

Pour la seconde fois depuis 1999, l'enquête EROPP dresse le panorama des opinions de la population française sur les drogues et les politiques publiques qui les concernent. Plus de 2 000 personnes, âgées de 15 à 75 ans, ont été interrogées par téléphone pendant une vingtaine de minutes à propos notamment de la dangerosité de différentes substances psychoactives, des craintes qu'elles éprouvent à leur égard, et du jugement qu'elles portent sur certaines mesures politiques effectives ou envisageables. EROPP met ainsi en évidence, de façon objective, certaines évolutions récentes des représentations de la population sur ce domaine sensible, afin d'alimenter le débat public. En interrogeant un sous-échantillon de personnes possédant un téléphone portable mais pas de ligne fixe, individus qui échappent aux enquêtes téléphoniques classiques, EROPP enrichit également la réflexion sur les méthodologies de collecte de données.

ISBN : 2-11-093497-2

OFDT - Janvier 2003

Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques - EROPP 2002



## Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques

Enquête sur les représentations,  
opinions et perceptions  
sur les psychotropes (EROPP) 2002

François BECK  
Stéphane LEGLEYE  
Patrick PERETTI-WATEL

# **Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques**

**Enquête sur les représentations,  
opinions et perceptions sur les psychotropes  
(EROPP) 2002**

**François BECK  
Stéphane LEGLEYE  
Patrick PERETTI-WATEL**

## PRÉFACE

---

Les administrations publiques sont parfois curieuses de connaître les représentations et les attitudes du public, ses souhaits, la visibilité de leurs actions, leurs effets et, le cas échéant, la façon dont les innovations sont accueillies. Trop souvent, leur demande est sous-traitée à des instituts spécialisés au coup par coup, parfois dans des sondages omnibus et sans beaucoup de précautions quant à la formulation des questions. Cela rend les interprétations peu fiables, ainsi que les comparaisons et le suivi des évolutions difficiles ; on en aura quelques exemples dans le corps de cet ouvrage.

C'est pourquoi il faut se féliciter de la réalisation d'enquêtes périodiques comme EROPP, qui autorise un suivi fiable des évolutions. EROPP est pilotée par un groupe d'experts et allie la rigueur du questionnement à celle des analyses ; sa méthodologie a été définie avec un soin tout particulier. Il ne faudra jamais oublier, à la lecture de ce rapport, les réserves que ses auteurs eux-mêmes font sur les interprétations de leurs résultats.

Les enquêtes EROPP sont inscrites dans un projet de production de connaissances plus vaste, coordonné de telle façon qu'il puisse fournir un tableau de bord de l'état du phénomène des drogues licites et illicites en France. L'enquête elle-même est documentée par d'autres enquêtes, tant quantitatives que qualitatives, sur les usages de produits psychotropes ou encore les tendances émergentes. Ces enquêtes sont soit menées par l'OFDT, soit confiées à des laboratoires ou des centres de recherche sur appels d'offres. Elles sont complétées par l'étude des prises en charge et des pratiques professionnelles.

L'ensemble constitue un dispositif d'observation des phénomènes sociaux et des politiques publiques qui nourrit le rapport périodique publié par l'OFDT. La banque de données est consultable par les chercheurs de différentes disciplines et les enquêtes EROPP, en particulier, peuvent faire l'objet d'analyses secondaires. C'est donc un processus cumulatif qui se met en place, qui permet à la France, longtemps en retard par rapport aux pays voisins, de tenir une bonne place dans le concert européen.

Le débat démocratique sur le phénomène des drogues, longtemps mené à l’aveugle sans données précises, peut enfin être nourri par des informations fiables. Notamment, la référence à l’opinion publique ne devrait plus être utilisée de façon erratique ou totalitaire. Il importe de bien faire la différence, comme le rapport y invite, entre les classes d’âge, les groupes sociaux, les degrés de proximité avec les phénomènes de dépendance. Quoi qu’il en soit, les données montrent que les actions menées ces dernières années commencent à trouver un ancrage dans les représentations.

**Claude Faugeron, directrice de recherche honoraire au CNRS**

## REMERCIEMENTS

---

Les enquêtés qui ont accepté de participer à cette enquête et qui nous ont livré leurs réponses.

Les enquêteurs et les chefs d’équipe de la SOFRES.

Les membres de la Commission « enquêtes en population générale » du Collège scientifique de l’OFDT :

FAUGERON Claude (Présidente de la commission)  
ALIAGA Christel (Chargée d’études à l’INSEE)  
BADEYAN Gérard (Chef de division à la DREES)  
BEGUE Jean (Inspecteur général de l’INSEE)  
CLANCHE François (Chef de division à l’INSEE)  
COSTES Jean-Michel (Directeur de l’OFDT)  
FAVRE Jean-Dominique (Service de santé des armées)  
GOT Claude (Président du Collège scientifique de l’OFDT depuis avril 1999)  
HENRION Roger (Président du Collège scientifique de l’OFDT jusqu’en avril 1999)  
KAMINSKI Monique (Directeur de recherche à l’INSERM)

Maquette et suivi de fabrication :  
Frédérique Million

Nous tenons également à remercier Julie-Emilie Adès, Christine Chan Chee, Anne de l’Éprevier, Cristina Diaz-Gomez, Emmanuel Didier, Gaël de Peretti, Philippe Guilbert, France Lert, Florence Maillachon, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Charlotte Peretti-Watel et Stanislas Spilka pour leurs conseils et leur relecture.

