº 22 : Part du type de logement déclaré par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe

Graphique nº 23 : Répartition par sexe et âge des patients, selon les produits de prise en charge, pour 100000 individus âgés de 10 à 64 ans en 2006

Graphique nº 24 : Somme annuelle (pour 1000) des premières prises en charge réduites selon le sexe et le produit de prise en charge de 1990 à 2006

Graphique nº 25 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) des générations d'usagers de cannabis selon l'âge à la 1ère prise en charge et le sexe

Graphique nº 26 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) des générations d'usagers d'héroïne selon l'âge à la 1ère prise en charge et le sexe

Graphique nº 27 : Part des modes de consommation habituelle de la Buprénorphine Haut Dosage (en %) selon le sexe et l'âge

Graphique nº 28 : Part des modes de consommation habituels de l'héroïne (en %) selon le sexe et l'âge

Graphique nº 29 : Part des modes de consommation habituelle du LSD (en %) selon le sexe et l'âge

Graphique nº 30 : Proportion d'individus présentant chacune des fréquences de consommation et des types d'usage selon l'âge et le produit considéré

Graphique nº 31 : Premières consommations réduites (pour 1000) au sein des générations d'usagers selon l'âge à la 1ère première consommation et le produit consommé

Graphique nº 32 : Premières consommations réduites (pour 1000) au sen des générations d'usagers de BHD selon l'année de la 1ère première consommation

Graphique nº 33 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) au sein des générations d'usagers des différentes substances selon l'âge à l'expérimentation

Graphique nº 34 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) des différentes substances par groupe de génération, selon la durée des prises en charge et l'âge à l'expérimentation

Graphique nº 35 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en %) parmi les générations 1966-1975, selon l'âge à l'expérimentation et la durée des consommations sans prise en charge

Graphique nº 36 : Premières prises en charge réduites (pour 1000) au sein des groupes de générations, selon le groupe d'âge à l'expérimentation des usagers d'héroïne au fil des années

Graphique nº 37 : Part d'usagers (en %) déclarant avoir consommé *n* produits selon l'âge

Graphique nº 38 : Part d'usagers (en %) déclarant avoir consommé les différents produits considérés selon le nombre de produits consommés et l'âge

Graphique nº 39 : Quotient de 1ère consommation de substances (pour 1000 individus) selon la durée écoulée depuis la 1ère consommation de produit constitutif des cohortes

Graphique nº 40 : Proportion d'usagers d'héroïne ayant utilisé l'injection intraveineuse comme mode d'administration (en %) selon le sexe et l'âge

Graphique nº 41 : Proportion cumulée croissante des injecteurs au fils des âges à la 1ère injection (en %) selon la génération

Graphique nº 42 : Proportion cumulée croissante des injecteurs au fils des durées écoulées depuis la 1ère consommation d'héroïne (en %) selon la génération

Graphique nº 43 : Proportion d'usagers d'héroïne ayant partagé leurs seringues (en %) Selon l'âge

Graphique nº 44 : Proportion des sérologies VIH des patients selon le sexe et la génération

Graphique nº 45 : Proportion des sérologies VHC des patients selon le sexe et la génération

Graphique nº 46 : Proportion des derniers dépistages VHC et VIH réalisés chaque année (en %) au fil des années

Graphique nº 47 : taux de prévalence des différentes sérologies parmi l'ensemble des patients pris en charge au fil des générations (en %)

**Tableaux**

Tableau nº 4 : Part des principales ressources déclarées par les usagers des CSST (en %) selon l'âge et le sexe

Tableau nº 5 : Répartition des patients accueillis en 2006 selon le produit ayant occasionné la prise en charge (en %) et le sexe

Tableau nº 6 : Répartition des patients accueillis en 2006 selon l'origine de la prise en charge (en %) et le sexe

Tableau nº 7 : taux de prévalence des différentes sérologies parmi l'ensemble des patients pris en charge âgés de 10 à 64 ans (en %)

## Chapitre 3

**Graphiques**

Graphique nº 48 : Présentation des séries de quotients k2 issus de k1 selon la méthode de calcul

Graphique nº 49 : Présentation des séries de quotients k3 issus de k2 selon la méthode de calcul

Graphique nº 50 : Présentation des séries de quotients k2 issus de k3 selon la méthode de calcul

**Tableaux**

Tableau nº 8 : Construction du score de sévérité

Tableau nº 9 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K1

Tableau nº 10 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K2

Tableau nº 11 : Interférences entre phénomènes s'appliquant à la sous-population K 3

**Figures**

Figure nº 1 : Sous-populations d'usagers de drogues

Figure nº 2 : Présentation théorique des parcours de transition entre sous-populations

Figure nº 3 : Mise en place du mode d'observation dual

Figure nº 4 : Transition entre sous-populations au cours d'une période

# Seconde Partie

## Chapitre premier

**Graphiques**

Graphique nº 51 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le tabac selon la durée écoulée depuis la première cigarette au 1er janvier 2000

