


être envisagée pour résoudre les questions pratiques posées par le mélange de patients et de professionnels aux cultures différentes. Comment organiser en un même lieu la cohabitation des patients qui se reconnaissent davantage par rapport à un produit, à un groupe de pairs, voire à un mode de vie que par rapport à un comportement addictif? Comment permettre la collaboration de professionnels aux orientations, formations et savoir-faire « propres »? En miroir de l'identification des patients à leur produit, les soignants sont souvent fidèles à un savoir-faire spécifique. Comment tenir compte de leurs peurs, de leur ennui ou de leur désir, devant les nouveaux patients à rencontrer? Comment garantir la fluidité de la prise en charge? Comment prendre en compte les nombreux et différents symptômes, expression d'une maladie qui se révèle unique?

En conclusion, les enjeux?

Dans les années quatre-vingt/quatre-vingt-dix, les professionnels ont alerté les pouvoirs publics sur l'évolution des problématiques rencontrées avec des substances psychoactives et sur l'apparition de nouveaux comporte-

ments pathologiques s'apparentant aux toxicomanies : polytoxicomanie associant alcool et tabac, nouveaux produits, développement du jeu pathologique. Un temps de réflexion, alimenté par de nombreuses contributions (épidémiologiques, neurobiologiques...) a permis de faire émerger le concept d'addictions.

Dans le même temps, l'idée d'un « monde sans drogue », voire « sans addiction », était abandonnée au profit d'une limitation des risques, d'une amélioration de la prévention et des traitements.

Une organisation des soins cohérente avec l'approche addiction se dessine aujourd'hui à travers le dernier plan addiction. L'enjeu est de taille, les difficultés des soignants (plutôt que leurs résistances) sont encore fortes. Mais elle seule devrait permettre de répondre correctement à l'évolution prévisible des addictions (nouveaux produits, nouveaux comportements, déplacements entre conduites). Enfin, un autre enjeu existe en amont, celui d'une prévention précoce à l'égard de toutes les conduites addictives, prochaine étape dans l'utilisation du concept d'addiction? 

Les consommations de substances psychoactives en France

Jean-Michel Costes

Directeur

Hélène Martineau

Attachée de direction
Observatoire français
des drogues et des
toxicomanies (OFDT)

Les niveaux de consommation

... de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français : en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'en avoir jamais bu. Il est consommé au moins une fois par semaine par 35 % et quotidiennement par 15 % de la population de cet âge. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Mais, compte tenu de son fort pouvoir addictif, sa consommation est très souvent quotidienne. En 2005, 34 % des Français âgés de 18-75 ans se déclarent fumeurs, dont 29 % de fumeurs quotidiens. Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place en fréquence de consommation de substances psychoactives (tableau 1) [9, 25, 36].

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. En 2005, 27 % des Français âgés de 18-75 ans l'ont expérimenté, dont 7 % qui en ont consommé dans l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régulièrement. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation au cours de

l'année passée de ces différents produits est encore plus rare [9, 19].

... des jeunes

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis. En effet, à 17 ans plus de 9 jeunes sur 10 ont expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 5 sur 10 le cannabis. Mais la hiérarchie de ces trois produits change lorsque la fréquence de la consommation augmente. Ainsi, la prévalence de la consommation quotidienne est de 33 % pour le tabac, 4 % pour le cannabis et 1 % pour l'alcool.

À 17 ans, 1 jeune sur 5 déclare avoir déjà pris un « médicament pour les nerfs, pour dormir », dont 1 sur 10 au cours du dernier mois. Dans 1 cas sur 2, il s'agit de médicaments psychotropes proprement dits : anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs dont l'obtention est soumise à prescription médicale.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare, qui est constaté au plus pour 5 % des jeunes (âgés de 17 ans) (figure 1). La consommation récente de tels produits est encore plus rare : elle n'est rencontrée chez plus de 1 % de ces jeunes que dans le cas des poppers, de l'ecstasy, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne [10, 31].

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.