## SOMMAIRE

---

<b>PRÉSENTATION</b>	<b>11</b>
SYNTHÈSE	11
PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE	15
PRÉCAUTIONS D'INTERPRÉTATION	28
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<b>PRÉOCCUPATIONS ET CONNAISSANCES DU PUBLIC</b>	<b>31</b>
SYNTHÈSE	33
<i>Motifs de préoccupations pour la société française</i>	34
<i>Niveau d'information ressenti</i>	36
<i>Connaissances relatives à la politique de réduction des risques</i>	36
<i>Connaissances relatives au livret Savoir plus, risquer moins</i>	38
<i>Estimation de la « banalisation » du cannabis</i>	39
<i>Les substances citées spontanément comme étant des drogues</i>	41
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
<b>LES PRODUITS, LEURS USAGES ET LEURS EFFETS</b>	<b>49</b>
SYNTHÈSE	51
<i>Les produits illicites : cannabis, héroïne, ecstasy...</i>	52
<i>Dangerosité estimée</i>	52
<i>La peur d'essayer</i>	58
<i>Le risque d'escalade</i>	60
<i>Les produits licites : alcool et tabac</i>	64

Dangerosité estimée	64
L'exposition au tabagisme passif	72
Profils d'opinions à l'égard de l'alcool et du tabac	74
Au-delà du clivage licite-illicite	81
La dépendance : alcool, tabac et cannabis	81
Le coût social des drogues	83
Le produit le plus dangereux	86

### TROISIÈME PARTIE LES OPINIONS SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES 89

SYNTHÈSE	91
Bref historique des politiques publiques récentes	93
Opinion sur la possibilité de parvenir à un « monde sans drogue »	96
Opinions sur la législation relative à l'usage des drogues	97
Opinions sur les solutions proposées aux usagers de drogues : injonction ou réduction des risques	105
Opinions sur l'information sur les drogues dispensée à l'école	114

### QUATRIÈME PARTIE EXPLORATIONS THÉMATIQUES 117

LES OPINIONS À L'ÉGARD DU CANNABIS : TYPOLOGIE ET ÉVOLUTION AU DÉBUT DES ANNÉES 2000	119
LE STÉRÉOTYPE DU TOXICOMANE DANS L'OPINION PUBLIQUE ET CHEZ LES USAGERS D'AUTRES DROGUES ILLICITES	131
Le stéréotype du toxicomane	131
Stéréotype de l'héroïnomanie et politique de réduction des risques	133
Conclusion	145
ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE SUR LIGNE FIXE OU PAR PORTABLE : QUELLES DIFFÉRENCES ?	147
Liste rouge, portables et représentativité des enquêtes téléphoniques	147
Les disparités sociodémographiques entre les échantillons « lignes fixes » et « portables »	148
Les disparités de style de vie entre les enquêtés « lignes fixes » et « portables »	150

Opinions sur les drogues et « effet portable »	151
Lignes fixes, portables et conditions de passation	154
Synthèse	155

### ANNEXES 157

MÉTHODES D'ANALYSE	159
NIVEAUX ET TENDANCES D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS L'ENQUÊTE EROPP 2002	165
DÉTERMINATION DES FACTEURS ASSOCIÉS AUX OPINIONS «TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS»	177
QUESTIONNAIRE ET TRIS À PLATS	183
CARTE DES RÉGIONS SOFOP	213
STRUCTURES DE L'ÉCHANTILLON	214
BIBLIOGRAPHIE	217
Liste des tableaux et des figures	223

## PRÉSENTATION

---

### SYNTHÈSE

Ces dernières années, la politique publique relative aux drogues en France s'est orientée vers une prise en compte moins différenciée des différentes substances psychoactives, qui s'est traduit par une approche unifiée des drogues dans le plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances de la MILDT. La réglementation de l'alcool et du tabac est ainsi devenue de plus en plus stricte et l'application des mesures répressives sur les stupéfiants s'est assouplie. Il était important de mesurer à quel point cette situation trouve écho dans les groupes sociaux et les différentes générations de la société française.

### Éléments de connaissance

En 2002, 61,0 % des Français déclarent se sentir informés sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999 (ils étaient alors 57,9 %). Comme en 1999, 70,4 % connaissent l'existence des traitements de substitution, mais la connaissance de la vente des seringues sans ordonnance a quelque peu baissé (passant de 68,4 % à 63,8 % en trois ans). Cette diminution traduit sans doute la banalisation de cette pratique qui n'est plus guère médiatisée depuis quelques années. Par ailleurs, 5,1 % des enquêtés déclarent avoir lu le livret *Savoir plus, risquer moins*, ce qui représente environ deux millions de personnes. La même proportion déclare l'avoir eu entre les mains (sans pour autant l'avoir lu) et 13,9 % en ont entendu parler, soit en tout environ un quart des Français.

Lorsque les enquêtés étaient invités à estimer combien de personnes, en France, ont aujourd'hui fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, de façon générale, leurs estimations se sont trouvées plutôt au-dessus des chiffres publiés récemment sur cette question : si l'on retient comme référence le chiffre d'environ 20 % d'expérimentateurs parmi les 15-75 ans, il apparaît que sept enquêtés sur dix se situent au-delà de ce seuil, et plus de la moitié au-dessus de 30 %, ce qui

montre qu'une partie de la population a depuis quelques années déjà une conception large de la notion de drogue.

En réponse à la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », les Français citent en moyenne 3,8 produits. La « notoriété » du cannabis, qui reste le produit le plus fréquemment cité, se trouve en hausse, tout comme celle de l'héroïne, de l'opium et de la cocaïne, qui avait baissé entre 1997 et 1999. La fréquence de citation du LSD est très proche de celle de 1999, tandis que celle de l'ecstasy, qui avait beaucoup augmenté entre 1997 et 1999, stagne désormais. Comme en 1999, le tabac et l'alcool se situent respectivement aux 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> places, cités chacun par environ un enquêté sur cinq.

### Perception de la dangerosité des produits

En 2002, Les Français expriment des opinions plus sévères à l'égard des substances licites qu'en 1999. Cette évolution s'observe, d'une part, à travers une baisse des seuils estimés de dangerosité des consommations quotidiennes : en moyenne, ce seuil est passé de 3,6 verres à 3,0 verres pour l'alcool et de 11,4 à 10,0 pour le nombre de cigarettes. D'autre part, cette évolution se traduit par une perception accrue des dangers des consommations occasionnelles ou de l'expérimentation : 14,5 % des enquêtés (contre 8,2 % en 1999) jugent qu'une consommation occasionnelle d'alcool peut être dangereuse, 24,7 % (contre 20,7 %) estiment que le tabac est dangereux dès la première cigarette. En outre, une large partie de la population est convaincue que le tabac (61,7 %) et l'abus d'alcool (70,4 %) représentent des dangers plus grands pour la société que la consommation de substances illicites.

