

# DROGUES



# SAVOIR PLUS



LIVRET DE CONNAISSANCES  
DROGUES ET USAGES :  
CHIFFRES CLÉS



DÉCEMBRE 1999

08-99398-L



DÉCEMBRE 1999

## QUELQUES DÉFINITIONS

### COMBIEN DE PERSONNES CONSOMMENT DES DROGUES AUJOURD'HUI ?

**P10 LES CONSOMMATIONS DÉCLARÉES**  
COMBIEN DE CONSOMMATEURS ?  
QUELLE EST LA CONSOMMATION DES JEUNES ?  
QUELLE EST LA CONSOMMATION CHEZ LES PERSONNES INCARCÉRÉES ?

### P19 QUELLES SONT LES QUANTITÉS DE DROGUES LICITES VENDUES ?

ALCOOL  
TABAC  
MÉDICAMENTS

### P22 COMBIEN D'USAGERS "À PROBLÈMES" SONT EN CONTACT AVEC LES INSTITUTIONS ?

LES RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL POUR LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

LES RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL POUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

LES INTERPELLATIONS POUR USAGE ET USAGE-REVENTE DE PRODUITS STUPEFIANTS

## QUI SONT LES CONSOMMATEURS DE DROGUES ?

### P27 LES DONNÉES DES ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

CANNABIS  
ALCOOL  
TABAC  
MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES  
LES POLYCONSOMMATIONS

### P32 LES USAGERS VUS PAR LES INSTITUTIONS

LES CONSOMMATEURS DE PRODUITS ILLICITES  
LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL

## QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ ?

**P36 QUEL EST LE NOMBRE D'USAGERS MALADES ?**  
LES MALADIES LIÉES À L'USAGE DES DROGUES ILLICITES  
LES MALADIES DIRECTEMENT LIÉES À L'ALCOOL  
LES MALADIES DIRECTEMENT LIÉES AU TABAC

**P43 LA MORTALITÉ LIÉE À L'USAGE DES DROGUES**  
LA MORTALITÉ LIÉE À L'USAGE DES DROGUES ILLICITES  
LA MORTALITÉ LIÉE À L'ALCOOL  
LA MORTALITÉ LIÉE AU TABAC

**En français, le terme “drogue” peut prendre différents sens. Au XIX<sup>e</sup> siècle, il s’appliquait aux préparations faites par les apothicaires. Progressivement, ce mot a pris une connotation péjorative, désignant, par opposition aux médicaments, les substances dont la capacité à guérir est douteuse ou qui sont susceptibles d’être utilisées dans la recherche de plaisir.**

Dans le langage courant actuel, la drogue est souvent associée aux seuls produits illicites classés comme stupéfiants. Cette acception du terme est celle des juristes, des policiers et des magistrats. Les médecins cliniciens classent, quant à eux, les substances en fonction des capacités de celles-ci à induire une dépendance et à nuire à la santé mentale et physique des patients. Un spécialiste des produits toxiques différencie les produits en fonction de leur toxicité intrinsèque, indépendamment des risques de dépendance et des conséquences de leur consommation sur la santé et la vie en société. L’ambiguïté de ce mot rend le débat difficile, et il apparaît nécessaire, au préalable, de le définir le plus précisément possible.

Les définitions des dictionnaires actuels font référence au caractère toxique des “drogues” (“substances toxiques, stupéfiants”), selon le *Grand Robert* et à la dépendance qu’elles engendrent (“substance psychotrope naturelle ou synthétique, qui conduit au désir de continuer de consommer pour retrouver la sensation de bien-être qu’elle procure”), selon le *Grand Larousse Universel*. On retrouve les mêmes éléments de définition dans les ouvrages plus spécialisés. Le *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et de la dépendance\** définit la drogue comme une “substance psychoactive prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance”. Selon l’ouvrage de référence d’Inaba et de Cohen sur les excitants, calmants et hallucinogènes\*\*, peut être considérée comme une drogue “toute substance qui entraîne des distorsions de fonctionnement du système nerveux central”.

Cet effort de clarification conduit donc à deux acceptions de ce mot. La première est très large, de type toxicologique, et correspond à la dernière définition citée. Un grand nombre de médicaments se trouveraient alors inclus parmi les drogues. La seconde, plus restreinte, est fondée sur la notion de dépendance, terme lui-même défini par la communauté scientifique internationale.



**Une drogue est un produit naturel ou synthétique, dont l’usage peut être légal ou non, consommé en vue de modifier l’état de conscience et ayant un potentiel d’usage nocif, d’abus ou de dépendance.**

Nous retiendrons la définition suivante : une drogue est un produit naturel ou synthétique, dont l’usage peut être légal ou non, consommé en vue de modifier l’état de conscience et ayant un potentiel d’usage nocif, d’abus ou de dépendance. Cette définition inclut : les stupéfiants, les substances psychotropes, l’alcool, le tabac, les colles et solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées. Elle exclut les substances vitales (eau, air), le café, le chocolat, les médicaments psychoactifs non utilisés pour modifier les états de conscience.

S’appuyant sur cette définition, et par convention, le terme “drogues” au pluriel (ou “produits psychoactifs”) couvre l’ensemble des produits pris en compte dans ce livret ; il comprend les sous-ensembles suivants : l’alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs et les drogues illicites.

Les médicaments psychoactifs sont classés selon quatre catégories : les hypnotiques, les neuroleptiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs.

Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, substances de synthèse, médicaments détournés, etc).

\* RICHARD (D.), SENON (J-L), voir bibliographie p.44.

\*\* Voir bibliographie p. 44.

### LES COMPORTEMENTS D'USAGE

On distingue trois catégories de comportements : l'**usage**, l'**usage nocif**, la **dépendance**. Ces distinctions sont communes au milieu scientifique international. Elles reposent sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10 - 1992) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV - 1994). L'**usage** est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'**usage nocif** (ou **abus**) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages. Ces derniers peuvent être de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire. Ils peuvent être causés par l'usager à lui-même ou à un tiers.

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

**3** CATÉGORIES  
DE COMPORTEMENTS :  
L'USAGE, L'USAGE NOCIF,  
LA DÉPENDANCE.  
CES DISTINCTIONS SONT  
COMMUNES AU MILIEU  
SCIENTIFIQUE  
INTERNATIONAL.



*Les termes toxicomanie / toxicomane seront utilisés selon leur acception ordinaire, liée au phénomène de dépendance aux drogues illicites.*

Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, posent problème sur certains plans. Ainsi, certains usages dangereux mais ponctuels ne sont pas pris en compte sous le concept d'abus. De même, la définition de la dépendance peut être largement discutée. De plus, ces concepts sont difficilement pris en compte par la statistique. Dans ce livret, les concepts d'usage nocif, d'abus et de dépendance seront appréhendés de manière globale sous le terme empirique "**d'usage à problème**" venant s'inscrire en complément du terme "usage" entendu comme n'entraînant pas de dommages graves ni répétés. "L'usage à problème" est défini comme une consommation qui peut induire un recours aux soins et/ou caractérisé par sa visibilité auprès des institutions chargées d'appliquer la loi.

Les termes **usage / usager** et **consommation / consommateur** seront donc employés pour couvrir non seulement les trois catégories de comportement précédemment décrites, mais également les comportements de consommation de l'ensemble des produits psychoactifs et les populations correspondantes. Les termes **toxicomanie / toxicomane** seront utilisés selon leur acception ordinaire, liée au phénomène de dépendance aux drogues illicites.

**Quatre types de source permettent de tenter de répondre à cette question :**

- **les enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population française** ou d'une partie de la population française (jeunes, jeunes scolarisés, etc.) ;
- **les statistiques de vente des produits licites** (alcool, tabac, médicaments) ;
- **les statistiques nationales** issues de déclarations obligatoires ;
- **les statistiques des institutions** chargées de lutter contre l'usage et les conséquences de l'usage des drogues.

Les **enquêtes** reposent sur la déclaration des personnes. Ce type d'investigation vise à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elle, vis-à-vis de l'usage des produits. La méthode utilisée consiste à interroger un échantillon représentatif de ces groupes. Elle présente l'avantage de donner une mesure directe du phénomène, et notamment de son ampleur, et de permettre de différencier les consommations selon leur fréquence et leur intensité. En revanche, elle rend parfois difficile le décèlement de comportements relativement rares. Par ailleurs, les résultats ne mesurent que la consommation déclarée, qui n'est pas forcément identique à la consommation réelle.



*Les enquêtes visent à mesurer les comportements, les attitudes ou les opinions de la population globale, ou d'une partie d'entre elles, vis-à-vis de l'usage des produits.*

Les **données de vente** mesurent les quantités consommées des différents produits et leur évolution. Reposant en général sur les statistiques fiscales, ces données ne rendent pas compte des produits vendus "au noir" et sous-estiment les consommations lorsqu'une partie importante des ventes n'est pas déclarée. Confrontés aux résultats des enquêtes, ces chiffres peuvent mesurer les écarts entre les comportements d'achat et la consommation déclarée. Ils ne permettent cependant que de calculer des consommations moyennes et ne rendent pas compte des différents types d'usages.

Les **statistiques nationales issues de déclarations obligatoires** (décès, personnes atteintes du sida, etc.) fournissent une estimation d'une partie des usages nocifs, sous l'angle de certains des dommages induits.

Les **statistiques administratives** et certaines études donnent des chiffres sur les "clientèles" des institutions qui interviennent dans le champ de l'usage des drogues. Il s'agit soit des usagers pris en charge par des établissements ou des structures sanitaires et sociales, soit des usagers, qui suite à une interpellation, entrent dans les statistiques des organismes chargés de faire appliquer la loi (police, gendarmerie, douane, justice, établissements pénitentiaires). Ce type de statistique présente le défaut d'être le reflet de l'activité des services. Il faut donc toujours s'interroger pour savoir si ce ne sont pas les variations d'activité qui expliquent les variations du nombre d'usagers enregistrés.

## LES CONSOMMATIONS DÉCLARÉES

### COMBIEN DE CONSOMMATEURS ?

Les chiffres qui sont présentés ici portent sur l'ensemble des consommateurs de drogues, qu'ils aient expérimenté une fois dans leur vie une substance ou qu'ils en consomment tous les jours. Ces données ne représentent que des ordres de grandeur et sont assorties de marges d'erreur importantes. Elles fournissent un simple cadrage de l'ampleur des différents modes de consommation des principaux produits psychoactifs.

Ces consommations "s'emboîtent", la première catégorie (expérimentateurs) contenant la deuxième (occasionnels) et ainsi de suite. En termes de santé publique et de sécurité publique, la détermination du nombre d'usagers "à problèmes" (définis par leur visibilité, par le système sanitaire et social ou du système répressif) apparaît primordiale. L'observation et la surveillance de l'"usage" des différentes substances sont néanmoins également fondamentales : elles permettent de mesurer l'importance du phénomène dans une société donnée, d'observer les équilibres qui se créent entre les différents types d'usages, et surtout d'évaluer comment évolue la "réceptivité" d'une population à une des substances considérées.