Graphique nº 52 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le tabac selon l'âge des individus au 1er janvier 2000

Graphique nº 53 : Mortalité différentielle des individus ayant expérimenté le cannabis au cours de leur vie, selon le sexe et l'âge en 2000 (en %)

Graphique nº 54 : Répartition par CSP des individus selon leur statut cannabique (en%)

Graphique nº 55 : Part de CSP+ selon le statut cannabique, l'âge et le sexe (en %)

Graphique nº 56 : Mortalité différentielle de 2000 à 2005 des personnes ayant au moins expérimenté le cannabis selon la durée écoulée depuis le premier joint au 1er janvier 2000

Graphique nº 57 : Mortalité différentielle des individus selon le produit expérimenté au cours de leur vie, le sexe et l'âge en 2000

Graphique nº 58 : Part des individus ayant expérimenté chacun des produits au sein des personnes ayant expérimenté au moins un produit, selon l'âge et le sexe (en %)

Graphique nº 59 : Quotient de mortalité quadriennaux par âge en début de période selon le sexe et la source utilisée (en ‰)

Graphique nº 60 : Quotients de mortalité de 2000 à 2004 selon le sexe, l'âge (en ‰)

Graphique nº 61 : Quotients de mortalité de 2000 à 2004 selon le sexe, et la durée écoulée depuis le début de la consommation (en ‰)

Graphique nº 62 : Mesure de mortalité différentielle des hommes ayant déjà fumé au cours de leur vie, selon la source utilisée et l'âge en 2000

Graphique nº 63 : Mesure de mortalité différentielle des hommes ayant déjà fumé au cours de leur vie, selon la source utilisée et la durée écoulée depuis la première cigarette en 2000

Graphique nº 64 : biais de mesure selon l'intensité du phénomène étudié au fil des âges

Graphique nº 65 : biais de mesure selon la variation de la mortalité différentielle et l'âge

**Tableaux**

Tableau nº 12 : Mortalité différentielle des expérimentateurs selon la substance considérée et le sexe des individus

**Figures**

Figure nº 5 : Recoupement des périodes de vie d'enquêtes rétrospectives successives

Figure nº 6 : Description du renouvellement de l'enquête ESPS

## Chapitre 2

**Graphiques**

Graphique nº 66 : structure par sexe et âge en 2005 des expérimentateurs de drogues selon la substance considérée et de l'ensemble des répondants à la question de l'expérimentation de la substance

Graphique nº 67 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, vivant en couple selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 68 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par statut matrimonial selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 69 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, ayant des enfants selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 70 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par nombre d'enfants au foyer selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 71 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par type de ménage selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 72 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par plus haut niveau de diplôme obtenu selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 73 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par plus haut niveau de diplôme obtenu selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 74 : Proportion d'individus âgés de 25 à 49 ans, par zonage d'aire urbaine selon l'expérimentation des différentes substances et le sexe, à structure par âge identique (en %)

Graphique nº 75 : IPVZ à structure par sexe et âge identique

Graphique nº 76 : IPVZ à structure par zonage d'aire urbaine identique

Graphique nº 77 : proportions observées, corrigées et ajustées d'expérimentateurs de cannabis selon le sexe et la génération (en %)

Graphique nº 78 : proportions observées et corrigées d'expérimentateurs de tabac selon le sexe et la génération (en %)

Graphique nº 79 : proportions observées d'expérimentateurs d'alcool selon le sexe et la génération (en %)

Graphique nº 80 : proportions observées d'expérimentateurs de différentes drogues selon le sexe et la génération (en %)

Graphique nº 81 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites selon la substance et le sexe de 1950 à 2004

Graphique nº 82 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites de tabac, selon le sexe, de 1950 à 2004

Graphique nº 83 : Somme annuelle (pour 1000) des expérimentations réduites de cannabis selon le sexe de 1950 à 2004

Graphique nº 84 : Quotients d'expérimentation du tabac (pour 1000) par âge selon le groupe de génération considéré et le sexe

Graphique nº 85 : Fréquence cumulée croissante de l'expérimentation par âge selon le groupe de générations et le sexe (en %)

Graphique nº 86 : Fréquence cumulée croissante de l'expérimentation par âge selon le groupe de générations et le sexe des individus ayant expérimenté avant 20 ans (en %)

Graphique nº 87 : Âge moyen des expérimentateurs au fil des générations selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe de 1940 à 1984

Graphique nº 88 : Âge moyen des expérimentateurs au fil des générations par produit selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe de 1940 à 1984

Graphique nº 89 : Part des individus ayant expérimenté ou non des produits psychotropes selon le nombre de produits déjà expérimenté, le sexe et la génération