La proportion de personnes jugeant que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise, mais seulement à partir d'une consommation quotidienne, a augmenté (32,9 % contre 28,1 %). Toutefois, la moitié de la population continue à considérer que son expérimentation est déjà dangereuse (51,3 % en 1999 contre 50,3 % en 2002). Autrement dit, le cannabis est jugé un peu moins dangereux par la frange de la population qui lui était déjà la moins hostile, mais, globalement, la perception de la dangerosité de ce produit reste inchangée. En termes de dépendance, le produit dont il est le plus difficile de se passer entre le tabac, le cannabis et l'alcool est le tabac pour environ la moitié des Français, devant l'alcool puis le cannabis.

L'opinion selon laquelle la consommation de cannabis conduirait à consommer par la suite des produits plus dangereux (ou « thèse de l'escalade »), est partagée par les deux tiers de la population, résultat identique à celui de 1999.

Cependant, il est à noter que la part des personnes tout à fait d'accord avec cette idée a diminué, passant de 39,4 % à 36,1 %. Autrement dit, le cannabis voit son image s'améliorer à la marge, tant du point de vue de sa dangerosité intrinsèque que du risque qu'il conduise à consommer des substances plus dangereuses. Il jouit d'un statut à part, tant face aux autres substances illicites, comparé auxquelles il est jugé beaucoup moins dangereux, que face aux substances licites (alcool, tabac), comparé auxquelles il est jugé moins addictif.

La proportion de personnes jugeant que l'ecstasy est dangereuse dès l'expérimentation s'est accrue, passant de 75,6 % à 78,6 %, alors que, dans le même temps, la proportion de personnes qui disaient ne pas connaître la substance a décliné, passant de 4,9 % à 3,3 %. Le produit jugé le plus dangereux par les Français reste l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne arrivant loin derrière, suivies par l'alcool et le tabac. Le cannabis arrive en dernière position, seules 2,0 % des personnes interrogées estimant qu'il est le produit le plus dangereux, cette proportion étant en baisse depuis 1999 (elle atteignait 3,4 %).

### Opinion sur les politiques publiques

En 2002 comme en 1999, une large majorité des personnes interrogées adhère au constat qui fonde la stratégie de réduction des risques : près des trois quarts ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues (72,6 % en 1999, 74,4 % en 2002). L'adhésion aux mesures existantes s'avère elle aussi stable : en 2002, 82,1 % des personnes interrogées sont favorables au traitement par les produits de substitution (80,8 % en 1999), tandis que 59,9 % sont favorables à la vente libre des seringues (63,0 % en 1999). Par ailleurs, s'agissant du tabac, une large majorité, de plus en plus importante, continue à se prononcer en faveur d'une interdiction de sa vente aux mineurs (76,9 % en 2002 contre 73,9 % en 1999, hausse significative).

Le consensus à l'égard de l'obligation de soins pour les usagers de drogues illicites interpellés reste également très fort (91 % d'avis favorables dans les deux enquêtes), mais ce résultat renvoie sans doute à deux attitudes contrastées, les uns appréciant son aspect coercitif, les autres le fait qu'elle permet d'éviter les sanctions judiciaires en privilégiant une alternative thérapeutique. S'agissant en particulier du cannabis, le consensus est moindre (77,0 % d'avis favorables en 2002), peut-être parce que le bénéfice d'un traitement thérapeutique pour l'utilisateur est jugé moins évident.

Les enquêtés restent globalement attachés aux mesures prohibitives à l'égard des stupéfiants. En 2002 comme en 1999, 65 % se prononcent contre l'autorisation



sous certaines conditions de l'usage de cannabis et 88 % contre l'autorisation sous conditions de l'usage d'héroïne. Toutefois, la proportion se déclarant en faveur d'une mise en vente libre du cannabis connaît une nette progression : 23,9 % en 2002, contre 17,1 % en 1999. Si cette évolution se fait en partie sous l'effet de la banalisation de l'usage du cannabis (+ 10 points parmi ceux qui en ont déjà pris au cours de leur vie), parmi les abstinentes, l'augmentation est également visible (+ 4 points).

En revanche, lorsque l'usage de drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical, les opinions exprimées sont très différentes : une bonne moitié des enquêtés se dit favorable à la délivrance d'héroïne sous contrôle médical, en 2002 comme en 1999 (respectivement 50,8 % et 52,9 %) ; et une large majorité, en nette progression, se prononce en faveur de la prescription médicale de cannabis à certains grands malades (67,4 % en 1999, 74,6 % en 2002).

Concernant la création de centres de soins pour les toxicomanes après concertation du voisinage et des élus locaux, seuls 4,7 % des individus interrogés s'y disent opposés, mais cette proportion atteint 21,5 % s'il s'agit d'ouvrir un tel centre dans leur propre quartier.

Enfin, pour l'alcool, comme pour le tabac et les autres drogues, plus de neuf enquêtés sur dix jugent utile l'information dispensée à l'école, mais les trois quarts l'estiment insuffisante, tandis que moins d'un sur dix y voit un danger.