La question du lien statistique entre expérimentation, usage occasionnel ou régulier et consommation dépendante est controversée. Pour les substances à fort potentiel de dépendance, il est en effet possible de faire baisser la consommation "à problèmes" sans diminution parallèle de la consommation moyenne par habitant ? Les chiffres que l'on fournit ici et l'observation de leurs évolutions sont autant d'éléments utiles dans ce débat. La présentation synthétique des chiffres ci-dessous ne doit pas être lue comme un classement des substances entre elles en termes de dommages provoqués. Les conséquences de l'usage de ces différentes substances ne sont pas évaluées dans ce tableau.

### CONSOMMATION DE L'ENSEMBLE DES FRANÇAIS (SECONDE MOITIÉ DES ANNÉES 1990)

TYPES DE CONSOMMATEUR :	ALCOOL	TABAC	MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	DROGUES ILLICITES TOTAL DONT CANNABIS	
<b>EXPÉRIMENTATEURS</b>	<b>46 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans la vie</i>	<b>32 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans la vie</i>	<b>ND</b> <i>au moins 1 fois dans la vie</i>	<b>7,1 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans la vie</i>	<b>6,8 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans la vie</i>
<b>OCCASIONNELS</b>	<b>44 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans l'année</i>	<b>16 MILLIONS</b> <i>se déclarent fumeurs</i>	<b>ND</b>	<b>2,2 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans l'année</i>	<b>2,2 MILLIONS</b> <i>au moins 1 fois dans l'année</i>
<b>RÉGULIERS</b>	<b>10 MILLIONS</b> <i>au moins 1 verre la veille</i>	<b>15 MILLIONS</b> <i>au moins 1 cigarette par jour</i>	<b>5,4 MILLIONS</b> <i>Consommation régulière pendant six mois au cours de l'année passée</i>	<b>ND</b>	<b>ND</b>
<b>"À PROBLÈMES"</b>	<b>3,3 MILLIONS</b> <i>test Delta (voir ci-dessous)</i>	<b>10 MILLIONS</b> <i>au moins 10 cigarettes par jour</i>	<b>ND</b>	<b>142 000</b> <b>À 176 000</b> <i>usagers d'opiacés</i>	<b>ND</b>

Source : OFDT - nd : non disponible

Note : les chiffres en colonne de ce tableau ne s'ajoutent pas. Les consommateurs "à problèmes" sont compris dans les "réguliers" eux-même inclus dans les "occasionnels". La catégorie des expérimentateurs contient toutes les catégories précédentes auxquelles s'ajoutent les purs expérimentateurs, c'est-à-dire ceux qui n'ont consommé un produit qu'une seule fois dans leur vie.

### Alcool

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans la culture et les pratiques de consommation. C'est la substance la plus fréquemment expérimentée et consommée de manière occasionnelle ; elle est donc rarement totalement rejetée. La consommation occasionnelle peut en revanche avoir un impact notable sur les accidents de la route et les actes de délinquance. Sur l'ensemble des expérimentateurs d'alcool, une forte minorité en fait une consommation à risque. Le nombre de consommateurs d'alcool à risque est évalué dans l'enquête du baromètre santé à partir d'une série de quatre questions (test DETA)\*. Les vérifications auprès des populations dont il était possible de connaître les habitudes réelles de consommation d'alcool ont montré la bonne capacité de prédiction des profils de consommateurs d'alcool à risque de ce test. Le nombre d'alcool-dépendants n'est pas connu. Sur cette question, seules les statistiques des institutions de soins peuvent aujourd'hui donner des indications, qui restent par ailleurs, limitées aux personnes traitées.

### Tabac

Le tabac, produit également très souvent expérimenté, est en revanche rejeté une fois sur deux. S'il n'est pas rejeté, le tabac est consommé, dans la quasi-totalité des cas, de façon régulière, signe de son potentiel de dépendance.

### Médicaments psychoactifs

Les consommations de médicaments psychoactifs correspondent pour partie à des usages thérapeutiques et pour partie à une consommation semblable à celle des autres drogues ; la frontière entre les deux types d'usages est difficile à tracer. Les consommateurs de médicaments "à problèmes" sont en partie inclus parmi les consommateurs "à problèmes" des usagers de drogues illicites qui associent souvent produits illicites et médicaments détournés de leur usage. En l'absence de données sur l'usage "toxicomaniaque" des médicaments, on ne peut se référer qu'aux seuls chiffres existants relatifs à l'ensemble des consommations. Ce sont donc les évolutions de ces chiffres qui doivent être prises en considération et non les chiffres eux-mêmes.



*La consommation occasionnelle peut avoir un impact notable sur les accidents de la route et les actes de délinquance.*



### ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS D'OPIACÉS "À PROBLÈMES"

- Extrapolation des données de police : **164 000**
- Démographie multiplicative : **176 000**
- Extrapolation des données de traitement : **156 000**
- Calcul à partir des données sur le sida : **142 000 - 176 000**

Source : OFDT

### Drogues illicites

La consommation des drogues illicites se mesure sur une autre échelle que les produits cités auparavant. Même si leur expérimentation a tendance à s'étendre, le nombre de consommateurs déclarés ou repérables de ces produits est incomparablement plus faible que pour les autres substances. Un expérimentateur de cannabis sur trois déclare en faire un usage occasionnel, ce qui signifie, d'après les déclarations, que la consommation n'est plus renouvelée après un premier essai par la grande majorité des expérimentateurs. L'estimation du nombre de consommateurs d'opiacés "à problèmes" présentée ici est le résultat d'un travail entrepris à un niveau européen. Le tableau ci-après présente la synthèse des résultats de cette étude. On peut rappeler que la notion d'usagers "à problèmes" fait référence à la visibilité (actuelle ou future) de certains consommateurs auprès du système sanitaire et social et/ou des services chargés d'appliquer la loi (police, justice). La fourchette d'estimation de 142 000 à 176 000 usagers d'opiacés "à problèmes" est applicable à la seconde moitié des années 1990.

\* Les quatre questions sont les suivantes :

- 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 ?
- 3 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4 - Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

### Polyconsommations

Les enquêtes montrent que les consommateurs d'une substance ont un "risque" plus élevé que les abstinentes d'être aussi consommateurs d'un ou de plusieurs autres produits. Une partie importante des consommateurs de drogues illicites sont aussi des consommateurs d'alcool, de médicaments et/ou de tabac. Les résultats du baromètre santé adulte 1995/1996 ont permis d'identifier un profil de personnes polyconsommatrices (alcool, tabac, drogues illicites) plutôt jeune et caractérisé par des comportements de prise de risque en général.

En ce qui concerne la polyconsommation des jeunes de 15 à 18 ans, on se reportera à la section ci-dessous.



*Une partie importante des consommateurs de drogues illicites sont aussi des consommateurs d'alcool, de médicaments et/ou de tabac.*

### QUELLE EST LA CONSOMMATION DES JEUNES ?

Les chiffres les plus récents sur les consommations de substances psychoactives chez les lycéens sont issus de deux enquêtes menées en 1997 et 1998. Des enquêtes antérieures permettent de mesurer les évolutions des consommations des 15-19 ans depuis 1993 sur l'ensemble du territoire et depuis 1983 pour les lycées parisiens.

*Cannabis : environ un tiers des 15-19 ans en avaient déjà consommé dans leur vie, une moitié d'entre eux étant des consommateurs plus réguliers (10 fois et plus au cours des 12 derniers mois).*



L'usage du cannabis s'est banalisé au cours des années 90. Environ un tiers des 15-19 ans en avaient déjà consommé dans leur vie, une moitié d'entre eux étant des consommateurs plus réguliers (10 fois et plus au cours des 12 derniers mois). Cette banalisation est particulièrement sensible à Paris, où plus de 40 % des lycéens de 15 à 19 ans en ont déjà consommé.

Les taux de consommation de l'ecstasy, du LSD et de la cocaïne sont en hausse. Ces consommations restent cependant faibles relativement à celle du cannabis, puisque pour l'ecstasy, substance la plus expérimentée parmi ces trois produits, le pourcentage de consommateurs est d'environ 3 %.

### USAGE DE DROGUES ILLICITES AU COURS DE L'ANNÉE CHEZ LES LYCÉENS ÂGÉS DE 15 À 19 ANS (EN %)

PRODUIT	CADIS 1997	INRP 1998
	FRANCE ENTIÈRE (NBRE DE PERSONNES INTERROGÉES = 9919)	PARIS (NBRE DE PERSONNES INTERROGÉES = 875)
CANNABIS	29,8 %	34,4 %
COCAÏNE	1,9 %	0,8 %
HÉROÏNE	1,7 %	0,2 %
ECSTASY	-	1,5 %
ECSTASY OU LSD	3,4 %	-
HALLUCINOGÈNES	-	0,9 %
AMPHÉTAMINES	2,1 %	-
MÉDICAMENTS POUR SE DROGUER	-	-
PRODUITS À INHALER	5,7 %	1,0 %
AUTRE DROGUE	4,1 %	-
TOUTES SUBSTANCES	33,5 %	-

Source : CADIS 97 et INRP 98 (lycéens parisiens)



La consommation occasionnelle de boissons alcoolisées (jeunes consommant moins d'une fois par semaine et ayant connu moins de trois ivresses dans l'année) a peu évolué depuis le début des années 1990, mais on note une tendance à la hausse pour les consommations plus régulières. Dans l'enquête baromètre santé 1997/1998, un jeune sur quatre déclare consommer de l'alcool au moins une fois par semaine. Les ivresses répétées sont en hausse en province, où 27 % des jeunes ont connu au moins trois ivresses au cours de l'année, alors qu'ils n'étaient que 17 % dans ce cas en 1993.

Il y a de moins en moins de gros fumeurs (10 cigarettes par jour et plus) chez les jeunes, mais le nombre de fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour) est en augmentation. Environ un tiers des jeunes se rangeaient dans cette catégorie en 1997. Environ 30 % des jeunes ont consommé des médicaments psychotropes, même exceptionnellement, au cours de l'année 1997.

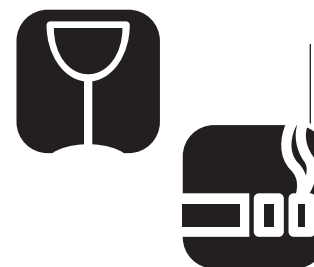
*Dans la plupart des cas, l'expérimentation chez les jeunes concerne deux ou trois produits (alcool, tabac, cannabis).*



Les jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse<sup>1</sup> ont globalement une consommation de substances psychoactives plus élevée que les autres. La proportion de ceux ayant consommé du cannabis pendant l'année était supérieure à 50 % contre un peu plus de 30 % au maximum chez les lycéens. Pour le tabac, on trouvait parmi ces jeunes 75 % de fumeurs réguliers chez les garçons et 81 % chez les filles. Leur consommation d'alcool est également plus souvent régulière que celle des lycéens.