Graphique nº 90 : Cercle des corrélations du premier plan factoriel

Graphique nº 91 : Durée moyenne écoulée entre l'expérimentation du tabac et du cannabis selon les cohortes d'expérimentation de tabac et le sexe

Graphique nº 92 : Quotient d'expérimentation du cannabis par cohortes d'expérimentateurs de tabac, selon la durée écoulée et le sexe

Graphique nº 93 : Quotient d'expérimentation d'autres stupéfiants par cohortes d'expérimentateurs de cannabis, selon la durée écoulée et le sexe

Graphique nº 94 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et caractéristiques sociodémographiques

Graphique nº 95 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et CSP

Graphique nº 96 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et diplôme le plus élevé

Graphique nº 97 : Premier plan factoriel des expérimentations de drogues et âges

**Tableaux**

Tableau nº 13 : régression logistique multinomiale des expérimentations de drogues

Tableau nº 14 : Part des expérimentateurs des différentes substances parmi les expérimentateurs de plus de trois produits selon le sexe

**Figures**

Figure nº 7 : Illustration des générations non intégrées au calcul d'une sommation des évènements réduits au fil des années à partir d'une enquête rétrospective

## Chapitre 3

**Graphiques**

Graphique nº 98 : Proportion de fumeurs au sein des générations (en %) selon le type de consommation et le sexe

Graphique nº 99 : Proportion de fumeurs réguliers au sein des cohortes d'expérimentateurs (en %) selon le sexe

Graphique nº 100 : Intensité de l'expérimentation au sein des générations, et intensité de l'usage régulier dans les cohortes attribuée à la génération moyenne des cohortes (en %) selon le sexe

Graphique nº 101 : Intensité de l'expérimentation au sein des générations et intensité de l'usage régulier rapportée à la génération moyenne des cohortes (en %) selon le sexe et le niveau de diplôme

Graphique nº 102 : Proportion de fumeurs réguliers au sein des cohortes d'expérimentateurs (en %) selon le sexe et le niveau de diplôme

Graphique nº 103 : Fréquence cumulée croissante de l'usage régulier dans des cohortes d'expérimentateurs de tabac (en %) selon la durée écoulée et le sexe

Graphique nº 104 : Quotients d'entrée dans l'usage régulier (pour 1000) par cohorte d'expérimentation selon la durée écoulée depuis la première cigarette fumée et le sexe

Graphique nº 105 : Durée moyenne de l'arrêt du tabac en années des personnes se déclarant anciens fumeurs en 2000 et 2005 selon le sexe et la génération

Graphique nº 106 : Fréquence cumulée croissante des fumeurs actuels ayant déjà tenté d'arrêter (en %) selon la durée de la tentative la plus longue et le sexe

Graphique nº 107 : Fréquence cumulée croissante des anciens fumeurs (en %) selon la durée de l'arrêt selon le sexe

Graphique nº 108 : Durée moyenne de l'arrêt du tabac en années des anciens fumeurs depuis au moins 5 ans en 2000 et 2005 selon le sexe et la génération

Graphique nº 109 : Part des fumeurs occasionnels ayant tenté d'arrêter de fumer et de ceux qui ont effectivement cessé leurs consommations (en %) selon le sexe et la cohorte

Graphique nº 110 : Durée moyenne de consommation occasionnelle du tabac avant l'arrêt chez les personnes ayant cessé leurs consommations avant 10, 20 et 30 ans selon la cohorte d'expérimentation et le sexe

Graphique nº 111 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessé leurs consommations avant 20 ans au fil des durées selon le sexe

Graphique nº 112 : Quotients d'arrêt des consommations occasionnelles (pour 1000) selon la durée écoulée depuis l'expérimentation selon le sexe

Graphique nº 113 : Part des fumeurs réguliers ayant tenté d'arrêter de fumer et de ceux qui ont effectivement cessé leurs consommations (en %) selon le sexe et la cohorte

Graphique nº 114 : Quotients d'arrêt des consommations régulières (pour 1000) selon la durée écoulée depuis le début de cette consommation selon le sexe

Graphique nº 115 : Proportion d'individus (en %) ayant consommé au cours du mois qui précède l'enquête selon différentes hypothèses et le sexe

Graphique nº 116 : Proportion d'individus (en %) ayant consommé au cours de la semaine qui précède l'enquête selon différentes hypothèses et le sexe

Graphique nº 117 : Part d'usagers au cours de différentes périodes de temps en 2000 et 2005 parmi les expérimentateurs antérieurs à 2000 selon la génération et le sexe

Graphique nº 118 : Part d'usagers au cours de différentes périodes de temps en 2000 et 2005 selon l'âge et le sexe

Graphique nº 119 : Probabilité de conserver un même type d'usage du cannabis entre 2000 et 2005 (en %) sous l'hypothèse d'une seule possible réduction des usages selon le sexe et la génération

Graphique nº 120 : Part des expérimentateurs antérieurs à 2000 (en %) qui en 2005 déclareraient ne pas voir fumé de cannabis selon la génération le sexe, en l'absence nouvelle consommation entre 2000 et 2005