## Facteurs associés aux perceptions

Parmi les critères étudiés, c'est la proximité du cannabis et en particulier le fait d'en avoir déjà consommé qui semble influencer le plus fortement les opinions relatives aux substances psychoactives<sup>1</sup>. Seules des opinions très largement partagées, comme la perception de la dangerosité de produits tels que l'héroïne, la cocaïne ou l'ecstasy, ou l'opinion en faveur de l'interdiction de l'usage de l'héroïne, y font exception. Le niveau de diplôme, et dans une moindre mesure, l'âge, sont également très discriminants. Les plus diplômés sont ainsi plus enclins à distinguer le cannabis des autres produits illicites en termes de dangerosité ainsi qu'à avoir une conception pragmatique des drogues qui s'exprime dans des opinions générales, comme le fait de ne pas croire qu'un monde sans drogue soit possible, le fait de citer

1. Outre le fait d'avoir déjà consommé du cannabis, les autres indices de cette proximité sont le fait de s'en être déjà vu proposer, ou de connaître des consommateurs.

spontanément l'alcool et le tabac parmi les drogues. Ils sont également plus nombreux à plébisciter les mesures de réduction des risques ou à se déclarer favorables à certaines propositions libérales concernant le statut légal du cannabis. L'âge quant à lui, oppose globalement les plus âgés, moins tolérants vis-à-vis du cannabis, aux plus jeunes. Les femmes semblent plus inquiètes que les hommes sur certains thèmes précis : elles citent plus souvent la drogue comme thème de préoccupation, adhèrent plus souvent à la thèse de l'escalade et rejettent plus volontiers les mesures libérales concernant le cannabis. Toutefois, en règle générale, le sexe et surtout la taille de l'agglomération de résidence apparaissent peu discriminants dans la mesure où leur effet, lorsqu'il existe, disparaît très souvent ou s'estompe face à la proximité du cannabis ou au niveau de diplôme.

## PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

### Objectifs

L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) est un instrument de mesure quantitative des opinions et perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Réalisée entre le 28 novembre et le 13 décembre 2001, elle en constitue le deuxième exercice (le premier ayant eu lieu près de trois ans auparavant, en mars 1999) La nécessité de connaître l'opinion du public sur ces questions, afin d'adapter les politiques publiques à ses attentes, est reconnue depuis longtemps : lors de la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue menée par Monique Pelletier (1978), le groupe d'experts avait demandé la réalisation d'un sondage d'opinion sur divers points tels que les motivations et la signification de l'usage de drogues, pour les jeunes et les adultes, les attitudes face à l'offre de drogues ou face à l'usage d'un proche, la gravité estimée de l'usage de drogues par rapport à l'alcoolisme, la dépénalisation du haschich...

Ce besoin d'évaluation n'a pas faibli depuis et l'OFDT a même souhaité que la mesure des attitudes et des représentations du public ne soit plus seulement effectuée de manière ponctuelle à l'occasion de campagnes de presse ou d'événements politiques particuliers, comme ce fut le plus souvent le cas au cours des années 1990 (Beck, 1998), mais de façon régulière, à l'aide d'un système d'enquêtes transversales répétées. Le principe consiste à reproduire à l'identique la méthodologie et un important lot de questions communes. Les principaux choix effectués lors de

la conception de la première enquête sont présentés en détail dans le rapport EROPP 1999 (Beck et Peretti-Watel, 2000, p. 15-26), mais il n'est sans doute pas inutile de les rappeler brièvement ici.

Lors de la mise en place du système français d'observation en population générale en 1998, le collège scientifique de l'OFDT a décidé de séparer l'enquête d'opinion de l'enquête interrogeant de façon approfondie les usages de drogues afin de ne pas surcharger cette dernière de questions. De fait, les contraintes méthodologiques pesant sur les deux types d'enquêtes sont différentes. Quelques questions sur les usages de drogues licites et illicites sont néanmoins posées dans EROPP de façon à pouvoir être utilisées comme variables transversales dans les analyses. Les résultats obtenus sur ces questions sont également comparés à ceux d'enquêtes récentes (voir en annexe).

Les objectifs de cette enquête sont de cerner les jugements de valeur que construisent les individus autour de la question des drogues, et d'en suivre les évolutions. Il ne s'agit donc pas d'un instrument de mesure des connaissances (point qu'il est parfois nécessaire de rappeler aux enquêtés au cours de l'entretien). Cette enquête doit permettre à la fois de rendre compte des impacts de la politique publique et de décrire la diversité des représentations, afin d'aider à la mise au point des actions d'information et de prévention. Enfin, l'une des ambitions de l'OFDT est d'encourager le développement de recherches complémentaires à partir des enquêtes EROPP, ce qui a été fait en interne (Peretti-Watel, 2000 ; Beck et Peretti-Watel, 2001, 2002) mais aussi dans le cadre de partenariats avec l'Université de Rennes II, l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI) et l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE) pour des mémoires de maîtrise ou des groupes de travail en statistiques appliquées. De telles initiatives permettent de familiariser les jeunes statisticiens à l'exploitation de données portant sur un sujet sensible. Les bases de données des enquêtes 1999 et 2002 peuvent ainsi être mises à disposition de tout chercheur qui en fait la demande écrite à l'OFDT, en précisant le cadre de la recherche envisagée.

L'enquête EROPP a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (CNIS) lors de la réunion de la formation « santé et protection sociale » du 11 mai 1999 et le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du Label lors de la session du 17 juin 1999.

## Thèmes abordés

Les principaux thèmes traités dans l'étude sont :

- les perceptions de la dangerosité des substances psychoactives et les craintes qu'elles suscitent ;
- les représentations des usagers d'héroïne ;
- le niveau d'acceptabilité des mesures de politique publique relatives aux drogues.

Par rapport à EROPP 1999, un certain nombre de nouvelles questions ont été posées. Les questions communes aux enquêtes 1999 et 2002 apparaissent soulignées dans le questionnaire fourni en annexe, où figure également l'ensemble des tris à plat. Elles portent sur les points suivants :

- une question resituant la question des drogues dans un ensemble de risques socialement admis pour la société, tels que le chômage, la pollution, l'insécurité..., remplace le référentiel Agoramétrie utilisé en 1999 et sert essentiellement à introduire le questionnaire, comme « question de chauffe » ;
- au sein des questions sur les représentations des usagers d'héroïne, une proposition sur la possibilité de « vivre normalement » tout en prenant de l'héroïne a été ajoutée ;
- les formulations des questions sur la légitimité de l'interdiction de l'usage des stupéfiants et sur l'autorisation de l'usage sous conditions ont été simplifiées compte tenu des observations faites par les enquêteurs lors du débriefing de l'exercice 1999.