#### Les polyconsommations chez les jeunes

Dans la plupart des cas, l'expérimentation chez les jeunes concerne deux ou trois produits (alcool, tabac, cannabis). Les expérimentateurs de cannabis et de tabac sont dans leur quasi-totalité également expérimentateurs d'une ou des deux autres substances. Parmi les expérimentateurs de cannabis, les trois quarts déclarent fumer, même de temps en temps, contre un quart chez les jeunes n'ayant jamais consommé de cannabis. Un peu plus d'un expérimentateur sur deux de cannabis déclare avoir bu au moins une fois par semaine au cours de l'année passée contre une personne sur cinq chez les non-consommateurs de cannabis. Chez les consommateurs réguliers de ces produits, la polyconsommation est également importante, mais se situe à



*Une consommation régulière des trois substances est déclarée par un jeune polyconsommateur sur six.*

#### CONSOMMATION RÉGULIÈRE DES DROGUES CHEZ LES ENTRANTS EN PRISON EN 1997 (EN % DU NOMBRE D'ENTRANTS)

- Alcool : **33 %**
- Cannabis : **25,6 %**
- Cocaïne ou crack : **8,9 %**
- Médicaments psychotropes : **20 %**
- Opiacés : **14,4 %**
- Tabac : **20 %**

Source : DREES

un niveau moindre que chez les expérimentateurs. Sur l'ensemble des consommateurs réguliers d'au moins une des trois substances, près de 30 % déclarent en consommer régulièrement deux ou trois, l'association la plus fréquente étant l'alcool et le cannabis (un polyconsommateur régulier sur trois), suivie par le tabac et le cannabis (un polyconsommateur régulier sur quatre). Une consommation régulière des trois substances est déclarée par un jeune polyconsommateur sur six.

#### QUELLE EST LA CONSOMMATION DES PERSONNES INCARCÉRÉES ?

Une enquête sur la santé des entrants en prison a été réalisée en 1997 au cours d'une période de trois mois (mai, juin et juillet) dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires ; la durée d'enquête a été modulée selon la taille de l'établissement. Cette enquête fournit des informations sur les consommations de substances psychoactives de l'ensemble de la population entrée en prison au cours de la période d'enquête. Un entrant sur trois a déclaré une consommation régulière de drogues illicites au cours des douze derniers mois précédant l'incarcération. 25 % des entrants ont mentionné une utilisation régulière et prolongée de cannabis, 14 % d'opiacés, 9 % de cocaïne ou de crack, 9 % de médicaments utilisés comme une drogue, 3 % des autres drogues (LSD, ecstasy, colle, solvants, etc.). La consommation de plus d'un produit est mentionnée par 15 % des entrants.

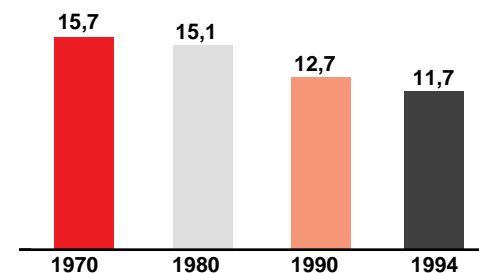
1. Il s'agit de jeunes sous mandat judiciaire confiés à la Protection judiciaire de la jeunesse soit parce qu'ils ont commis un acte de délinquance, soit parce qu'ils font l'objet d'une mesure de protection au titre de l'enfance en danger.

En ce qui concerne les autres substances psychoactives, il ressort de l'enquête que 33 % des entrants déclaraient avoir une consommation excessive régulière (supérieure ou égale à 5 verres par jour) et/ou discontinuée (supérieure ou égale à 5 verres consécutifs au moins une fois par mois). 10 % des entrants buvaient en excès régulièrement et 6 % associaient consommation excessive régulière et discontinuée. Parmi les personnes arrivant en prison, 80 % déclaraient fumer et 20 % des entrants consommaient tous les jours plus de 20 cigarettes. Près d'un entrant sur cinq disait suivre un traitement par médicaments psychotropes, essentiellement des anxiolytiques ou des hypnotiques.

### RÉSUMÉ

Les enquêtes menées auprès de la population française font apparaître que le cannabis est un produit expérimenté par un adulte de 18 à 44 ans sur quatre, et par plus d'un jeune de 15 à 19 ans sur trois. Aux alentours de 30 % des jeunes en ont consommé dans l'année passée. Cette consommation a augmenté au cours des années 1990. Les autres drogues illicites n'ont été expérimentées que par un nombre beaucoup plus restreint de personnes (les pourcentages dépassent rarement 1 à 2 %), nombre difficile à évaluer en raison de l'importance vraisemblable de la sous-déclaration. Les tendances sont plus difficiles à apprécier, mais on peut faire état de l'apparition et de l'extension de la consommation d'ecstasy chez les jeunes et d'une tendance à l'augmentation de l'usage de la cocaïne. Le nombre d'utilisateurs d'opiacés "à problèmes", évalué par d'autres méthodes, est estimé entre **140 000** et **170 000** personnes dans la seconde moitié des années 1990. L'expérimentation et l'usage de produits licites comme l'alcool et le tabac touchent des millions de personnes. En ce qui concerne, l'alcool, on peut estimer à 20 % de la population adulte le nombre de personnes qui boivent quotidiennement, et à 10 % le nombre de personnes qui en font une consommation "à risque" (dommages potentiels pour la santé, risque d'alcool-dépendance). Un peu plus d'un adulte sur dix consomme plus de 10 cigarettes par jour. Un adolescent sur quatre fume au moins 1 cigarette par jour.

### ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PUR (EN LITRES PAR HABITANT)



Source : L'alcool à chiffres ouverts.

*Malgré une tendance à la baisse, la France est classée parmi les trois premiers pays de l'Union européenne pour la consommation d'alcool pur par habitant.*



### QUELLES SONT LES QUANTITÉS DE DROGUES LICITES VENDUES ?

Les données présentées ici portent sur les quantités vendues sur le marché intérieur français. Dans les pays où les quantités produites et vendues en dehors des circuits officiels restent faibles, ces chiffres, rapportés au nombre d'habitants, fournissent une assez bonne indication sur l'évolution des consommations moyennes par habitant.

#### ALCOOL

La consommation annuelle estimée d'alcool pur par habitant (tous âges confondus) s'inscrit dans une tendance de long terme à la baisse (11,7 litres en 1994 contre 15,7 litres en 1970). Entre 1994 et 1996, d'après l'INSEE, la consommation d'alcool pur semble avoir continué à décroître, mais de façon très faible. Les chiffres récents comportent cependant des approximations et doivent être considérés avec prudence. Malgré cette tendance à la baisse, la France se classait en 1996 parmi les trois premiers pays de l'Union européenne pour la consommation d'alcool pur par habitant. Dans ce contexte de diminution globale de la consommation moyenne d'alcool, les Français ont modifié la structure de leur consommation entre 1970 et 1994, réduisant celle du vin, qui reste cependant majoritaire (60 % de la consommation d'alcool pur), au profit de la bière et des spiritueux (notamment le gin, le whisky et la vodka).

## TABAC

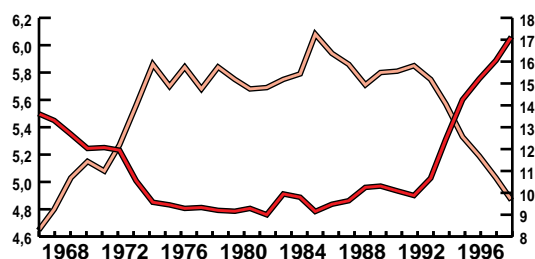
Depuis 1993, les ventes de cigarettes sont en régression, avec 83 milliards de cigarettes vendues en 1997 contre 93 milliards en 1993. La part des cigarettes représente 86 % de l'ensemble des quantités de tabac consommé, auxquels il faut ajouter le tabac à rouler, qui équivaut à 7,3 millions de cigarettes, ainsi que 1,5 million de cigares.

La diminution des ventes semble être fortement liée à l'action des pouvoirs publics menée au début des années 1990 (loi Évin adoptée en 1991, politique des prix). Les fortes augmentations des prix des cigarettes et du tabac à partir du début des années 1990, dues à l'augmentation des taxes, ont eu un impact non négligeable sur la consommation. Entre 1991 et 1996 le nombre de cigarettes consommées a baissé de 11 %, diminution partiellement compensée, il est vrai, par une augmentation de la consommation de tabac à rouler. Au total, la quantité de tabac fumé, sous toutes ses formes, a chuté de 8 % entre 1991 et 1996. On retrouve cette relation inverse entre le prix relatif<sup>1</sup> et la consommation de tabac sur l'ensemble de la période 1968-1997, comme le montre le graphique ci-contre.

## MÉDICAMENTS

La période 1991-1997 est marquée par une forte progression du volume des ventes des antidépresseurs<sup>2</sup> (+ 40 %), une progression modérée des ventes des hypnotiques<sup>3</sup> (+ 12 %) et une diminution de celles des anxiolytiques<sup>4</sup> (-9 %). Les ventes de neuroleptiques<sup>5</sup> se développent assez lentement, avec une augmentation de 3 % au cours de cette période. L'augmentation de la consommation des antidépresseurs semble très largement liée à l'arrivée sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseur.

### CONSOMMATION DE CIGARETTES ET PRIX RELATIF DU PAQUET



— Nombre de cigarettes consommées par jour et par personne de + de 15 ans  
— Prix relatif du paquet de cigarettes

Source : Seita, Insee

**Au total, la quantité de tabac fumé, sous toutes ses formes, a chuté de 8 % entre 1991 et 1996.**

1. Le prix relatif exprime le prix des cigarettes par rapport au niveau général des prix. Dans la période d'inflation de la fin des années 1970, le prix des cigarettes augmentait, mais moins vite que le prix des autres biens. En termes relatifs, le prix des cigarettes était en diminution.

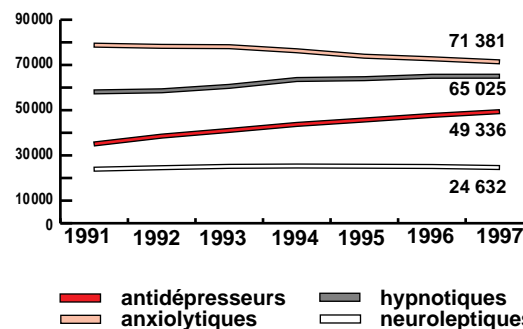
2. Médicament prescrit pour le traitement de la dépression.

3. Médicament qui provoque le sommeil, somnifère.

4. Médicament utilisé pour combattre l'anxiété.

5. Médicament essentiellement utilisé dans le traitement des psychoses.

### ÉVOLUTION DES VENTES DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (EN UNITÉS DE VENTE)



— antidépresseurs — hypnotiques  
— anxiolytiques — neuroleptiques

Source : Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques.

Les statistiques dont il est fait état ici portent sur des unités de vente, c'est-à-dire des nombres de boîtes vendues. La hausse des hypnotiques comptabilisés en unité de vente semble surtout due à une mise sur le marché de nouveaux conditionnements comprenant moins de comprimés. Les autres produits n'ont pas subi de modifications de conditionnement susceptibles d'entraîner une augmentation du nombre de boîtes vendues.

Les ventes des antidépresseurs représentaient en 1997 environ 51 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments psychotropes.

## RÉSUMÉ

Les quantités d'alcool vendues par habitant sont en diminution depuis plus de trente ans ; cette baisse est en grande partie liée à la moindre consommation quotidienne de vin de la population française. En revanche, les quantités d'alcool pur consommé sous forme de boissons fortement alcoolisées ont augmenté.