Graphique nº 121 : Proportion d'expérimentateurs observés en 2000 ayant consommé au cours des différentes périodes (en %) sous l'hypothèse d'une égale répartition des derniers usages selon le sexe et la génération

Graphique nº 122 : Part des expérimentateurs de cannabis à avoir cessé leurs consommations selon le sexe et la cohorte d'expérimentation

Graphique nº 123 : Part d'individus ayant connu l'ivresse (en %) parmi l'ensemble des individus d'une génération ou des expérimentateurs selon le sexe et la génération

Graphique nº 124 : Proportion de personnes n'ayant jamais connu d'ivresse au sein des expérimentateurs d'alcool au fil des âges selon le sexe et la génération

Graphique nº 125 : Somme annuelle des premières ivresses réduites (pour 1000) selon le sexe

**Tableaux**

Tableau nº 15 : Confrontations possibles des statuts cannabiques entre 2000 et 2005

## Chapitre 4

**Graphiques**

Graphique 126 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant expérimenté le tabac selon la génération et le sexe

Graphique 127 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant eu un usage régulier du tabac selon la génération et le sexe

Graphique 128 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus fumant en 2005 (en %) selon la génération et le sexe

Graphique 129 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant expérimenté le cannabis selon la génération et le sexe

Graphique 130 : Séries simulées et observées de la proportion d'individus (en %) ayant un usage régulier du cannabis selon la génération et le sexe

Graphique nº 131 : Part d'expérimentateurs de tabac qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de générations

Graphique nº 132 : Part d'individus ayant déjà eu un usage régulier du tabac qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de génération

Graphique nº 133 : Part d'expérimentateurs de cannabis qui serait observée au fil des enquêtes (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de génération

Graphique nº 134 : Part d'usagers réguliers de cannabis en 2005 qui serait observée au fil des enquêtes dans un tel type d'usage (en %) selon le sexe et le groupe quinquennal de générations

*Table des matières*

**INTRODUCTION GÉNÉRALE ..... 15**

**PREMIÈRE PARTIE : DU DROGUE AUX USAGES DE DROGUES ; PRÉSENTATION ET MODALITÉS D'ANALYSE DU PHENOMENE..... 21**

**CHAPITRE 1 : UN PHÉNOMÈNE AUX PROBLÉMATIQUES EN CONSTANTE ÉVOLUTION : CONTEXTE, ÉVALUATIONS QUANTITATIVES ET ORIGINES ..... 25**

***SECTION 1 - LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET SES ÉVOLUTIONS..... 26***

§1 – Une profonde modification des politiques publiques ..... 26
I – Sortir d'une vision archétypale des drogues ..... 26
II – L'avènement d'un nouveau risque sanitaire : les années SIDA ..... 28
III – Vers une vision globale du phénomène ..... 31
§2 – La perception des drogues par la population ..... 33
I – L'appropriation « avouée » des psychotropes par les contre-cultures... 33
II– Une évolution générale des mentalités..... 36

***SECTION 2 - PRENDRE LA MESURE DES TENDANCES D'USAGE DE DROGUES ET DE LEURS CONSEQUENCES..... 37***

§1 – La disponibilité accrue des sources de données ..... 37
I – Sources « institutionnelles »..... 38
*A – Données judiciaires*..... 38
*B – Données sanitaires* ..... 39
*C – Données économiques* ..... 41
II – Les données d'enquêtes .....42
§2 – Évolution des prévalences d'usage..... 45
I – Le désaveu des produits licites ..... 45
II– Un nouvel attrait pour les drogues illicites ..... 49
III– Le (nouveau) succès du cannabis ..... 53
§3 – Morbidité associée à l'usage de drogues ..... 56
I – Des morbidités avérées et d'autres, encore discutées..... 56
II – Les maladies infectieuses ..... 59
§4 – Les mortalités de la drogue ..... 62
I – Les multiples causes de mortalité liées à l'usage de drogues ..... 62
II – L'overdose : une cause de mortalité directement liée aux drogues..... 64
III– Des mortalités indirectes de l'usage de drogues ..... 66
*A – La drogue comme vecteur de mortalité : la mortalité par SIDA* ..... 66
*B – La mortalité à retardement du tabac* ..... 68
*C – Les effets à court et moyen/long terme de l'alcool* ..... 70

***SECTION 3 - LES CAUSES D'UNE DIFFICILE DOMESTICATION DES DROGUES LIÉE A LEUR HISTOIRE*** **72**
§1 – Un net retournement des positions gouvernementales ..... 73
I – De la production à la prohibition ..... 73
II – L'utilisation ambiguë des drogues au service de la science ..... 75
§2 – Lorsque la drogue ne se substitue pas qu'à elle-même ..... 77
I – Les psychotropes comme réponse à une demande de performance..... 77
II – … et d'autres carences sociétales ..... 79