Ont également été ajoutées :

- une question sur l'obligation de soins dans le cadre d'une interpellation pour usage de cannabis ;
- une question sur la personne à contacter en cas de problème lié à l'usage d'une drogue ;
- une question demandant d'estimer le nombre de personnes ayant déjà consommé au moins une fois du cannabis en France ;
- des questions sur le bien-fondé d'une augmentation des taxes sur le tabac d'une part et sur le tabagisme passif d'autre part ;
- deux questions sur le coût social du tabagisme et de l'abus d'alcool, relativement à celui des drogues illicites<sup>2</sup> ;
- des questions sur les usages de tabac et d'alcool, ainsi que sur l'ivresse.

2. Les perceptions et les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac ont fait l'objet de recherches spécifiques dans le cadre d'une évaluation de la loi Evin (Hebel *et al.*, 1998) ; les représentations du vin et de sa consommation ont plus particulièrement été étudiées dans une enquête de l'INRA-ONIVINS (D'Hauteville *et al.*, 2001). Enfin, les perceptions des franciliens à l'égard du tabac ont été observées dans le cadre d'une étude récente de l'ORS Ile-de-France (Grémy *et al.*, 2002).

D'autres questions portant plus directement sur le Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) ont également été ajoutées :

- sur la création de centres de soins pour les toxicomanes en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants ;
- sur la légitimité d'informer les consommateurs de drogues illicites sur la façon la moins dangereuse de les consommer ;
- sur l'utilité et l'adéquation de l'information dispensée en milieu scolaire sur l'alcool, le tabac et les autres drogues ;
- sur la notoriété du livret d'information grand public *Savoir plus, risquer moins*.

Dans la formulation des questions, comme en 1999, l'emploi de termes génériques (drogues, toxicomanie) et d'expressions telles que « drogue dure » ou « drogue douce » a été évité, puisqu'elles présupposent un jugement de valeur qu'il s'agit justement de déceler. De tels termes risquent par exemple d'infléchir les réponses dans le sens d'une plus grande tolérance vis-à-vis des « drogues douces » et plus intolérantes vis-à-vis des « drogues dures » : de plus, comme le souligne Alain Ehrenberg (1996, p. 19-20), « l'usage constant du terme toxicomane brouille les cartes, car il ne permet pas de distinguer trois registres : usage, abus et dépendance. Les Anglais et les Américains ne connaissent pas ce mot, ils parlent de *drug users*, *drug abusers* et *drug addicts*. »

## La méthode

Les principaux choix méthodologiques avaient été effectués en 1999 et l'exigence de comparabilité entre les deux enquêtes invitait à les conserver dans la mesure du possible. Après un appel d'offres lancé en septembre 2001, c'est la proposition de l'institut de sondage SOFRES qui a été retenue. À l'instar de l'enquête conduite en 1999, EROPP 2002 a été menée par téléphone (système CATI<sup>3</sup>), auprès d'un échantillon de 2009 personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatif de la population française, établi avec la méthode des quotas<sup>4</sup>. Les quotas retenus étaient le sexe, l'âge et la profession du chef de ménage, l'échantillon ayant au préalable été

3. Collecte assistée par téléphone et informatique : elle permet la gestion automatique des filtres du questionnaire, des appels, des prises de rendez-vous et l'affichage de consignes enquêteurs à l'écran, en temps réel pendant le déroulement de l'enquête.

4. Cette méthode s'avère bien adaptée tant que la taille de l'échantillon reste relativement faible, 2000 étant approximativement la limite supérieure (Deville, 1992). Un redressement a été opéré à partir des données du recensement de 1999, actualisées avec l'Enquête Emploi 2000 de l'INSEE, sur les variables utilisées pour les quotas. Aucune borne n'a été fixée pour les poids à affecter aux individus. En définitive, ceux-ci varient entre 0,889 et 1,369.

stratifié par région SOFOP<sup>5</sup> (voir la carte en annexe) et selon la catégorie d'agglomération. L'enquête s'est déroulée en semaine, entre le 28 novembre et 13 décembre 2001, de 18 h à 21 h, et le samedi de 9 h 30 à 18 h, l'entretien durant en moyenne 25 minutes environ. Avant d'abandonner un numéro, le système CATI effectuait huit tentatives (contre quatre pour les enquêtes SOFRES habituelles) en laissant sonner douze coups le cas échéant. Plus du tiers des entretiens ont été réalisés à l'occasion du premier appel et seuls 12 % des entretiens ont été réalisés après plus de quatre tentatives (cf. tableau 1). Ce pourcentage, qui peut être considéré comme une mesure du biais qu'induirait un moindre coefficient d'insistance, montre l'intérêt d'augmenter le nombre d'appels.

**Tableau 1 - Répartition des entretiens réalisés selon le nombre de tentatives nécessaires**

Nombre total d'entretiens	1 appel	2 appels	3 appels	4 appels	5 appels	6 appels	7 appels	8 appels
2009	785	574	268	146	89	70	57	20

Source : EROPP 2002, OFDT

La stratégie de rappel était raisonnée afin d'optimiser les chances d'obtenir un entretien sur un numéro tiré : les numéros occupés étaient rappelés toutes les vingt minutes, les absents toutes les deux heures. En cas d'absence un jour donné, les heures et les jours étaient modifiés : après deux tentatives infructueuses le même jour, le numéro était reporté au lendemain, après trois tentatives infructueuses en soirée, les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> se déroulaient en journée. En cas de faux numéro, le système procédait à un contrôle du numéro avant l'abandon.