Comparaisons européennes

Dans la plupart des pays européens, alcool, tabac et cannabis sont les principaux produits expérimentés et consommés [22, 23, 27, 37, 57].

La France se situe dans la moyenne européenne en ce qui concerne la consommation de tabac, aussi bien chez les adultes (33 % de fumeurs de 15 ans et plus fin 2006 contre 32 % en Europe [23]) que chez les jeunes (33 % de fumeurs récents – au cours du mois – âgés de 15-16 ans contre 35 % en Europe [27]). En matière d'alcool, la situation est plus contrastée : les adultes français (de 15 ans et plus) occupent une position intermédiaire haute pour la consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête (88 % contre 87 % des Européens), alors que les jeunes Français enregistrent, en 2003, un niveau intermédiaire pour l'usage au moins occasionnel d'alcool (80 % des jeunes Français déclarent un usage d'alcool au cours des douze derniers mois, contre 83 % en moyenne en Europe) et un niveau bas, par rapport à leurs voisins européens, pour l'ivresse (29 % des jeunes Français ont été ivres dans l'année contre 53 % en moyenne en Europe) [22, 27]. Les prévalences pour la consommation de cannabis des Français sont parmi les plus importantes d'Europe : 26 % d'expérimentateurs chez les adultes pour la première moitié de la décennie 2000 [37] et 22 % de consommateurs récents (au moins un usage au cours des trente derniers jours) chez les 15-16 ans en 2003 [27].

Comme en France, l'expérimentation des autres produits illicites se révèle plus marginale. La France, avec des prévalences comprises entre 1 et 1,5 % pour l'expérimentation de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy, se situe dans les pays les moins consommateurs de ces produits [27]. Mais certains pays se distinguent par des niveaux de consommation nettement plus importants, comme par exemple le Royaume-Uni où 6 % des adultes ont fait l'expérience de la cocaïne, 11 % des amphétamines et 7 % de l'ecstasy (contre 3 % en moyenne en Europe pour chacun de ces produits). Chez les jeunes, les produits à inhaler (colles, éther ou protoxyde d'azote) sont parfois plus fréquemment expérimentés, jusqu'à 15-18 % en Irlande, à Chypre, à Malte ou encore en Slovénie [27, 57].

Démographie des consommations

Sexes

La consommation de drogues est globalement un comportement plutôt masculin, et cela d'autant plus que cette consommation est régulière. Les usages réguliers d'alcool et surtout de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. De même, l'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un comportement plutôt masculin. Le tabagisme est en revanche un phénomène peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. On note les mêmes

différences par sexe chez les jeunes (figure 2), avec quelques nuances : les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les psychotropes, moins importants pour le cannabis et inexistant pour le tabac.

Âges

La consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite au cours de la vie.

L'expérimentation des principaux produits consommés régulièrement par les Français se fait au cours de l'adolescence, pour certains très tôt mais en majorité aux âges de fréquentation du collège. Hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre, le tabac est le produit expérimenté le plus précocement par les jeunes : entre 13 et 14 ans en moyenne pour la première cigarette et avant 15 ans pour son usage quotidien. Le premier joint est fumé à

tableau 1

Estimation du nombre de consommateurs des principaux produits psychoactifs parmi la population française (en millions)

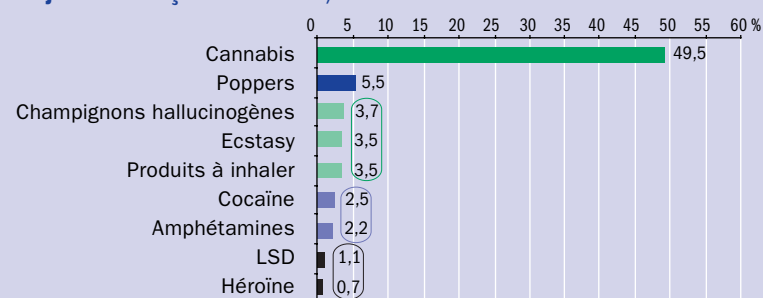
	Expérimentateurs ¹	Dans l'année ²	Réguliers ³	Quotidiens
Alcool	42,50	39,40	9,70	6,40
Tabac	34,80	14,90	11,80	11,80
Médicaments psychotropes	15,10	8,70	/	/
Cannabis	12,40	3,90	1,20	0,55
Cocaïne	1,10	0,25		
Ecstasy	0,90	0,20		
Héroïne	0,35			