**CONCLUSION DU CHAPITRE 1** ..... **80**

**CHAPITRE 2 : ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE D'UNE SOUS-POPULATION SPÉCIFIQUE D'USAGERS DE DROGUES : LES USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LES CSST** ..... **83**

***SECTION 1 - LES PRISES EN CHARGE DE QUELS USAGERS DE DROGUES ?*** ..... **84**
§1 – Caractéristiques sociodémographiques des patients ..... 85
I – Une population jeune et masculine ..... 85
II – L'environnement socioéconomique des usagers ..... 88
*A – Quelques possibles comparaisons à l'ensemble de la population* ..... 89
*B – Compléments d'information* ..... 95
§2 – Caractéristiques des prises en charge ..... 98
I – Présentation des prises en charge de l'année 2006 ..... 98
II – Étude des premières prises en charge ..... 102

***SECTION 2 - LES PARCOURS D'USAGE*** ..... **107**
§1 – Les modalités de l'usage ..... 107
I – Les modes de consommation actuels..... 107
II– La fréquence des consommations et le type d'usage ..... 111
§2 – Les parcours de consommation ..... 114
I – L'origine des consommations ..... 114
II – De l'enchaînement des produits : la polyconsommation ..... 128
§3 – Les traces de la politique de réduction des risques ..... 135
I – Les évolutions des pratiques d'injection… ..... 136
II – … et leur influence sur les contaminations virales ..... 139
**CONCLUSION DU CHAPITRE 2** ..... **145**

**CHAPITRE 3 : ÉLABORATION THÉORIQUE DE L'OBSERVATION DE L'USAGE DE DROGUES : RÉFLEXIONS SUR LA COLLECTE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DE L'ANALYSE QUANTITATIVE A MENER ..... 147**

***SECTION 1 - LES SOUS-POPULATIONS D'USAGERS DE DROGUES ..... 148***

§1 – Identifier les différents types d'usage ..... 148

I – Concepts cliniques usuels des types d'usage ..... 18

*A – Définitions* ..... 148

*B – leurs limites face à une approche quantitative* ..... 151

II – L'apparition de questionnaires visant à identifier les usages ..... 154

III – L'émergence de nouvelles notions ..... 157

§2 – Les choix opérés pour l'identification et le dénombrement des usagers de drogues ..... 159

I – Respecter la nature multidimensionnelle du phénomène ..... 159

*A – Qualifications normatives et subjectives* ..... 159

*B – Du sens de la causalité* ..... 163

II – Les évènements entrées et sorties des sous-populations d'usagers..... 166

***SECTION 2 - MODALITÉS D'ANALYSE DES SOUS-POPULATIONS D'USAGERS DE DROGUES ..... 168***

§1 – La transposition des questions fondamentales de l'analyse démographique au phénomène d'usage de drogues ..... 168

I – Présentation des questionnements de l'analyse démographique ..... 168

II – Application à la problématique des usages de drogues ..... 169

§2 – Apport théorique à la collecte des données ..... 172

I – L'influence du mode d'observation ..... 172

II – Proposition des modalités d'une observation ..... 176

*A – Couverture statistique de la sous-population* ..... 177

*B – Interroger la population sur les usages de drogues* ..... 180

*C – Les choix opérés, pour quels indicateurs ?*..... 190

***SECTION 3 - D'UNE POSSIBLE OBSERVATION LONGITUDINALE NON BIAISÉE ..... 192***

§1 – Les fondements d'une confrontation des modes d'observation ..... 192

I – Modalités de la mise en place d'une enquête à observation duale ..... 193

II – Concept théorique..... 196

§2 – Présentation méthodologique ..... 200

I – Construction des populations fictives ..... 200

*A – Choix illustratifs* ..... 201

*B – Genèse du parcours des sous-populations*..... 203

II – Formalisation du concept théorique et application ..... 207

**CONCLUSION DU CHAPITRE 3 ..... 211**

**CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE ..... 213**

**SECONDE PARTIE : ESTIMATION QUANTITATIVE DES PARCOURS D'USAGE DE DROGUES ET MESURE DES BIAIS LIES A L'OBSERVATION ..... 215**

**CHAPITRE 1 : ILLUSTRATION DES BIAIS DE MESURE INDUITS PAR LA MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ..... 219**

***SECTION 1 - L'UTILISATION D'ENQUÊTES RÉTROSPECTIVES COMME POSSIBLE ESTIMATION DE MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE DES USAGERS DE DROGUES ..... 220***

§1 – Élaboration de la mesure rétrospective de mortalité différentielle ..... 220