Lorsque la personne jointe refusait de participer à l'enquête, une question concernant le motif était posée, ainsi qu'un très court module visant à décrire le profil (âge, sexe) des non-répondants. À la fin du questionnaire, il était proposé aux enquêtés de faire un commentaire libre sur l'enquête ou sur les thèmes évoqués au

5. Le découpage SOFOP est un regroupement de régions spécifiques aux enquêtes politiques et d'opinions construit par la SOFRES. Il tient compte des contraintes caractéristiques de l'analyse des attitudes sociales ou politiques, alors que les régions UDA (Union des annonceurs) ont été conçues pour l'analyse marketing. Les sept régions SOFOP sont construites sur la base des régions administratives.

cours de l'entretien. Environ quatre enquêtés sur dix ont saisi cette opportunité, la plupart d'entre eux en profitant pour donner un sentiment général sur les drogues, souvent pour confirmer l'intérêt qu'ils portent à ce thème. Certains ont donné leur avis sur l'enquête, la trouvant « bien » ou « intéressante », mais d'autres se sont demandé si « ça a un intérêt » et « à quoi ça va servir », confirmant que ce type d'investigation peut difficilement se passer d'une présentation précise et didactique, voire d'un réel échange d'informations. Certains répondants ont trouvé l'enquête « dense », avec parfois « trop de questions », allant même, pour l'un d'entre eux, jusqu'à évoquer un « véritable interrogatoire ». La principale critique exprimée porte sur le caractère fermé des questions : « c'est oui ou c'est non », on souhaiterait donner « plus de précision sur les questions », et d'aucuns s'étonnent « qu'il n'y ait pas de milieu dans les questions », faisant référence au choix de ne pas proposer d'item central dans les échelles des modalités de réponse. La connaissance du thème, qui est finalement très peu questionnée, constitue tout de même un frein à l'expression des opinions : « Je ne m'y connais pas assez sur la drogue donc je ne peux pas certifier mes réponses. » En bref, « c'est des questions qui méritent d'être débattues » et « il faudrait que toutes vos questions aboutissent à un résultat positif du point de vue des drogues »...

Le numéro de l'équipe responsable de l'enquête à l'OFDT, ainsi que le numéro vert de Drogues alcool tabac info service (DATIS) étaient également communiqués. Si les enquêtés demandaient sous quelle forme leurs réponses allaient être utilisées, l'enquêteur avait pour consigne de dire qu'elles le seraient dans le cadre d'une analyse statistique. Comme en 1999, il leur proposait de laisser leur adresse pour que la synthèse du rapport d'étude (ainsi que, en 2002, l'ouvrage d'information grand public *Savoir plus risquer moins*) puissent leur être envoyés. Ce légitime retour, qui n'avait suscité l'intérêt que d'une cinquantaine d'enquêtés deux ans auparavant, a donné lieu en 2002 à 1 179 demandes (sur 2 009 interviews réalisées, soit plus de 50 % de l'échantillon) : à la suite de consignes plus incitatives, les enquêteurs ont été plus persuasifs sur l'intérêt d'un tel échange d'informations.

### Qui sont les gens qui ont laissé leur adresse pour recevoir les résultats ?

À la fin du questionnaire, la possibilité était laissée au répondant de communiquer son adresse à la SOFRES afin de recevoir les résultats de l'enquête : 59 % d'entre eux l'ont fait (soit 1 179 personnes). Parmi eux, certains désiraient également obtenir le livret d'information grand public *Savoir plus, risquer moins*. Comment se caractérisent ces personnes ? Une telle démarche est plutôt le fait des hommes : 63 % d'entre eux contre

55 % des femmes ont répondu favorablement à cette proposition. Cette population est plutôt jeune (en moyenne moins de 41 ans, contre 45 ans pour ceux qui n'ont pas communiqué leur adresse) : ce sont les 18-24 ans et les 25-34 ans qui sont les plus nombreux à avoir accepté (respectivement 68 % et 65 %, contre 57 % des 15-17 ans et 47 % des 65-75 ans). Les personnes qui la composent ont plus souvent atteint un niveau scolaire élevé : 40 % possèdent au moins le bac, 19 % sont diplômés d'une grande école ou ont achevé un deuxième cycle universitaire, contre respectivement 32 % et 11 % des autres. La répartition des PCS des chefs de ménages auxquels elles appartiennent montre toutefois que seules les professions intermédiaires y sont légèrement surreprésentées (18 % contre 12 % parmi ceux qui n'ont pas laissé leur adresse) au détriment des retraités et inactifs (25 % contre 35 %). Enfin, sur l'échiquier politique, ces personnes se déclarent plus souvent à gauche ou « très à gauche » que les autres (29 % contre 24 %). Du point de vue des consommations de produits psychoactifs, les personnes qui ont laissé leur adresse pour obtenir les résultats de l'enquête comptent en leur sein plus de fumeurs de cigarettes (37 % contre 30 %), ces derniers ne fumant pas plus de cigarettes par jour que les autres (3,2 en moyenne) ; ainsi que plus de buveurs d'alcool au cours des sept derniers jours (68 % contre 62 %), mais pas plus de buveurs quotidiens (18 %). Leur proximité avec le cannabis est aussi plus importante : elles ont plus souvent déclaré connaître personnellement dans leur entourage quelqu'un qui consomme ou a consommé du cannabis (47 % contre 30 %), et elles ont également plus souvent déclaré avoir elles-mêmes déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (27 % contre 18 %). Comme dans le cas de l'alcool et du tabac, malgré une expérimentation plus fréquente, leur usage de cannabis au cours des douze derniers mois n'est pas plus fréquent. Les personnes qui ont laissé leur adresse ont donc plus souvent une expérience directe (par leurs consommations propres) ou indirecte (par leur entourage) des principales substances licites et illicites.

Ce groupe de personnes semble aussi avoir été plus souvent touché par les campagnes d'information récentes sur le sujet des drogues. En effet, elles sont moins nombreuses à n'avoir pas entendu parler du livret d'information grand public (74 % contre 79 %) et sont deux fois plus nombreuses à l'avoir lu (7 % contre 3 %). L'expérience directe ou indirecte des principales substances licites ou illicites se doublerait donc d'un intérêt plus grand pour l'information sur les drogues et les résultats des enquêtes sur le sujet. Cela se manifeste également par des réponses plus modérées à l'égard de propositions comme la thèse de l'escalade (69 % l'accréditent, contre 74 %), ou comme l'assimilation des usagers d'héroïne à des « parasites » (19 % partagent cette opinion, contre 26 %). De la même façon, ces individus tiennent davantage compte de la fréquence d'usage pour juger de la dangerosité d'un produit : 48 % pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation (contre 55 %) et sont plus nombreux à penser que

l'interdiction de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle (33 % contre 28 %). En revanche, leur appréciation de la dangerosité des autres produits licites ou illicites, ou leur adhésion à la proposition selon laquelle l'interdiction de consommer de l'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle, ne sont pas différentes de celles des personnes qui n'ont pas laissé leur adresse.