Les Français ont globalement diminué leurs achats de cigarettes depuis le début des années 1990, évolution qui semble fortement liée à celle des prix.

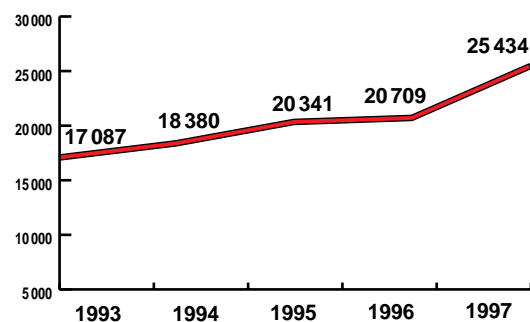
En ce qui concerne les médicaments, on note une forte tendance à l'augmentation des ventes des antidépresseurs alors que celles des anxiolytiques sont en baisse.

## COMBIEN D'USAGERS "À PROBLÈMES" SONT EN CONTACT AVEC LES INSTITUTIONS ?

### LES RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL POUR LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

En 1997, environ 60 000 recours aux structures spécialisées dans le traitement de la toxicomanie ont été recensés. Pour l'ensemble des structures sanitaires et sociales (structures spécialisées et établissements sanitaires et sociaux ayant pris en charge des usagers de drogues illicites), on ne dispose de données que pour le mois de novembre. La progression du nombre des recours est très rapide (novembre 1997 + 23 % comparé à novembre 1996 ; + 2 % comparé à novembre 1995). Une partie de ces variations est due aux fluctuations du nombre d'établissements ayant participé à l'enquête qui a diminué en 1996 et augmenté en 1997. À "champ constant", c'est-à-dire en observant les évolutions que sur les établissements présents dans l'enquête deux années de suite, les recours ont augmenté d'environ 10 % en 1997 et de 6 % en 1996. On notera cependant que ces chiffres présentent des possibilités de double compte (usagers vus par plusieurs centres spécialisés ou par plusieurs établissements sanitaires<sup>1</sup>). Le nombre d'usagers différents ayant eu recours au

### NOMBRE DE RECOURS AU MOIS DE NOVEMBRE (HORS DOUBLE COMPTE)



Source : DREES

système sanitaire et social dans l'année et au mois de novembre est inférieur aux chiffres cités sans que l'on puisse dire précisément de combien.

Les trois quarts des personnes ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1997 sont dépendantes aux opiacés, principalement à l'héroïne. Une grande majorité de ces usagers étaient en 1997 sous traitement de substitution<sup>2</sup> (69 % pour les usagers dépendants des opiacés). Le développement des traitements de substitution a joué un rôle important dans la croissance du nombre de recours au système sanitaire et social dans les années récentes.

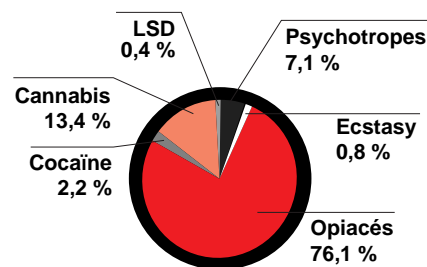


Les trois quarts des personnes ayant eu recours au système sanitaire et social en novembre 1997 sont dépendantes aux opiacés, principalement à l'héroïne.

1. Les doubles comptes résultant d'une prise en charge simultanée, au cours de la période d'enquête, par une structure spécialisée et un établissement sanitaire ou social sont en revanche éliminés.

2. Voir chapitre traitements de substitution dans le livret Drogues et usage : dispositifs publics.

### RÉPARTITION PAR PRODUIT PRINCIPAL DE DÉPENDANCE DES RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL EN NOVEMBRE 1997



Source : DREES

Entre 1995 et 1998, le nombre de recours des usagers de drogues illicites auprès des médecins généralistes a augmenté d'environ 50 %. Le nombre de médecins déclarant recevoir des usagers de drogues est en revanche resté stable.



Dans un peu plus de la moitié des recours, une dépendance à deux produits est déclarée. La cocaïne est le deuxième produit de dépendance le plus souvent cité (20 % des cas où deux produits sont déclarés), suivie par le cannabis (19 %) et l'alcool (16 %). Les benzodiazépines\* arrivent en quatrième position (12,5 %). Les chiffres sur les recours présentés ci-dessus ne comprennent pas la prise en charge des usagers de drogues par la médecine de ville. Une enquête spécifique menée en 1998 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes estimait à environ 300 000 le nombre de recours des usagers de drogues illicites auprès de ces praticiens en 1997, soit en moyenne près de 6 patients usagers de drogues par médecin. Ce chiffre, qui reste une estimation, comprend de nombreux doubles comptes (usagers de drogues vus par plusieurs médecins) et surestime le nombre d'usagers différents vus par les médecins généralistes. L'intérêt de l'enquête réside donc non pas dans l'observation du nombre absolu des recours, mais dans la possibilité de suivi des tendances grâce aux comparaisons avec une enquête antérieure. Entre 1995 et 1998, le nombre de recours des usagers de drogues illicites auprès des médecins généralistes a augmenté d'environ 50 %. Le nombre de médecins déclarant recevoir des usagers de drogues est en revanche resté stable.

\* Composé chimique exerçant une action pharmacologique anxiolytique et hypnotique.

### LES RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL POUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

En 1997, les structures de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ayant répondu au questionnaire envoyé par la Direction générale de la santé (201 sur 227 entités juridiques) ont recensé près de 94 000 personnes venues les consulter, dont 85 % de "buveurs" (environ 80 000 personnes en 1997) et 15 % de "proches des buveurs". À champ constant, le nombre de consultants a augmenté de 9,6 % en 1997 (2,5 % en 1996). Sur l'ensemble des consultants de 1997, 50 % consultaient pour la première fois et 20 % ne sont venus qu'une fois ; les "nouveaux consultants buveurs" représentaient près de 43 % de l'ensemble des consultants. Ces proportions ont peu varié depuis 1994. Les deux tiers des "nouveaux consultants buveurs" sont perçus comme alcoolo-dépendants (soit environ 27 000 personnes en 1997), un peu plus de 20 % comme des buveurs excessifs et 13 % comme des buveurs occasionnels, cette dernière catégorie étant recrutée essentiellement par l'alcoolémie

routière. La proportion d'alcoolo-dépendants a tendance à augmenter d'année en année et celle des buveurs excessifs à régresser. Le dispositif spécialisé s'adresse majoritairement et de plus en plus aux personnes les plus en difficulté avec l'alcool.

Les chiffres qui viennent d'être cités ne doivent pas faire oublier que le nombre de personnes traitées dans le système spécialisé reste très faible relativement aux 3,3 millions de personnes identifiées dans les enquêtes comme consommateurs "à problèmes".

### NOMBRE DE CONSULTANTS DANS LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

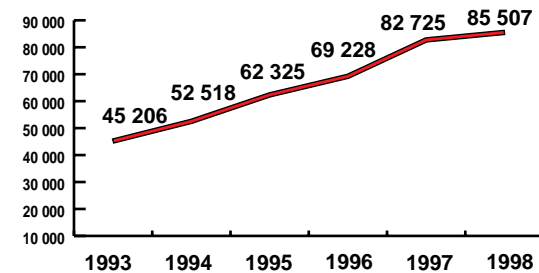
1994 : **86 500**

1997 : **93 900**

Source : DRESS

**Le nombre de consultants a augmenté de 9,6 % en 1997 (2,5 % en 1996).**

### NOMBRE D'USAGERS DE DROGUES ILLICITES INTERPELLÉS



Source : OCRTIS

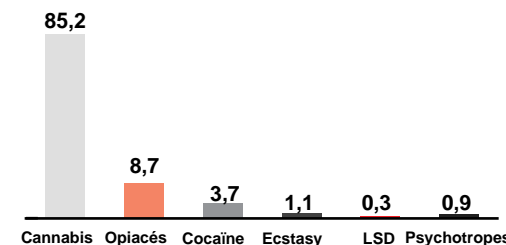
### LES INTERPELLATIONS POUR USAGE ET USAGE REVENTE DE DROGUES ILLICITES

En 1998, un peu plus de 85 000 usagers (usagers simples et usagers revendeurs) ont été interpellés par les services de police et de gendarmerie. La croissance du nombre d'usagers interpellés a été modérée en 1998 (+ 3,4 %) après avoir été particulièrement forte en 1997 (+ 20 %). Cette augmentation globale est essentiellement liée à la croissance des interpellations des usagers simples de cannabis.

Pour la très grande majorité des personnes interpellées en 1998, le produit en cause est le cannabis. Les interpellations pour usage d'un produit autre que le cannabis et l'héroïne représentent une faible proportion de l'ensemble des interpellations.

Au cours des cinq dernières années, le nombre d'usagers de cannabis interpellés a été multiplié par 2,5 alors que le nombre d'usagers d'héroïne a été divisé par deux. Les interpellations d'usagers de cocaïne ont beaucoup progressé en 1997 et 1998.

### RÉPARTITION PAR PRODUIT DES INTERPELLATIONS POUR USAGE ET USAGE REVENTE EN 1998



Source : OCRTIS

## RÉSUMÉ

60 000 usagers de drogues illicites ont eu recours aux structures spécialisées de soins aux toxicomanes en 1997. Les trois quarts de ces recours étaient liés à la consommation d'héroïne. Le cannabis est mentionné dans un peu plus de 20 % des recours (en premier ou deuxième produit à l'origine de la prise en charge) et la cocaïne dans un peu plus de 10 %, la plupart du temps en produit associé. La polydépendance (deux produits à l'origine de la prise en charge) apparaît dans un recours sur deux.

Les services de police et de gendarmerie ont interpellé un peu plus de 85 000 usagers en 1998, dont 85 % pour usage de cannabis, environ 9 % pour usage d'héroïne et près de 4 % pour usage de cocaïne. Les interpellations pour usage de cannabis ont fortement augmenté depuis le début des années 1990, celles pour usage d'héroïne ont en revanche baissé de moitié depuis 1995. Les interpellations pour usage de cocaïne sont actuellement en augmentation.

Près de 80 000 buveurs ont eu recours aux structures spécialisées de lutte contre l'alcoolisme en 1997 ; la moitié concernait de nouveaux consultants. Environ 23 000 alcoolo-dépendants se sont adressés pour la première fois à ces structures en 1997.

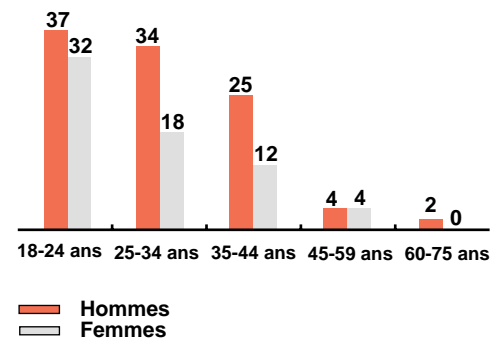
## LES DONNÉES DES ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

À travers ces enquêtes, ce sont le plus souvent les caractéristiques de l'ensemble des usagers qui sont décrites, qu'ils soient expérimentateurs, occasionnels, réguliers ou dépendants. Les caractéristiques propres à chaque sous-groupe peuvent rarement être retracées.