I – Principe et méthode de calcul ..... 220

II – Une mesure tributaire des données disponibles..... 225

§2 – Application aux données du baromètre santé ..... 226

I – Présentation des enquêtes baromètre santé ..... 226

II – Les différentes mesures de mortalité différentielles réalisables..... 229

*A – Mortalité différentielle des expérimentateurs de tabac* ..... 229

*B – Mortalité différentielle des expérimentateurs d'alcool* ..... 233

*C – Mortalité différentielle des expérimentateurs de cannabis* ..... 233

*D – Mortalité différentielle des polyexpérimentateurs* ..... 237

*E – Mortalité différentielle des expérimentateurs d'autres substances* ..... 240

***SECTION 2 - CONFRONTATION EMPIRIQUE ET THÉORIQUE : DES MESURES DE MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE AUX BIAIS QU'ELLES INDUISENT ..... 241***

§1 – Mesure de moralité effectuée à partir d'un panel ..... 242

I – Présentation de l'enquête utilisée ..... 242

II – Entre attrition et mortalité : une mesure par défaut ..... 244

§2 – Présentation des biais induits par la mortalité différentielle ..... 247

I – Une confrontation des sources préalable aux hypothèses de simulation ..... 247

II – Présentation des effets de la mortalité différentielle sur les indices ..... 250

**CONCLUSION DU CHAPITRE 1 ..... 254**

**CHAPITRE 2 : CARACTÉRISTIQUES DES EXPÉRIMENTATEURS DE DROGUES ET DE LEURS ENTRÉES DANS L'USAGE ..... 257**

***SECTION 1 – CARACTÉRISER LES USAGERS DE DROGUES ..... 258***
§1 – Caractéristiques démographiques ..... 259
I – Structure par sexe et âge des expérimentateurs de drogues ..... 259
II – Composition familiale des expérimentateurs de drogues .....262
*A – Entre union et statut matrimonial* ..... 262
*B – Naissances et enfants au foyer* ..... 267
*C – Type de ménages* ..... 270
§2 – Caractéristiques socioculturelles ..... 275
§3 – Caractéristiques spatiales ..... 277
§4 – L'entrelacement des caractéristiques ..... 283

***SECTION 2 – CARACTÉRISER L'EXPÉRIMENTATION DE DROGUES ..... 286***
§1 – Diffusion des drogues au fil du temps et dans les générations ..... 286
I – Une diverse propagation de l'expérimentation au sein des générations ..... 286
*A – Évolutions corrigées des expérimentations de tabac et de cannabis* ..... 286
*B – Évolutions des expérimentations d'autres substances* ..... 291
II – Évolutions conjoncturelles de l'expérimentation de drogues ..... 293
*A – Analyse transversale : reconstitution et rappels d'interprétation* ..... 293
*B – La discontinuité d'un attrait grandissant pour les drogues marginales* ..... 295
*C – Une évolution contrastée des drogues les plus usitées* ..... 297
§2 – La survenue des expérimentations et leurs successions ..... 300
I – La survenue de l'expérimentation au sein des générations ..... 300
*A – Historique d'une plus grande précocité des fumeurs* ..... 300
*B – Un achèvement tardif de l'expérimentation du cannabis* ..... 303
*C – Un apparent rajeunissement des expérimentations de l'ensemble des substances psychotropes* .....305
II – De la polyexpérimentation au sein des cohortes d'expérimentateurs ..... 307
*A – Étude exploratoire de la polyexpérimentation* ..... 307
*B – Une trompeuse durée moyenne écoulée entre deux expérimentations* ..... 312
§ 3 – Différencier entre eux les expérimentateurs ..... 317
**CONCLUSION DU CHAPITRE 2 ..... 327**

**CHAPITRE 3 : ANALYSE DES PARCOURS D'USAGE DE DROGUES ..... 331**

***SECTION 1 – L'ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS TABAGIQUES ..... 332***
§1 – De l'expérimentation à l'usage régulier ..... 332
I – Devenir fumeur régulier : un phénomène plus qu'intimement lié au fait d'avoir expérimenté le tabac..... 332
II – … ou simple résultat d'une agrégation trop peu précise ? ..... 336
III – Une évolution différenciée d'un même raccourcissement de la survenue de l'usage régulier chez les expérimentateurs selon le sexe ..... 339
§2 – L'arrêt de la consommation ..... 342
I – Un arrêt pas toujours définitif qui en empêche la mesure ..... 342
II – L'arrêt de l'usage occasionnel ou la cessation d'un état transitoire ..... 348
III – L'arrêt de la consommation des fumeurs réguliers..... 353

***SECTION 2 – PARCOURS CANNABIQUE ET ALCOOLIQUE : OBSERVATIONS EMPIRIQUES ET QUELQUES POSSIBLES ENTREPRISES THÉORIQUES ..... 356***
§1 – Les quelques possibles parcours cannabiques distingués ..... 358
I – Étude liminaire à l'identification des parcours de consommation ..... 358
*A – S'assurer de l'existence d'une relation entre consommation récente et intensité de l'usage* ..... 358
*B – Discuter de l'effectivité des parcours de consommation* ..... 362
II – Analyse des parcours d'usage identifiables ..... 365
*A – Mesures théoriques d'une évolution des usages* ..... 365
*B – Tenter de distinguer les arrêts de consommations de cannabis pour quelle mesure ?* ..... 368
§2 – La moindre connaissance des parcours d'usage de l'alcool ..... 372
I – L'ivresse alcoolique ..... 372
II – Malgré une multitude d'informations, une impossible estimation des parcours de consommation d'alcool ..... 375
**CONCLUSION DU CHAPITRE 3 ..... 376**