En somme, les personnes qui ont laissé leur adresse pour obtenir les résultats de l'enquête ont une tolérance plus grande vis-à-vis du cannabis (à l'exception des autres substances) et seraient un peu mieux informées sur le sujet des drogues en général. Pour autant, les estimations de la proportion d'expérimentateurs de cannabis en France qu'elles fournissent ne diffèrent pas de celles des autres.

Afin de respecter les consignes de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et d'assurer la confidentialité nécessaire à ce type d'enquête, un certain nombre de procédures étaient nécessaires : l'institut a utilisé le CD-ROM des numéros de téléphone de France Télécom indépendamment de l'OFDT, le numéro de téléphone était ensuite composé automatiquement par le système CATI, l'enquêteur n'ayant jamais connaissance ni du nom de l'enquêté, ni du numéro de téléphone. Le lien entre le numéro de téléphone et le fichier de données, utile pour récupérer des informations sur la géographie sans alourdir le questionnaire (département et taille d'agglomération), était rompu dès la fin de l'entretien. Dans le questionnaire, aucune question ne permet d'identifier le répondant : les fichiers sont totalement anonymes et ne sont pas même indirectement nominatifs dans la mesure où ne sont demandés ni la date de naissance précise (mais uniquement l'âge en années révolues), ni le lieu de naissance, ni celui de résidence.

La base de sondage est l'annuaire téléphonique pour la France métropolitaine, qui ne contient que les abonnés au téléphone (environ 90 % des ménages en 2001<sup>6</sup>), sans les lignes en listes rouge et orange. Ces dernières représentaient environ 18 % des abonnés en 1997 (Brossier et Dussaix, 1999). Comme pour la plupart des enquêtes téléphoniques, les personnes inscrites sur liste rouge échappent à l'enquête. Toutefois, des analyses menées sur le Baromètre Santé 2000 du Comité français d'éducation pour la santé (CFES<sup>7</sup>) semblent montrer qu'une fois contrôlé le

6. Ce taux a augmenté jusqu'en 1997, atteignant 95,8 %, mais a baissé depuis pour atteindre 91,5 % en 2000 (Roy et Vanheuverzwyn, 2000) et 87 % en 2001 (Médiamétrie, 2001).

7. Devenu Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES).

profil sociodémographique de ces personnes, leurs réponses aux questions d'opinion ne diffèrent pas significativement de celles des personnes joignables par l'annuaire (Beck *et al.*, 2001b).

La précision des pourcentages présentés dans ce rapport peut être estimée, même si la méthode des quotas choisie pour cette enquête ne permet pas, en théorie, de mesurer des intervalles de confiance, c'est-à-dire une mesure de l'imprécision. Le tableau suivant donne, pour plusieurs niveaux de pourcentage, les intervalles de confiance dans le cas d'un sondage aléatoire simple sur un échantillon de 2 009 observations :

**Tableau 2 - précision des résultats d'un sondage aléatoire simple sur un échantillon de 2 009 personnes**

Proportions en %	50	60	70	75	80	85	90	92	94	96	98
	50	40	30	25	20	15	10	8	6	4	2
$\alpha = 0,05$	± 2,2	± 2,1	± 1,9	± 1,8	± 1,7	± 1,5	± 1,3	± 1,1	± 1,0	± 0,8	± 0,6
$\alpha = 0,01$	± 2,9	± 2,8	± 2,5	± 2,4	± 2,2	± 2,0	± 1,7	± 1,4	± 1,3	± 1,1	± 0,8

Lecture : pour un pourcentage estimé à 80 %, si l'on retient un risque d'erreur  $\alpha$  de 5 %, la marge d'erreur est de 1,7 %, et l'intervalle de confiance sera donc [78,3 % ; 81,7 %].

Les pourcentages figurant dans le rapport sont donnés avec une décimale lorsqu'ils portent sur l'ensemble de l'échantillon, cette décimale étant supprimée pour les croisements car les effectifs sont moins importants.

### Les changements méthodologiques par rapport à EROPP 1999 : la prise en compte du développement de la téléphonie mobile

Le taux d'équipement des foyers en téléphone filaire classique baisse depuis quelques années (Roy et Vanheuverzwyn, 2000). Parallèlement, la proportion d'individus (ou de ménages) équipés d'un téléphone portable mais ne possédant plus de ligne fixe a beaucoup augmenté ces dernières années, au point que seuls 1,1 % des ménages français ne sont plus joignables par téléphone. Ainsi, en 1998, à peine un tiers des foyers sans téléphone fixe était équipé d'un téléphone mobile, alors que c'est désormais le cas de plus de 90 % d'entre eux (Médiamétrie, 2001).



S'ils ne représentent encore qu'une faible proportion de la population des 15-75 ans, les détenteurs exclusifs de téléphones mobiles possèdent des caractéristiques particulières, ce qui pourrait diminuer la représentativité d'une enquête téléphonique filaire classique (Roy et Vanheuverzwyn, 2000). Il devenait donc indispensable d'essayer d'imaginer une solution nouvelle pour atteindre la population des détenteurs de portable ayant abandonné le téléphone filaire.

Un projet d'ordonnance laisse aux différents opérateurs jusqu'au 31 décembre 2002 pour finaliser la réalisation de l'annuaire universel des portables. Celui-ci n'étant pas opérationnel à la fin de l'année 2001, il n'a pas été possible de l'utiliser comme base de sondage<sup>8</sup>. Il a donc été décidé de procéder à une génération aléatoire de numéros de portable, avec une stratification par opérateur selon les données de l'Autorité de régulation des télécommunications (ART), afin de respecter la répartition réelle des parts de marché de chacun de ces opérateurs. Les éventuels doublons ont ensuite été supprimés. Un échantillon de 201 possesseurs de portables n'ayant pas de ligne fixe a ainsi été interrogé.