1. Au moins un usage au cours de la vie.
2. Au moins un usage dans l'année (ou fumeurs actuels).
3. 10 usages ou plus au cours des trente derniers jours (ou au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les 19-75 ans et fumeurs quotidiens).

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

figure 1

Fréquence d'expérimentation des principales drogues illicites chez les jeunes Français de 17 ans, en 2005



Sources : Escapad 2005, OFDT.

15 ans, âge moyen également de la première ivresse et de la première prise d'un médicament psychotrope. La première consommation de poppers, de champignons hallucinogènes, d'ecstasy, d'amphétamines ou de cocaïne, si elle survient, se situe en général entre 16 et 16 ans et demi. Pour les trois principaux produits consommés par les jeunes (tabac, cannabis et alcool), la diffusion des consommations au sein d'une génération est maximale entre 13 et 15 ans, âges stratégiques pour la prévention (figure 3) [6].

Statuts scolaire et socioprofessionnel

Les comportements d'usage sont souvent différenciés suivant le statut socioprofessionnel et scolaire des usagers (ou de leurs parents pour les plus jeunes).

Comme pour le tabac, la consommation d'alcool des élèves et des étudiants est moins fréquente que celle des actifs du même âge, alors que les chômeurs en font un usage plus fréquent et plus à risque (usage problématique d'alcool suivant les critères du test Deta — voir ci-dessous — et ivresses alcooliques) par rapport aux actifs du même âge. Cette surconsommation des

chômeurs se retrouve également pour le cannabis. Pour ce produit, en revanche, les étudiants sont plutôt sous-expérimentateurs par rapport aux actifs du même âge et autant consommateurs à des fréquences plus importantes. Entre les différentes catégories d'emploi, les différences sont moindres quel que soit le produit considéré [26].

La consommation des jeunes apparaît aussi dépendante de la situation sociale des parents. À l'exception de l'héroïne, les usages de substances psychoactives sont plus répandus parmi les jeunes issus de milieux familiaux privilégiés. Cela se vérifie pour le tabac, l'alcool (y compris les ivresses), le cannabis consommé régulièrement ainsi que pour l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne, même si ces produits sont moins fréquents [31].

Du point de vue du statut scolaire, les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy sont plus fréquentes chez les adolescents dont le parcours scolaire est difficile (jeunes sortis du système scolaire, ayant redoublé, en apprentissage ou en formation alternée par rapport aux élèves des filières générales classiques) [31]. Pour les plus âgés, si l'expérimentation du cannabis s'avère plus fréquente chez les personnes possédant au moins le bac, l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis [26].

Disparités régionales

Les consommations de substances psychoactives sont plus ou moins inégalement réparties dans les régions de France métropolitaine. Les différences régionales sont relativement plus marquées pour l'alcool et le cannabis que pour le tabac. Ainsi, en 2005, la consommation quotidienne d'alcool est plus fréquente dans le Sud et dans la région Nord-Pas-de-Calais, et l'ivresse plus fréquente en Bretagne. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le Sud-Est. Cette même localisation est aussi rencontrée avec l'expérimentation de cocaïne et d'ecstasy [10].

Chez les jeunes âgés de 17 ans, les différences régionales semblent plus marquées. Le tabagisme est plus fréquent dans l'ouest et le nord de la France, plus rare en Ile-de-France et dans une moindre mesure l'Est (Alsace, Rhône-Alpes). La consommation régulière d'alcool est plus fréquente dans l'ouest et le sud de la France ; cette différence étant encore plus marquée en ce qui concerne les ivresses. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le sud-est de la France. Ces différences sont également observées globalement pour les autres drogues illicites, même s'il faudrait apporter quelques nuances [7].

Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âges étudiée. Une tendance à la baisse est constatée pour

figure 2

Fréquence de l'usage régulier (au moins 10 fois au cours du mois) chez les jeunes Français de 17 ans en 2005, selon le sexe (en pourcentage)

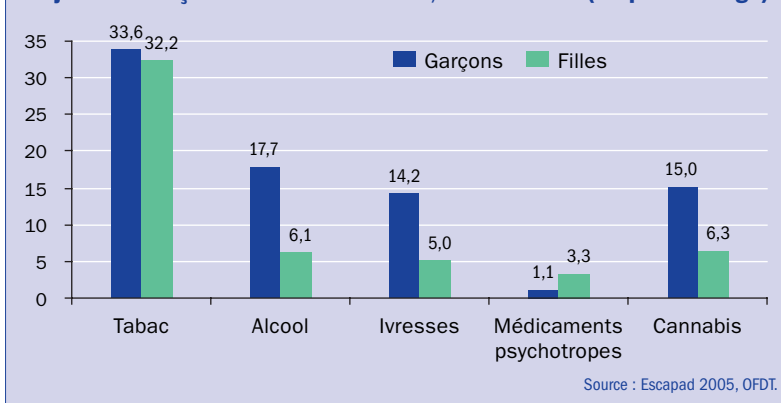
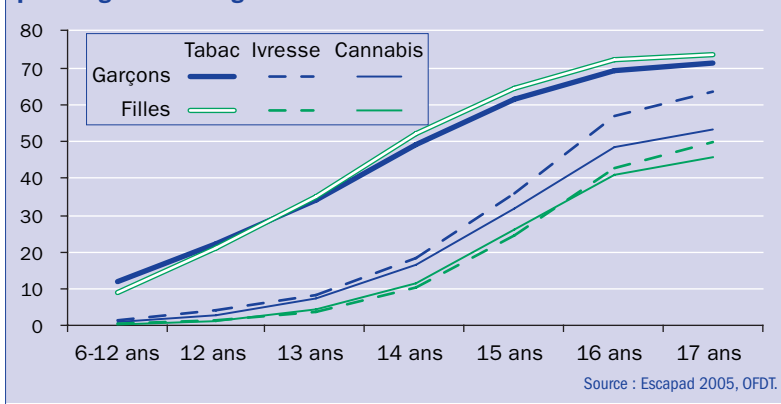


figure 3

Diffusion de l'expérimentation du tabac, de l'ivresse et du cannabis pour la génération âgée de 17 ans en 2005



les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool.

La baisse des quantités d'alcool consommé est très ancienne. En quarante-cinq ans, la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (12,9 litres par habitant âgé de plus de 15 ans en 2006). Cette réduction résulte quasi exclusivement de la diminution de la consommation de vin, les consommations de bière et spiritueux restant relativement stables sur cette période. Cette baisse continue fait perdre à la France la position si singulière qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. Corrélativement à la baisse des quantités moyennes consommées, la proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a aussi diminué [17, 25, 36].

La tendance sur la consommation d'alcool chez les jeunes, plus complexe à établir, semble être en légère augmentation en ce qui concerne les ivresses [10, 27].

La baisse de la consommation de tabac est plus récente, une vingtaine d'années. Constatée dès les années 1980 chez les hommes, cette tendance est aussi relevée dans les années récentes chez les femmes. Chez les jeunes, on constate une tendance similaire à la baisse, notamment au cours des années récentes (figure 4). Alors qu'en 1999 ils étaient parmi les plus gros consommateurs en Europe, aujourd'hui les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne en matière de tabagisme [10, 27].

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des médicaments psychotropes, notamment des antidépresseurs dont les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France, comme l'est plus globalement la consommation de médicaments. Chez les jeunes, le niveau de ces consommations, qui ne se situent pas toujours dans le cadre d'une prescription médicale, semble récemment se stabiliser [10, 36].