**CHAPITRE 4 : L'UTILISATION DES PROJECTIONS : UN OUTIL PROSPECTIF ET D'ESTIMATION DES BIAIS ..... 379**

***SECTION 1 – MESURES DES BIAIS DUS A L'OBSERVATION RÉTROSPECTIVE DANS LES MESURES D'USAGES*** ..... 380
§1 – Les biais induits chez les consommateurs de tabac ..... 380
I – Reconstruction des données observées en l'absence partielle de mortalité différentielle ..... 380
II – Présentation et analyse des biais relatifs à quelques mesures du phénomène d'usage de tabac .....383
§2 – Les biais induits chez les usagers de cannabis ..... 387

***SECTION 2 – ÉTUDE PROSPECTIVE DES USAGES OBSERVABLES ..... 389***
§1 – Prise en compte des éléments correctifs des projections ..... 390
§2 – Évolutions prospectives des mesures d'usages ..... 392
**CONCLUSION DU CHAPITRE 4 ..... 397**

**CONCLUSION GÉNÉRALE ..... 399**

**ANNEXES ..... 407**
Annexe 1 : Enquêtes réalisées sur la période 1953-2001 sur la consommation de tabac **p.408**

Annexe 2 : Quelques méthodes d'estimations des usagers de drogues à partir de données institutionnelles **p.409**

Annexe 3 : Enquêtes réalisées entre 1990-2005 sur la consommation de cannabis **p.411**

Annexe 4 : Liste des causes de décès directement liées à l'usage de drogues, d'alcool, de tabac, et abus de médicaments **p.411**

Annexe 5 : Méthodologie générale de la méthode des fractions attribuables **p.413**

Annexe 6 : Spécification techniques du recueil commun sur les addictions et les prises en charges **p.415**

Annexe 7 : Compléments d'informations des caractéristiques sociales des usagers de drogues pris en charge par les CSST **p.419**

Annexe 8 : présentation de la méthodologie appliquée pour la reconstitution des données manquantes concernant les 1ères prises en charges en CSST **p.423**

Annexe 9 : Premières prises en charges réduites (pour 1000) des générations d'usagers de drogues selon l'âge à la 1ère prise en charge, la substance concernée et le sexe **p.426**

Annexe 10 : Part cumulée croissante des 1ères consommations réduites (en%) parmi les différents groupes de générations, selon l'âge à l'expérimentation et la durée des consommations sans prise en charge **p.427**

Annexe 11 : Proportion des derniers dépistages VHC et VIH réalisés chaque année (en %) au fil des années **p.429**

Annexe n°12 : Questionnaires des tests de mesure de dépendance **p.430**

Annexe n°13 : Proportion d'individus qui en 2005 déclarent n'avoir consommé du tabac qu'une fois pour essayer, selon le sexe et l'âge **p.454**

Annexe n°14 : Proportion d'individus vivant en couple selon le statut tabagique le sexe et l'âge (en %) **p.454**

Annexe n°15 : Proportion d'individus vivant en couple selon le statut alcoolique le sexe et l'âge (en %) **p.454**

Annexe n°16 : Proportion d'individus ayant expérimenté l'alcool ou l'ivresse alcoolique selon le sexe et la génération (en %) **p.455**

Annexe n°17 : Expérimentation de tabac réduites (pour 1000) par groupe de générations quinquennales selon le sexe **p.455**

Annexe n°18 : Quotients d'expérimentation de tabac (pour 1000) par âge selon le groupe de génération considéré et le sexe (non présentés dans le texte) **p.457**

Annexe n° 19: Age moyen des expérimentateurs au fil des générations par produit selon qu'ils aient expérimenté avant 20, 30 ou 40 ans et le sexe de tabac, selon la durée écoulée et le sexe (non présentés dans le texte) **p.459**

Annexe n°20: Quotient d'expérimentation du cannabis par cohortes d'expérimentateurs de tabac, selon la durée écoulée et le sexe (non présentés dans le texte) **p.460**

Annexe n°21 : coefficient de corrélation de Pearson entre l'âge à l'expérimentation du tabac et du cannabis par sexe et âge **p.460**

Annexe 22 : Aide à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant expérimentations de drogues et caractéristiques sociodémographiques (présentée page 321) **p.460**

Annexe 23 : Aide à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant les expérimentations de drogues et CSP (présentée page 324) **p.463**