### CANNABIS

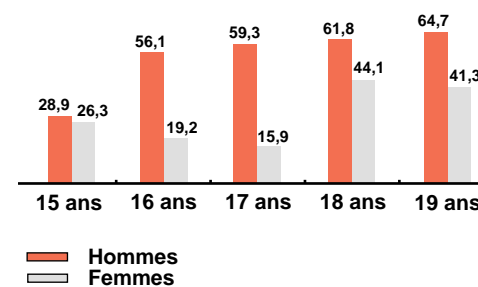
L'usage de cannabis est une consommation à forte prédominance masculine chez les adultes et chez les jeunes. Cette consommation diminue rapidement avec l'âge chez les adultes. À partir de 16 ans, plus de la moitié des garçons ont fumé plus de 10 fois du cannabis dans leur vie, les filles restant peu consommatrices. Les résultats de l'enquête Baromètre santé adulte 95/96 montrent que la consommation de drogues illicites (cannabis essentiellement) augmente avec le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle, les personnes les plus favorisées étant relativement plus consommatrices. Ce résultat doit cependant être nuancé compte tenu d'une éventuelle sous-représentation des personnes défavorisées dans l'échantillon et d'une possible sous-déclaration de ces produits chez les plus défavorisés.

### USAGE DE CANNABIS AU COURS DE LA VIE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Source : Baromètre santé adultes 95/96

### PROPORTION DE CONSOMMATEURS DE CANNABIS EN AYANT PRIS PLUS DE 10 FOIS AU COURS DE LEUR VIE



Source : Baromètre santé jeunes 97/98

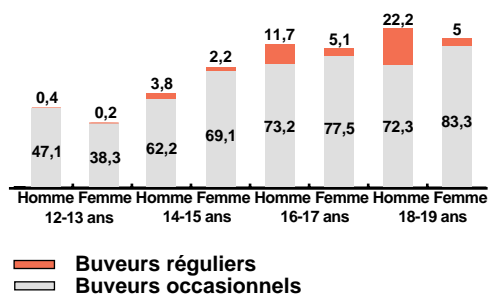
**ALCOOL**

La consommation d'alcool est également surtout masculine. Les hommes représentent 75 % des consommateurs quotidiens de l'enquête du Baromètre santé adulte 95/96. 14 % des hommes peuvent être considérés comme consommateurs à risque contre 3 % des femmes. Les trois quarts des personnes ayant déclaré une ivresse au cours des douze derniers mois ainsi que 80 % des personnes reconnaissant avoir conduit en état d'ivresse sont des hommes.

Globalement, la consommation d'alcool augmente avec l'âge. Cette relation s'observe en fait surtout chez les consommateurs de vin. La consommation d'alcool fort varie peu avec l'âge, celle de la bière augmente jusqu'à 30-39 ans chez les hommes puis décroît ensuite.

Dans les enquêtes en population générale, la consommation d'alcool n'apparaît pas liée de façon très nette à la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de revenu des consommateurs chez les hommes. Cette liaison est en revanche très apparente chez les femmes. Les femmes au revenu plus élevé consomment plus d'alcool que les femmes à revenu modeste.

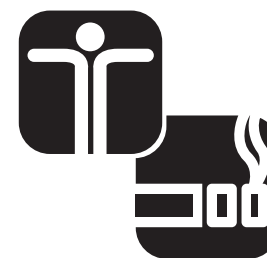
Chez les jeunes, les garçons deviennent plus consommateurs d'alcool que les filles à partir de 18 ans. Ils se distinguent de celles-ci par une plus forte proportion de consommateurs réguliers.

**CONSOMMATION D'ALCOOL  
CHEZ LES JEUNES DE 12 À 19 ANS  
SELON LE SEXE ET L'ÂGE  
(EN POURCENTAGE)**


Source : Baromètre santé jeunes 97/98



Globalement,  
la consommation d'alcool  
augmente avec l'âge.



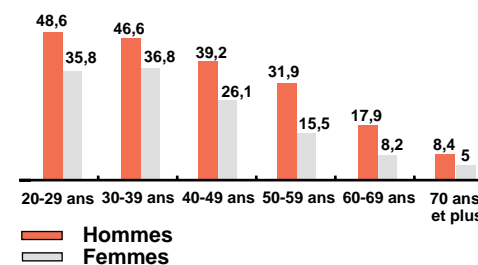
En 1998, plus d'un homme sur trois est fumeur, contre une femme sur cinq.

**TABAC**

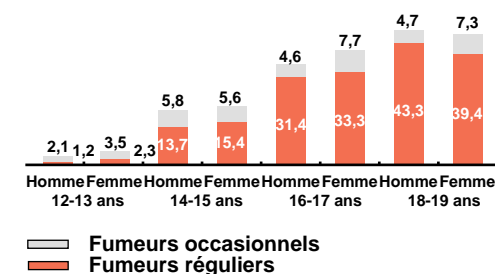
Le nombre d'hommes consommant du tabac reste supérieur à celui des femmes. Le nombre de fumeuses est cependant en augmentation. En 1998, plus d'un homme sur trois est fumeur, contre une femme sur cinq. La proportion de fumeuses est en augmentation sensible depuis le début des années 1980 (17 % en 1980, 20 % en 1991 et 21 % en 1998). Cette progression s'observe chez les femmes pour toutes les classes d'âge. Les écarts entre hommes et femmes sont plus importants dans les tranches d'âges plus élevées.

Chez les jeunes, le pourcentage de fumeurs n'est pas significativement différent entre les filles et les garçons.

De ce point de vue, le tabac se différencie nettement des drogues illicites et de l'alcool, substances que les garçons sont bien plus nombreux à déclarer consommer que les filles.

**PROPORTION DE FUMEURS  
PAR SEXE ET ÂGE EN 1998**


Source : INSEE 1998

**CONSOMMATION DE TABAC SELON  
LE SEXE ET L'ÂGE CHEZ LES JEUNES  
ÂGÉS DE 12 À 19 ANS  
(EN POURCENTAGE)**


Source : Baromètre santé jeunes 97/98

### MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Cette catégorie de produits est la seule pour laquelle les femmes se révèlent nettement plus consommatrices que les hommes, l'écart s'amplifiant avec l'âge.

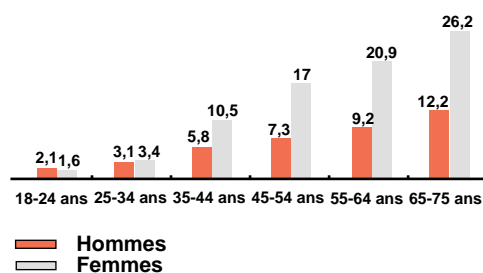
**Comme chez les adultes, la consommation des médicaments psychoactifs est à forte prédominance féminine chez les jeunes.**

D'après les chiffres du Baromètre santé jeune 97/98, la proportion de consommateurs de ces produits est de 11 % chez les filles contre 5,9 % chez les garçons. Cette différence se manifeste quel que soit l'âge des jeunes. On constate dans toutes les enquêtes que les filles sont au moins deux fois plus consommatrices de médicaments psychoactifs que les garçons.



*Les filles sont au moins deux fois plus consommatrices de médicaments psychoactifs que les garçons.*

### POURCENTAGE DE PERSONNES AYANT CONSOMMÉ DES SOMNIFÈRES OU DES TRANQUILLISANTS DANS LES SEPT DERNIERS JOURS SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Source : Baromètre santé adultes 95/96

### RÉSUMÉ

Les consommateurs de cannabis, tels qu'ils apparaissent dans les enquêtes, sont très majoritairement des hommes. La consommation de ce produit diminue rapidement avec l'âge, tout particulièrement chez les femmes. L'alcool est également une consommation essentiellement masculine, qui augmente avec l'âge pour une boisson comme le vin et diminue pour les autres boissons. Les fumeurs de cigarettes sont plus souvent de sexe masculin, mais la proportion de femmes fumeuses a beaucoup augmenté depuis vingt ans alors que celle des hommes diminuait. Chez les jeunes, la consommation de cigarettes est peu différente entre garçons et filles. Les médicaments psychoactifs sont le seul produit pour lequel la proportion de consommateurs est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quelles que soient les tranches d'âge considérées. La consommation de médicaments psychoactifs augmente avec l'âge.



## LES USAGERS VUS PAR LES INSTITUTIONS

### LES CONSOMMATEURS DE PRODUITS ILLICITES

Les consommateurs de drogues illicites vus par les institutions sont, à une très forte majorité, de sexe masculin. La part des hommes est particulièrement élevée chez les usagers interpellés (91 % en 1998) et progresse lentement depuis le début des années 1970. Le pourcentage que représentent les hommes parmi les usagers décédés par surdose, qui oscille entre 80 % et 85 % depuis la fin des années 1980, atteint 87 % en 1998.

Les personnes condamnées pour usage illicite de stupéfiants sont à 90 % des hommes en 1996<sup>1</sup>.

Les femmes représentent un pourcentage plus important chez les personnes fréquentant le système sanitaire et social (23 % des recours en 1997).

La part des hommes est néanmoins en progression depuis la fin des années 1980, avec une augmentation de 73 % à 77 % de l'ensemble des recours entre 1989 et 1997.

On peut distinguer, du point de vue de l'âge, deux groupes qui apparaissent aussi bien chez les usagers interpellés que chez les personnes ayant recours au système sanitaire et social :

- les usagers d'opiacés, essentiellement d'héroïne, ont un âge moyen situé entre 28 et 30 ans. Cet âge moyen est en augmentation chaque année. Les usagers de cocaïne et de crack interpellés ou ayant

### ÂGE DES USAGERS SELON LE PRODUIT EN CAUSE

RECOURS AUX SOINS	1997
HÉROÏNE	30,3
COCAÏNE	29,4
CANNABIS	25,5
ECSTASY	22,8

Source : DREES

INTERPELLATIONS	1998
HÉROÏNE	27,8
COCAÏNE	29,2
CANNABIS	21,8
ECSTASY ET DES AMPHÉTAMINES	23

Source : OCRITIS

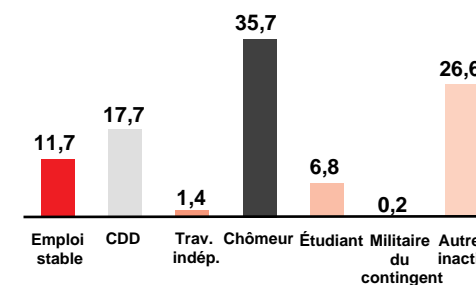
recours aux soins, en nombre plus faible, ont un âge qui les rattache aux usagers d'opiacés ;

- les usagers de cannabis, dont l'âge se situe autour de 22 ans pour les interpellations et de 25 ans pour les recours. L'âge moyen des usagers d'ecstasy vus par les institutions est comparable à celui des usagers de cannabis.

Parmi les personnes prises en charge en novembre 1997 dans le système sanitaire et social, on comptait 69 % de personnes "inactives", catégorie regroupant selon la nomenclature de l'enquête, les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs.