La consommation du cannabis est également à la hausse. Néanmoins, après une décennie (1990) de forte hausse régulière, qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation voire l'amorce d'une inversion de tendance. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les hallucinogènes et les stimulants, notamment la cocaïne et l'ecstasy [9, 10, 27, 37].

Les consommations problématiques

Selon des critères portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, la moitié des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présentent des signes de dépendance. En 2003, 12 % des jeunes Français âgés de 17-18 ans fument et présentent des signes de dépendance forte caractérisée par une consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes et une première cigarette fumée dès le réveil ou avant de quitter leur domicile [8, 38].

Les consommations excessives d'alcool sont abordées dans les enquêtes par une question portant sur le cumul du nombre de verres lors d'une même occasion de boire. Ainsi, en 2005, 22 % des hommes et 6 % des femmes (âgés de 15-75 ans) déclarent avoir consommé 6 verres ou plus lors d'une même occasion au cours du mois passé. Ce comportement est encore plus fréquent chez les jeunes ; 56 % des garçons et 36 % des filles âgés de 17 ans ont consommé au moins une fois au cours du mois passé 5 verres ou plus lors d'une même occasion. Différents indicateurs permettent également d'approcher les consommations problématiques d'alcool. En 2005, on estime que 9,4 % des personnes de 12-75 ans présentent des signes d'usage problématique selon le test Deta. Selon le test Audit-C (figure 5), 7,9 % de cette même population aurait un risque élevé d'alcoolisation

figure 4

Évolution de l'usage régulier de tabac, alcool et cannabis à 17 ans entre 2000 et 2005

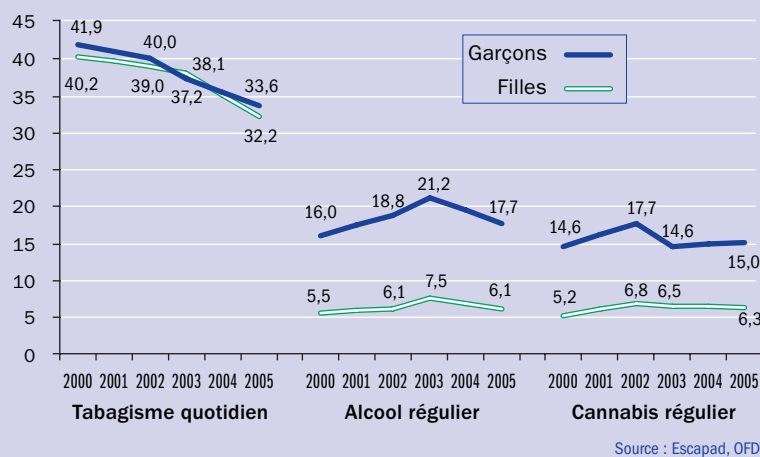
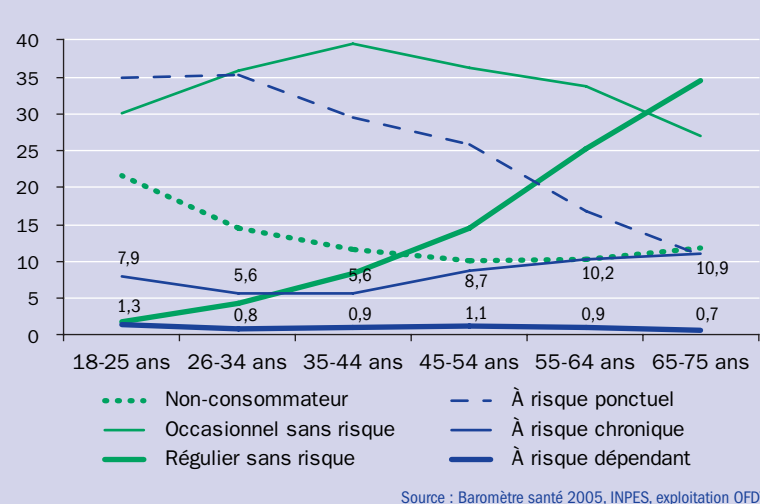


figure 5

Classification des buveurs selon l'Audit-C suivant l'âge (en pourcentage)



chronique et 0,9 % un risque élevé de dépendance alcoolique [10, 25].