Annexe 24 : Test d'indépendance entre revenu par unité de consommation et expérimentation de stupéfiant (cf. p. 325) **p.464**

Annexe 25 : Aide à l'interprétation de l'analyse factorielle croisant expérimentations de drogues et diplôme le plus élevé (présentée page 326) **p.465**

Annexe n°26 : part des fumeurs réguliers dans les cohortes attribué à la génération constitutive moyenne, et le rapport de la part des fumeurs réguliers rapport à celle des expérimentateurs dans les générations **p.467**

Annexe n° 27 : quotients d'entrée (pour 1000) dans l'usage régulier par cohortes d'expérimentation selon la durée écoulée depuis la première cigarette fumée et le sexe (non présentés dans le texte) **p.467**

Annexe 28 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessés leurs consommations avant 10 ans au fil des durées selon le sexe **p.468**

Annexe 29 : Part cumulée croissante des fumeurs occasionnels ayant cessés leurs consommations avant 30 ans au fil des durées selon le sexe **p.468**

Annexe 30 : Nombre moyen de fois où les individus ont consommé du cannabis l'année passé en 2005 selon qu'ils aient consommé au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe **p.469**

Annexe 31 : Nombre moyen de fois où les individus ont consommé du cannabis l'année passé en 2000 selon qu'ils aient consommé au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe **p.469**

Annexe 32 : Part cumulée croissante des ivresses au fil des âges parmi les personnes ayant connu une ivresse avant 30 ans selon la génération et le sexe **p.470**

***BIBLIOGRAPHIE*** ..... **471**
***LISTE DES SIGLES*** ..... **485**
***INDEX DES GRAPHIQUES, TABLEAUX ET FIGURES*** ..... **487**

## RÉSUMÉ

L'épidémie de SIDA a impliqué, au milieu des années 1980, une accélération de la réorientation des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues. Elle a notamment conduit à la mise en place d'un système de soins chargé d'accueillir les toxicomanes. Indirectement, cela a permis de bénéficier de nouvelles sources de données qui ont autorisé une meilleure connaissance du phénomène d'usage de drogues. Néanmoins, les parcours d'usage ne peuvent que rarement être étudiés. Soit les sous-populations sont non représentatives de l'ensemble des usagers de drogues, soit le mode de collecte biaise les indicateurs qui peuvent être obtenus.

Nous avons donc d'une part présenté la sélection opérée sur les différentes sous-populations d'usagers de drogues et proposé les méthodes de collecte qui éviteraient de telles sélections. D'autre part, nous avons élaboré, à partir des principes de l'analyse démographique, une estimation des biais induits par l'utilisation d'enquêtes en population générale afin de nous assurer de leur possible utilisation.

Il semble que les biais sont assez faibles pour que puissent être réalisées des études qui n'en souffrent pas trop. Ce n'est toutefois que par le renouvellement de ce type d'enquêtes que les mesures pourront être affinées et nous en convaincre avec certitude. Il est toutefois dès à présent certain qu'une amélioration des données collectées est nécessaire pour comprendre la dynamique qui participe au renouvellement des sous-populations d'usagers de drogues. Il est à ce jour évident que plusieurs types d'usage de drogues existent, mais aucune source de données ne permet en France de mesurer la modification d'un type d'usage à un autre.

## DRUGS USES COURSES IN FRANCE: OBSERVATION AND DEMOGRAPHIC ANALYSIS

## SUMMARY

The epidemic of AIDS has implied, in the middle of the 80's, an acceleration of the public politics reorientation towards drugs users. It had permitted the creation of a healthcare system to welcome the drug addicts. Indirectly, it permits to gather some new data sources that had allowed a better knowledge of the drugs uses phenomenon. Nevertheless, uses courses can rarely be studied. Either sub-populations are non-representative of all the drugs users, or the collection method biass the indicators which can be obtained.

On one hand we have presented the selection operated on the various sub-populations of drug users and propose the methods of collection with would avoid such selections. On the other hand, we have made, from demographic analysis principles, an estimation measure of the errors induced by survey in the general population to make sure of their eventual good use.

It seems that the mistakes are low enough to realize some studies which do not suffer from it to much. It's only with the renewal of this kind of survey that the measures will be improve and convince us. But we are sure that it is necessary to improve the collected datas to understand the dynamic that is involved in the renewal of drugs users sub-populations. It is obvious that several types of drug uses exist, but no data source ables in France to measure the changes from a use type to another.

**MOTS-CLÉS**: Usages de drogues ; Toxicomanie ; Mortalité différentielle ; Simulation

**KEY WORDS**: Drugs uses; Addiction; Differential mortality; Simulation

**INSTITUT D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES DE L'UNIVERSITÉ MONTESQUIEU-BORDEAUX IV**
**Université Montesquieu-Bordeaux IV**
**Avenue Léon Duguit**
**33608 Pessac Cedex**