Cette répartition est restée assez stable depuis la fin des années 1980. Le partage entre actifs et inactifs en novembre 1989 et novembre 1992 est identique à celui de 1997.

### ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES USAGERS AYANT EU RECOURS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL EN NOVEMBRE 1997



Source : DREES

1. Derniers chiffres connus.

Parmi les usagers interpellés, on trouve, en utilisant la même définition que dans l'enquête de novembre, une proportion de 67 % "d'inactifs", répartis en 41 % de sans profession déclarée et 26 % d'étudiants. Le partage entre actifs et inactifs est donc assez semblable d'après ces deux sources, les étudiants étant en revanche beaucoup plus représentés parmi les usagers interpellés.

Entre 1997 et 1998, la part des "sans profession" dans les usagers interpellés a chuté de 58 % à 41 % et celle des étudiants a augmenté de 18 % à 26 %. Entre 1993 et 1998, l'essentiel de l'augmentation des interpellations des usagers est lié à la croissance des interpellations des étudiants (+ 19 000), des ouvriers (+ 11 000), des "sans profession déclarée" (+ 4 266) et des employés (+ 3 224).

### LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL

Près des deux tiers des nouveaux consultants des différentes structures du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme ont un âge compris entre 30 et 50 ans. Les 20-39 ans représentent 45 % des consultants, les 40-59 ans 47 % et les 60 ans et plus près de 6 %. La structure par âge n'a pas connu de modifications importantes depuis quelques années.

On note toutefois une légère tendance au vieillissement de cette population.

Les personnes en contact avec le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme sont des hommes pour plus des trois quarts. Cette répartition est restée stable ces dernières années.

Plus de la moitié des consultants sont sans activité stable. Parmi ceux qui sont en âge ou en situation de travailler, 36 % n'ont pas d'activité professionnelle régulière. Un peu plus de 12 % des nouveaux consultants n'ont pas de domicile stable.



*Un peu plus de la moitié des nouveaux consultants dans le dispositif spécialisé ont plus de 39 ans.*



### RÉSUMÉ

La proportion d'hommes parmi les usagers pris en charge par le système sanitaire et social est d'environ **75 %** et atteint plus de **90 %** chez les usagers de cannabis interpellés.

L'âge des usagers de produits illicites vus par les institutions se différencie suivant les produits consommés. Les usagers d'héroïne et de cocaïne pris en charge dans le système sanitaire et social ou interpellés par les services de police ont en moyenne entre **28** et **30** ans ; leur âge moyen s'accroît d'année en année. À l'inverse, les usagers de cannabis et les usagers d'ecstasy vus par ces institutions sont plus jeunes (entre **22** et **25** ans) ; leur âge moyen a tendance à diminuer, tout du moins dans les interpellations.

On trouve une majorité d'inactifs (chômeurs, sans profession) parmi les usagers de drogues vus par les institutions. Parmi les usagers interpellés on trouve cependant une plus grande proportion de sans profession et beaucoup plus d'étudiants que parmi les usagers pris en charge par le système sanitaire et social.

Comme pour les usagers de drogues illicites, les trois quarts des personnes prises en charge par les structures spécialisées de lutte contre l'alcoolisme sont des hommes. On trouve parmi eux environ une moitié de personnes sans activité. Ils sont en moyenne plus âgés que les usagers de drogues illicites.

## QUEL EST LE NOMBRE D'USAGERS MALADES ?

### LES MALADIES LIÉES À L'USAGE DES DROGUES ILLICITES

Seules les infections liées au sida et à l'hépatite C sont renseignées et surveillées de façon continue.

### PRÉVALENCE\* DÉCLARÉE DU VIH DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS\*\* (EN POURCENTAGE)

ENSEMBLE DES USAGERS	1993	1994	1995	1996	1997
% DES SÉROPOSITIFS VIH	14,3-20,3	14,8-19,8	13,2-17,2	11,8-15,3	12,1-15,8
% DE STATUT VIH INCONNU	33,6	31,2	26,4	24,9	27,2
USAGERS INJECTEURS					
% DE SÉROPOSITIFS VIH	ND	18-23	16-20	15-18	15,5-18,3
% STATUT VIH INCONNU	ND	ND	ND	ND	17,3

Source : DREES  
ND : non disponible

Note : la valeur supérieure est calculée en rapportant le nombre de séropositifs à l'ensemble des personnes dont le statut sérologique est connu. La valeur inférieure est calculée en rapportant le nombre de séropositifs à l'ensemble des personnes ayant répondu à la question (y compris les personnes dont le statut est inconnu).

## PRÉVALENCE DÉCLARÉE DU VIH

CHEZ LES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS DE SOINS AUX TOXICOMANES EN NOVEMBRE 1997

31% CORSE

21% PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

19% ÎLE-DE-FRANCE

5% ALSACE

4,5% BASSE-NORMANDIE

4% PICARDIE

3% LORRAINE

3% NORD - PAS-DE-CALAIS

3% CHAMPAGNE-ARDENNES

La prévalence du VIH chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés\*\* a nettement diminué entre 1994 et 1996 et semble s'être stabilisée en 1997.

L'ampleur de l'épidémie diffère selon les régions : en 1997, la prévalence du VIH parmi les recours du mois de novembre dans les centres spécialisés était particulièrement élevée en Corse (31 %), dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (21 %) et en Île-de-France (19 %). Elle était plus faible que la moyenne nationale en Lorraine (3 %), Nord - Pas-de-Calais (3 %), Champagne-Ardennes (3 %), Picardie (4 %), Basse-Normandie (4,5 %) et Alsace (5 %).

En ce qui concerne l'âge, la prévalence est de 7,9 % pour les 25-29 ans contre 16-19 % pour les 30-34 ans, et 27 % chez les usagers âgés de plus de 35 ans, avec des proportions de sérologies inconnues peu différentes entre ces groupes d'âge. La prévalence tend naturellement à augmenter avec l'âge, la durée d'exposition au risque d'infection devenant plus longue. Cependant, la moindre prévalence chez les plus jeunes est sans doute aussi le résultat d'une plus faible exposition au risque d'infection chez les personnes ayant commencé l'usage de drogues illicites depuis le début des années 1990, en raison des mesures de réduction des risques (meilleur accès au matériel d'injection stérile, messages de prévention incitant à ne pas partager ce matériel avec d'autres usagers).

Pour les premiers recours aux centres spécialisés, selon la même enquête, la prévalence du VIH est comprise entre 7 % et 11 %.

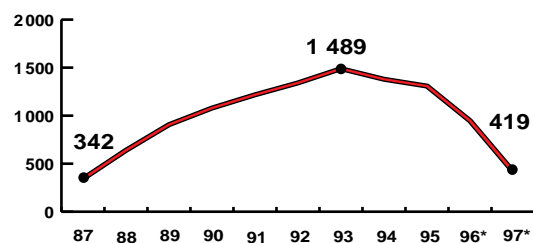
\*Prévalence : nombre de cas enregistrés, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

\*\*Centres spécialisés : CSST, CHRS spécialisés dans l'accueil des usagers de drogue.

### Les nouveaux cas de sida

Le nombre de nouveaux cas de sida est en diminution chez les usagers de drogues. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. Au premier semestre 1998, le nombre total de nouveaux cas semble cependant s'être stabilisé. On enregistre une baisse similaire des nouveaux cas de sida chez les homosexuels, laquelle semblerait se poursuivre au premier semestre 1998. Les nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels sont également en diminution, mais à un rythme moins rapide que chez les usagers de drogues et les homosexuels, chez lesquels la diffusion de l'infection a connu un pic au milieu des années 1980. L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues.

### NOUVEAUX CAS DE SIDA DÉCLARÉS (SIDA CHEZ LES USAGERS DE DROGUES)



\*Données redressées

Source : IVS (ex RNSP)

### La prévalence de l'hépatite C (VHC)

Elle se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celle du VIH. Les trop rares enquêtes dans lesquelles les sérologies déclarées ont pu être vérifiées par des tests biologiques, confirment ce haut niveau de prévalence (autour de 60 %), en particulier chez les usagers pratiquant ou ayant pratiqué l'injection par voie intraveineuse. Cette forte prévalence du VHC, qui ne se transmet apparemment que par voie sanguine, s'explique par différents facteurs : la plus forte charge virale du VHC, une plus forte résistance du virus en milieu extérieur, qui favorise et accélère sa transmission même dans les cas de partage occasionnel des seringues et du matériel d'injection. L'ancienneté de l'épidémie, demeurée inconnue plus longtemps que le VIH,

### PRÉVALENCE DÉCLARÉE DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS DE SOINS AUX TOXICOMANES EN NOVEMBRE 1997

63 % CORSE

60 % LANGUEDOC-ROUSSILLON

59 % ÎLE-DE-FRANCE

58 % ALSACE

40 % BRETAGNE, CHAMPAGNE-ARDENNE, PICARDIE ET LORRAINE

contribue avec les autres facteurs à renforcer le caractère massif de l'épidémie. Les caractéristiques même du virus et de l'épidémie ont rendu les mesures de réduction des risques beaucoup moins efficaces que pour le VIH. La prévalence déclarée du VHC est en augmentation depuis 1993, date à laquelle a été introduite la question sur le VHC dans l'enquête de novembre. Cette évolution pourrait cependant être en partie la conséquence d'une meilleure connaissance de leur statut sérologique par les usagers de drogues. Il existe également des disparités régionales importantes pour la prévalence du VHC. D'après les résultats de l'enquête de novembre 1997, celle-ci est élevée en Corse (63 %), dans le Languedoc-Roussillon (60 %), en Ile-de-France et en Alsace (59 et 58 %). En revanche, on trouve une prévalence inférieure à 40 % en Bretagne, Champagne-Ardenne, Picardie et Lorraine.

### PRÉVALENCE DÉCLARÉE DU VHC DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS (EN POURCENTAGE)

ENSEMBLE DES USAGERS	1993	1994	1995	1996	1997
% SÉROPOSITIFS VHC	41-ND	43,5-66,4	45,7-65,5	48-64,8	52,3-66,3
% DE STATUT VHC VHC INCONNU	59	49,5	40,7	35,5	34,7
USAGERS INJECTEURS					
% DE SÉROPOSITIFS VHC	ND	51-81	53-70	57-69	62-70
% STATUT VHC INCONNU	ND	ND	ND	ND	24,8

Source : DREES

Note : Dans le cas du VHC, la valeur inférieure correspond au rapport du nombre de séropositifs sur l'ensemble des recours pour lesquels le statut sérologique est connu (séropositifs et séronégatifs). Pour le calcul de la valeur supérieure, le nombre de séropositifs est rapporté à l'ensemble des personnes ayant répondu à l'enquête.