La consommation de cannabis est surtout une consommation de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes, mais son usage régulier concerne une population importante (1,2 million de personnes, estimation 2005). Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le Cast, test statistique de repérage des « usages problématiques » de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montrent des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont majorées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social [19].

Les conséquences problématiques des usages de

drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne en France comme dans la plupart des pays de l'Union européenne. Il s'agit du principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, la cocaïne, souvent consommée en association avec les opiacés, intervenant dans une moindre part. On estime (dernière estimation disponible : 1999) entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ». C'est une population relativement jeune (autour de 30 ans) mais vieillissante, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), souffrant fréquemment de troubles psychiatriques et souvent en difficulté sociale. L'observation des usages et des usagers de ces produits montre que au cours des dernières années, parmi les usagers problématiques, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis, sont fréquemment associées [36].

Vers une nouvelle prévention ?

Alain Morel

Psychiatre, directeur médical du Trait d'union, secrétaire général de la Fédération française d'addictologie

La prévention des conduites addictives est un champ fort riche. Riche d'initiatives et de créativité. Riche aussi de discours, de confusions et de malentendus.

Il faut dire que, par strates successives, depuis un peu plus d'un siècle, les approches, les idées, les politiques se sont accumulées et contredites, modifiées ou renforcées, mais que le problème ne cesse de se poser... et de croître.

Il faut dire aussi que, sur la planète, le problème s'est « mondialisé », mais que les approches prennent des directions pour le moins divergentes : ici on exécute les trafiquants, ici on légalise des commerces spécialisés ou des distributions contrôlées, ici on pourchasse la consommation d'alcool, là on en fait la publicité, ici on combat le tabac et là on augmente les profits en développant les marchés...

Il faut dire également que l'élargissement du champ couvert par l'addiction à des substances licites et illicites, à des « addictions sans drogue » et à toutes sortes d'activités courantes en a encore rajouté côté richesse et côté confusion. Indéniablement, la question de l'addiction devient de plus en plus permanente et s'est étendue à tous les secteurs de la société et de nos vies quotidiennes : fêtes, jeux, alimentation, sommeil, travail, convivialité, sport, traitements, Internet, économie, délinquance...

Notre société moderne a un problème avec les addic-

tions. C'est si évident que cela devrait nous obliger à nous demander en priorité en quoi cette société moderne, libérale, capitaliste et démocratique, cette société qui s'impose de plus en plus sur tous les continents, secrète ces comportements, et pourquoi ils deviennent des objets de politiques qui visent à les « combattre ». C'est évident, mais nous nous posons finalement assez peu la question, car ce qui nous préoccupe ce sont les méthodes pour changer les comportements individuels. Pour être heureux, nous devons avoir des comportements plus sains, on ne cesse de nous le dire...

Mais, apparemment, les gens ne comprennent pas tout le mal qu'ils se font. Et nous voilà bien embarrassés car les problèmes sont complexes et les solutions préconisées très diverses, pour ne pas dire contradictoires. Les efforts et les dépenses se montrent peu rentables, excepté les mesures de contrôle¹, toujours plus pressantes sur les individus, mais dont les résultats enregistrés ne portent en réalité que sur le court terme.

Alors que faut-il faire ?

Réfléchir, essayer de comprendre, élargir notre approche, réviser notre vision conventionnelle et tirer profit de nos expériences déjà pleines d'enseignements. Et puis expérimenter des voies différentes dont la nou-

1. En tout cas à en croire des « méta-analyses » de programmes de prévention comme celle portant sur le risque alcool, publiée par l'équipe britannique de Babor, et qui a eu de larges échos [5].