### Les autres aspects de la morbidité liée à l'usage des produits illicites

L'hépatite B : compte tenu de la multiplicité des situations sérologiques possibles pouvant être rencontrées au cours des infections par le VHB (hépatite aiguë, hépatite ancienne guérie, sujet vacciné, portage chronique), la prévalence déclarée du VHB ne fournit pas des informations facilement interprétables et utilisables en termes de santé publique. Les autres aspects de la morbidité des usagers de drogues sont moins bien connus et peu mesurés ou de façon très hétérogène. Les médecins interrogés dans l'étude réalisée par la société EVAL rapportent des cas de tuberculose chez 2 % de leurs patients usagers des drogues et chez 8 % d'entre eux de maladies sexuellement transmissibles. Les septicémies sont mentionnées par 5 % des usagers dans l'enquête menée par l'Institut de recherche sur les pharmacodépendances (IREP), les infections veineuses dans 14 % des cas dans l'étude de l'Association réseau de soins 92 et plus généralement des antécédents d'infection dans 23 % des cas dans l'étude sur l'hépatite C coordonnée par l'association Généraliste et

*toxicomanie* 69. Les problèmes dentaires sont la préoccupation la plus fréquemment mentionnée par les usagers rencontrés dans la rue dans l'enquête IREP (52 % des cas). Surdoses, tentatives de suicide et problèmes psychiatriques sont des traits importants de la morbidité des usagers de drogues les plus dépendants, aspects que nous ne sommes pas à même de mesurer de façon précise et suivie.

### LES MALADIES DIRECTEMENT LIÉES À L'ALCOOL

D'après une enquête du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), 13 % de l'ensemble des personnes présentes en hospitalisation complète un jour moyen<sup>1</sup> durant les années 1991-1992, soit 59 000 patients, souffraient d'alcoolisme, qu'elles aient été hospitalisées explicitement pour ce motif (13 500 patients) ou pour un autre. Les maladies principales liées à l'alcoolisme sont des troubles mentaux (29 %), des tumeurs (12 %), des maladies de l'appareil circulatoire (12 %), des traumatismes ou empoisonnements (8 %) et des maladies de l'appareil digestif (8 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire et du système nerveux. Un patient hospitalisé pour alcoolisme souffre en moyenne de plus de trois maladies (y compris la maladie principale liée à l'alcool).

On ne recense pas les personnes hospitalisées pour tabagisme.



Un patient hospitalisé pour alcoolisme souffre en moyenne de plus de trois maladies.



Le rapport Reynaud-Parquet conclut, à partir de l'ensemble des données disponibles, que chez les hommes 10 % des séjours en milieu hospitalier sont liés aux complications de l'alcoolisme. Cette proportion est de 5 % chez les femmes. La consommation nocive d'alcool, demandant un traitement, toucherait 20 % à 30 % des hommes hospitalisés et 10 % des femmes<sup>2</sup>.

En ce qui concerne la médecine de ville, il ressort des enquêtes menées au début des années 1990 que les patients ayant un risque alcoolique et/ou souffrant déjà d'une pathologie liée à l'alcool représentaient environ 20 % des consultants en médecine générale<sup>3</sup>.

### LES MALADIES DIRECTEMENT LIÉES AU TABAC

On ne recense pas les personnes hospitalisées pour tabagisme. Le tabagisme est signalé comme facteur de risque et non comme diagnostic associé. D'après l'enquête du CREDES, ce facteur concernait 16 % des personnes en hospitalisation complète un jour donné. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les personnes à risque tabagique de 40 ans et plus sont les maladies de l'appareil circulatoire (22 %), les troubles mentaux (15 %), les maladies de l'appareil respiratoire (12 %) et les tumeurs (8 %). Ces personnes sont plus souvent hospitalisées pour une tumeur ou une maladie de l'appareil respiratoire que celles du même âge sans risque tabagique.

1. L'enquête s'est déroulée sur une durée d'un an et a permis de constituer un échantillon de plus de 4 600 hospitalisés représentatifs de la population présente un jour moyen de l'année en hospitalisation complète en France métropolitaine, que ce soit en court, moyen ou long séjour ou en psychiatrie.

2. La proportion de personnes traitées pour des complications de l'alcoolisme ne s'additionne pas avec la proportion de personnes qui devraient être traitées pour leur dépendance à l'alcool. Ces deux chiffres mettent justement l'accent sur le fait qu'on peut être pris en charge pour les conséquences de l'alcoolisme sans pour autant être traité pour sa dépendance à l'alcool.

3. Reynaud M., Parquet Ph.J., Évaluation des dispositifs de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool, rapport de la mission, Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, novembre 1997.

## RÉSUMÉ

La prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues pris en charge par les centres spécialisés se situait entre 12 % et 16 % en 1997 et atteignait 18 % à 20 % chez les usagers utilisant l'injection intraveineuse. Ces chiffres sont restés stables entre 1996 et 1997, stabilité difficile à interpréter, différents facteurs intervenant de façon contradictoire dans la détermination de la prévalence du VIH. Le nombre de nouveaux cas de sida est en diminution chez les usagers de drogues depuis 1993. La chute a été particulièrement prononcée en 1996 et 1997. L'efficacité des traitements par association de plusieurs antirétroviraux explique en grande partie la diminution des nouveaux cas de sida dans tous ces groupes de transmission et particulièrement chez les usagers de drogues.

La prévalence déclarée du virus de l'hépatite C se situait entre 52 % et 66 % chez les usagers de drogues pris en charge dans les centres spécialisés en 1997. Chez les usagers injecteurs, la prévalence déclarée se situait entre 66 % et 70 %. Les autres aspects de la morbidité des usagers de drogues sont aujourd'hui difficiles à appréhender par les chiffres. Pour le VIH comme pour l'hépatite on note d'importantes disparités de prévalence entre régions.

Chez les hommes, environ 10 % des séjours en milieu hospitalier sont liés aux complications de l'alcoolisme. Cette proportion est de 5 % chez les femmes. La consommation nocive d'alcool, demandant un traitement, toucherait 20 % à 30 % des hommes hospitalisés et 10 % des femmes.

Le tabagisme était mentionné comme facteur de risques dans 16 % des hospitalisations au début des années 1990.

## LA MORTALITÉ LIÉE À L'USAGE DES DROGUES

### LA MORTALITÉ LIÉE À L'USAGE DES DROGUES ILLICITES

Seules la mortalité par surdose et celle due au sida des usagers de drogues par voie intraveineuse sont renseignées et surveillées de façon continue.

Entre 1994 et 1998, le nombre de surdoses mortelles a fortement diminué, passant de 564 à 143.

Parmi les facteurs permettant d'expliquer cette évolution, on peut citer la mise en place des politiques de substitution et de réduction

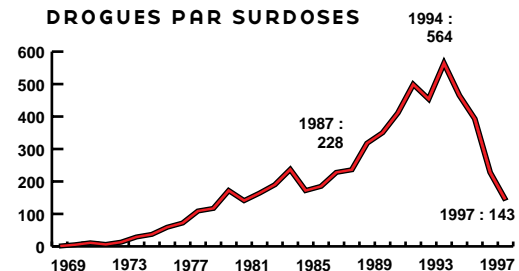
des risques ainsi que la tendance à la désaffection des usagers de drogues à l'égard de l'héroïne.

L'âge moyen des personnes décédées à la suite d'une surdose était de 30 ans en 1998, contre 25 en 1986.

La surdose mortelle reste majoritairement consécutive à une prise d'héroïne, mais les décès liés aux polyconsommations (prises combinées d'héroïne, d'alcool et de médicaments notamment) représentent une part de plus en plus importante des morts par surdose. Les décès par surdose en 1998 sont attribués pour 64 % à l'héroïne et près de 29 % aux médicaments, cette dernière proportion étant en nette augmentation par rapport au début des années 1990 (environ 7 % en 1990 et 1991). Parmi les 41 cas de décès liés aux médicaments enregistrés par l'OCRTIS en 1998, la présence de Subutex® est mentionnée dans 13 cas, celle de Tranxène® dans 6 cas, celle de Skénan® dans 5 cas, et celle de Rohypnol® et de méthadone dans 4 cas chacun.

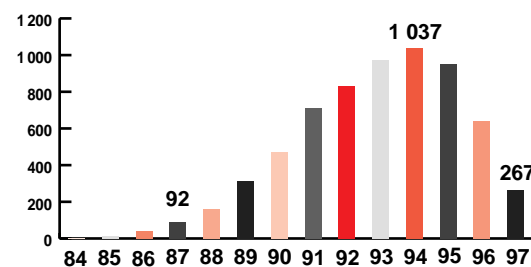
En 1998, les décès par surdose sont concentrés dans un nombre limité de départements : Paris, le Nord, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, le Val-d'Oise, l'Essonne, les Bouches-du-Rhône et le Rhône représentent environ 70 % de l'ensemble des décès par surdose. La baisse des décès par sida, observée dans les mêmes proportions pour tous les malades (non-usagers de drogues compris), s'explique en grande partie par l'utilisation des nouveaux traitements.

### DÉCÈS DES USAGERS DE DROGUES PAR SURDOSES



Source : OCRTIS

### DÉCÈS PAR SIDA DES USAGERS DE DROGUES



Source : IVS (ex RNSP)

## LA MORTALITÉ LIÉE À L'ALCOOL

### La mortalité consécutive aux pathologies liées à l'alcoolisme

En 1996, on comptait 23 438 décès liés à l'imprégnation éthylique chronique, parmi les plus de 15 ans, dont 2 397 par psychose et dépendance alcoolique, 8 960 par cirrhose du foie et 12 080 par cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx). Ces chiffres issus de la statistique des causes de décès en France de l'INSERM ne tiennent compte que des causes principales de décès inscrites sur les certificats de décès.

une alcoolémie illégale était mentionnée dans

**34 %**  
des accidents mortels.



### Les décès liés à la conduite en état alcoolique

Les sondages effectués par l'INRETS (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) sur les procès verbaux d'accidents corporels permettent de recueillir des informations sur la présence d'alcoolémie illégale lors des accidents. En 1995, une alcoolémie illégale était mentionnée dans 34 % des accidents mortels. On obtient à partir de ce pourcentage et du nombre de tués sur les routes (8 412) une estimation des décès dans un accident avec présence d'alcoolémie illégale en 1995 de 2 900 personnes.

Certains décès sont indirectement liés à l'alcool : accidents de travail, maladies dans lesquelles l'alcool est un facteur aggravant et dont l'importance et le niveau d'imputabilité à l'alcool ne sont pas connus. Une partie des suicides et des homicides peut également être attribuée à l'alcool. Ceci explique que des chiffres souvent plus élevés, situés entre 40 000 et 50 000 décès par an imputables à l'alcool, soient fréquemment cités. Ces derniers chiffres demandent à être précisés et confirmés.

## LA MORTALITÉ LIÉE AU TABAC

À la fin des années 1990, la consommation de tabac est considérée comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. On estime qu'un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer pendant l'adolescence décèdera à cause du tabac, pour la moitié d'entre eux avant 69 ans.

Ces décès se répartissaient, en 1995, de la manière suivante :

- 31 500 par cancers,
- 13 700 par maladies cardiovasculaires,
- 11 000 par maladies respiratoires,

• 3 800 pour d'autres causes liées à la consommation de tabac.

La répartition par sexe est très inégale puisqu'en 1995 les décès liés au tabac concernaient environ 56 600 hommes (soit 21 % de la mortalité masculine tous âges confondus) et 3 100 femmes (soit 1 % de la mortalité féminine tous âges confondus). La tranche d'âge la plus concernée, relativement, est celle des 45-64 ans avec 29 % des décès masculins et 4 % des décès féminins attribuables au tabac.

## RÉSUMÉ

Le nombre de décès par surdose des usagers de drogues recensés par les services de police et de gendarmerie a fortement diminué depuis 1994, passant de 564 à 143. La part des surdoses mortelles à l'héroïne est en diminution, celle des surdoses aux médicaments est en augmentation. Ces décès ne sont recensés que dans les cas où les services de police interviennent, et le nombre de décès liés à l'usage de drogues illicites est vraisemblablement sous-estimé. Les conséquences à long terme de l'usage de drogues sur la mortalité sont mal connues. On ne possède pas de chiffre sur le rôle de la consommation de drogues illicites dans les accidents de la route, les accidents domestiques et du travail et dans les violences conduisant à des décès.

Le nombre de décès par sida des usagers de drogues a chuté de 1 037 à 267 entre 1994 et 1997. Cette évolution est principalement liée à l'introduction de nouveaux traitements. On estime à plus de 23 000 les décès liés à l'imprégnation éthylique chronique. Par ailleurs, la présence d'une alcoolémie illégale était décelée dans un tiers des accidents mortels de la route en 1995. Les autres causes de décès mentionnées dans le cas des drogues illicites (décès provoqués par des accidents domestiques, du travail, homicides) ne sont pas plus mesurées de façon précise pour l'alcool.

À la fin des années 1990, la consommation de tabac est considérée comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf.

**ANGUIS (M.), DUBEAUX (D.)**

*Les Fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac*, INSEE première n° 551, 1997.

*Annuaire statistique de la Justice*, édition 1999, sous-direction de la statistique et des études et de la documentation, ministère de la Justice, 1999.

**BALLION (R.)**

*Les Conduites déviantes des lycéens*, rapport d'étude OFDT, CADIS, 1999.

**BAUDIER (F.) et ARENES (J.)**

*Baromètre santé adultes 95/96*, éditions CFES, Paris, 1997, 288 p.

**BAUDIER (F.), GUILBERT (P.), GRIZEAU (D.) et ARWIDSON (P.)**

*La Consommation de tabac en France : évolutions récentes dans la population adulte*, BEH 17 : 70-1, 1998.

**BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARENES (J.)**

*Baromètre santé jeunes 97/98*, CFES, Paris, 1998, 328 p.

**BAUDIER (F.), ROTILY (M.), LE BIHAN (G.), JANVRIN (M.-P.) et MICHAUD (C.)**

*Baromètre santé nutrition 1996 adultes*, Paris, éditions CFES, 1997, 179 p.

Bilan annuel, statistiques et commentaires, année 1997, Observatoire national interministériel de la sécurité routière.

**BLOCH (J.), CURT (F.), MONAQUE (C.), PIRAULT (S.)**

*Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98*, rapport OFDT, EVAL, 1998, 49 p.

**CANAM**

*La Prescription des psychotropes en ambulatoire. Étude réalisée par six services médicaux régionaux du Régime d'assurance maladie des professions indépendantes en 1996*, CANAM assurance.

**CARPENTIER (C.) et COSTES (J.-M.)**

*Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances - Édition 1996*, OFDT-DGLDT, Paris, 1997, 127 p.

**CHOQUET (M.), LEDOUX (S.)**

*Adolescents : enquête nationale*, Les éditions INSERM, Paris, 1994.

**CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), PARE (C.)**

*Adolescents de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*, étude de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, MILDT, 1998, 146 p.

**COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.)**

*L'Alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, CREDES, 1997.

*Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac, 8-9 octobre 1998*, EDK, Paris, 1999.

**DE PERETTI (C.) et LESELLBAUM (N.)**

*Les Lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions*, rapport d'étude OFDT, INRP - Paris X Nanterre, 1999.

**Direction générale de la santé**

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1997. Informations issues de l'exploitation du rapport type, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

**DREES (ex SESI)**

*Les Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1996*, études et résultats n°1, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1998, 6 p.

**TELLIERS (S.), PALLE (C.)**

*La Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1997*, Études et résultats, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRESS, à paraître.

**FRYDMAN (N.), MARTINEAU (H.)**

*La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies*, La Documentation française, Paris, 1998, 417 p.

**GOT (C.), WEILL (J.)**

*L'Alcool à chiffres ouverts : consommations et conséquences : indicateurs en France*, Seli Arslan, Paris, 1997, 350 p.

**GUIGNON (N.)**

*Les Consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*, Solidarité santé n°1 : les Français et leur santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, 1994.

**GUIGNON (N.), MORMICHE (P.), SERMET (C.)**

*La Consommation régulière de psychotropes*, INSEE première n° 310, Paris, avril 1994.

**INABA (O.-S.), COHEN (W.-E.)**

*Excitants, calmants, hallucinogènes : effets physique et mentaux des drogues et autres produits actifs sur le psychisme*, traduit de l'anglais par LAGIER (G.), PICCIN, 1997.

**IREB**

*Les Adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution*, Princeps éditions, Paris, 1998, 119 p.

**IREP**

*Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'Hépatite*, rapport de recherche, IREP, Paris, décembre 1996.

**LOUBOUTIN-CROC (J.-P.), ARVERS (P.), EONO (P.), PORTRON (J.-M.), SAMSON (E.), DUBIN (F.), BRODIN (C.), de CACQUERAY (L.), REY (J.-L.), ABGRALL (J.)**

*Les Enquêtes de suivi épidémiologique sur les "conduites toxicophiles" dans les centres de sélec-*

*tion en 1996*, DCSSA, in Toxibase, 4e trimestre 1997.

*Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments, étude de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques, 1998.

**OCRTIS**

*Usage et trafic de stupéfiants : statistiques 1998*, ministère de l'Intérieur, 1999.

**OFDT**

*Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, édition 1999. Paris, 1999, 271 p.

**PARQUET (P.-J.)**

*Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES, Vanves, 1997, 107 p.

**RICHARD (D.), SENON (J.-L.)**

*Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 1999, 433 p.

**SIX (C.), HAMERS (F.), BRUNET (J.-B.)**

*Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC, VHB chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, rapport global sur les 10 semestres d'enquête, juillet 1993 à juin 1998, Centre européen pour la surveillance du sida, 1999.

*Surveillance du sida en France (situation au 31 mars 1997)*, BEH n° 1997, RNSP, 1997.

**ZARIFIAN (E.),**

*Le prix du bien-être : psychotropes et société*, Odile Jacob, Paris, 1996, 282 p.



**BEH** - Bulletin épidémiologique hebdomadaire.

**CADIS** - Centre d'analyse et d'intervention sociologiques.

**CCAA** - Centres de cure ambulatoire en alcoologie.

**CES** - Comité d'environnement social.

**CESDIP** - Centre de recherches sociales sur le droit et les institutions pénales.

**CFES** - Comité français d'éducation pour la santé.

**CHAA** - Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

**CHRS** - Centre d'hébergement et de réadaptation sociale.

**CIM9 (10)** - Classification internationale des maladies 9.

**CANAM** - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

**CREDES** - Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé.

**DCSSA** - Direction centrale du service de santé des armées.

**DDASS** - Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

**DETA** - Diminuer entourage trop alcool.

**DGS** - Direction générale de la santé.

**DREES** - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (ex SESI).

**Eval** - Bureau d'études évaluation médicale, médico-sociale, santé publique.

**GIP** - Groupement d'intérêt public.

**INRP** - Institut national de recherche pédagogique.

**INSEE** - Institut national des statistiques et des études économiques.

**INSERM** - Institut national de la santé et de la recherche médicale.

**IREP** - Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance.

**IREB** - Institut de recherche scientifique sur les boissons.

**IVS** - Institut de veille sanitaire (ex RNSP).

**MILDT** - Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

**OCRTIS** - Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants.

**OEDT** - Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (en anglais EMCDDA).

**OFDT** - Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

**PES** - Programme d'échange de seringues.

**PJJ** - Protection judiciaire de la jeunesse.

**RMI** - Revenu minimum d'insertion.

**RNSP** - Réseau national de la santé publique.

**SDSED** - Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation.

**SESI** - Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (aujourd'hui DREES).

**SIAMOIS** - Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection.

**SP3** - Bureau de la santé mentale des toxicomanies et des dépendants au sein de la DGS.

**UPS** - Unité pour sortants.

**VHC** - Virus de l'hépatite C.

**VIH** - Virus de l'immunodéficience humaine.

**ZEP** - Zone d'éducation prioritaire.



**Drogues Info Service,**  
service national d'accueil téléphonique anonyme et gratuit 7 jours sur 7.



Site web : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)

Ce livret fait partie de la Collection "Drogues : savoir plus".

*Il a été réalisé sous la responsabilité éditoriale de Nicole Maestracci, présidente de la Mission Interministérielle Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et rédigé sous la direction scientifique de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), en collaboration avec le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES).*

**Équipe rédactionnelle** dirigée par J-M.Costes, rédaction C. Palle, avec la collaboration de F. Beck, T. Delprat, A. Sarradet, A. Toufik, OFDT

**Comité de lecture** présidé par N. Maestracci, présidente de la MILDT, C. Dressen, CFES, F. Belingard Deybach, A. Guitton, F. Lecarval, C. Trabut, MILDT.

**Coordination rédactionnelle** : Danielle Vasseur, CFES, Patrick Chanson, MILDT.

**Secrétariat de rédaction** : Agnès Mückensturm.

**Édition diffusion** : Comité Français d'éducation pour la Santé (CFES)

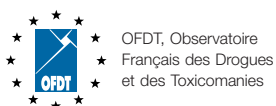
2, rue Auguste Comte - BP 51 - 92174 Vanves Cedex - Minitel : 36.15 CFES.

L'OFDT est un groupement d'intérêt public financé par la MILDT, chargé du recueil, de l'analyse, de la synthèse, de la diffusion et de la valorisation des données et des connaissances dans le domaine des drogues et des toxicomanies en France. Son conseil d'administration regroupe les représentants des différents ministères concernés par la lutte contre la drogue et les toxicomanies, ainsi que la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et le Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances Toxibase.

Les travaux de l'OFDT sont validés par un collège scientifique présidé par le professeur C. Got. Ce collège comprend des représentants des principaux organismes producteurs de données et des personnalités reconnues pour leur expertise.

Tous les deux ans, l'OFDT publie un rapport, intitulé *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, qui s'attache à dresser le tableau le plus complet possible sur les drogues, leurs usages et leurs conséquences ainsi que sur les dispositifs publics mis en œuvre en France.

Ce rapport se présente en deux parties principales : l'une présente les indicateurs statistiques relatifs au phénomène, l'autre les évolutions plus récentes, souvent difficiles à observer à l'aide des indicateurs statistiques. Ces "tendances" sont mises en évidence par des études et des recherches récentes dont les résultats sont présentés. Ce rapport peut être obtenu sur simple demande auprès de l'OFDT par les lecteurs intéressés par de plus amples développements sur les questions abordées dans ce livret dont est issu l'ensemble des données .



OFDT, Observatoire  
Français des Drogues  
et des Toxicomanies

105, rue La Fayette - 75 010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16 - Fax : 01 53 20 16 00 - E-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)