**Tableau 3 - Répartition des numéros de téléphone mobile par opérateur**

Opérateur téléphonique	Potentiel approximatif de n° alloués	%	Nombre de numéros générés dans la base
1. SFR	17 000 000	34 %	3 434
2. FTM (Itineris)	22 000 000	45 %	4 445
3. Bouygues	10 500 000	21 %	2 121
TOTAL	49 500 000	100 %	10 000

Contrairement à la méthode utilisée dans d'autres enquêtes pour générer des numéros potentiellement sur liste rouge (sélection de numéros sur liste blanche et incrémentation du dernier chiffre du numéro afin d'optimiser les chances de générer un numéro effectivement attribué à un ménage), il n'y avait pas d'intérêt à

8. Sinon, il aurait été possible de récupérer trois échantillons des numéros mobiles auprès des trois opérateurs, à partir desquels il suffisait d'inverser l'annuaire des filaires pour repérer ceux de l'échantillon mobile n'étant pas dans l'annuaire filaire (avec toutefois le risque qu'ils soient en fait en liste rouge, risque contrôlable lors de l'entretien).

instaurer un pas + 1 en l'absence de base de sondage initiale. Une question filtre permettait, dès le début de l'entretien, de mettre hors cible les individus possédant également une ligne fixe. S'il s'agissait d'un portable professionnel mais que l'individu ne possédait pas de ligne fixe, il était retenu dans l'échantillon. Un même numéro était abandonné au bout de huit tentatives infructueuses. Lorsque les enquêteurs se trouvaient en présence d'une messagerie vocale, ils avaient pour consigne de ne pas laisser de message. Les jeunes habitant chez leurs parents et disposant de la ligne téléphonique fixe de ces derniers étaient ainsi considérés comme hors cible, puisque susceptibles d'être choisis, au sein de leur ménage, dans l'échantillon auprès des lignes fixes.

Une équipe composée de six enquêteurs et d'un superviseur a été mobilisée pour cette enquête. Afin de limiter les coûts et suivant l'expérience des chargés d'étude de la SOFRES, le questionnaire a été réduit à une durée de quinze minutes. Parmi les autres problèmes spécifiques, devaient être pris en compte la mauvaise qualité sonore des communications vers les mobiles (il était toutefois possible de prendre rendez-vous pour faire l'entretien sur un téléphone fixe du choix de l'enquêté), la limite de durée des batteries, le risque d'interruption de la communication en cas de mobilité, ainsi que la perte de l'information sur le lieu de résidence.

Plusieurs stratégies ont été envisagées pour intégrer à l'enquête menée sur les lignes fixes l'apport de connaissances résultant de l'investigation sur les individus possédant pour seul téléphone un appareil portable. Il aurait ainsi été possible de réinsérer ces individus dans l'échantillon de l'enquête principale en pondérant les données en fonction du poids réel de la population des détenteurs exclusifs de téléphone portable<sup>9</sup>. La méthode retenue *in fine* est moins sophistiquée et plus descriptive puisque les résultats de l'enquête sur mobiles ont été totalement séparés de ceux de l'enquête fixe. L'idée est de décrire la population qui échappe à l'enquête fixe plutôt que de construire un échantillon global en agrégeant les deux sources.

## Déroulement de l'enquête

Une enquête pilote auprès de cinquante personnes a été organisée à la mi-novembre, la dispersion de cet échantillon-test ayant été assurée par des quotas simplifiés (sexe, âge en trois tranches, PCS du chef de ménage en trois tranches),

9. Voir p. 145-154.

afin d'interroger un nombre suffisant d'individus susceptibles de rencontrer des difficultés lors de la passation (les plus jeunes et les plus âgés) et de s'assurer de la faisabilité des changements proposés au sein du questionnaire. Ce test a permis d'ajuster les nouveaux ajouts et d'entraîner quelques-uns des enquêteurs. Une séance de formation des enquêteurs d'une journée a ensuite été menée conjointement par la SOFRES et l'OFDT avant le début de l'enquête. Les principaux points abordés concernaient les objectifs de l'enquête et l'enjeu majeur de limiter le taux de refus. Le questionnaire a été présenté en détail et des exercices de simulation ont été pratiqués, les enquêteurs se l'administrant mutuellement jusqu'à ce que les principaux cas de figure aient été éprouvés. Grâce à cet inventaire des objections possibles, les argumentaires à utiliser ont été mis au point collectivement.

Tout au long du terrain, quatre superviseurs ont coordonné la quarantaine d'enquêteurs chargés du terrain, les encadrant et les assistant en direct lorsque cela s'avérait nécessaire. À tout moment, ils pouvaient diriger l'enquêteur en cas d'entretien délicat. Ils fournissaient aussi quotidiennement à l'OFDT l'état d'avancement du terrain, afin d'éviter toute dérive par rapport aux prévisions de réalisation d'interviews. La présence de membres de l'équipe de recherche sur le terrain a permis de compléter ce soutien aux enquêteurs, contribuant à garantir la qualité du contact avec les enquêtés, le respect des formulations des questions et des modalités de réponse. Par ailleurs, le travail des enquêteurs était contrôlé (sur la présentation, le respect des consignes, des formulations et des règles d'identification de l'enquêté, la bonne codification des renseignements signalétiques...). Ainsi, environ 15 % des entretiens ont été suivis par un superviseur. Les enquêteurs étaient payés à l'heure et ne pouvaient travailler plus de sept heures par jour et plus de 3 h 30 consécutives.

En moyenne, 5,3 adresses et 13,4 appels furent nécessaires pour réaliser un entretien (cf. tableau 4 page suivante pour le détail).

Une réunion de bilan avec l'ensemble des enquêteurs et des chefs d'équipe s'est tenue le 14 décembre 2001. Les enquêteurs ont donné leur avis sur les questions posées et les réactions qu'elles ont pu susciter chez les enquêtés ; leurs remarques ont été reprises au fur et à mesure dans le corps de l'étude. À la fin de chaque interview, l'enquêteur pouvait apporter quelques précisions et donner son sentiment sur le déroulement de l'entretien. Ainsi, 86,4 % des entretiens se sont selon eux déroulés sans problème. Quatre-vingts entretiens (soit 4,0 %) ont été jugés confus et contenant des propos parfois incohérents (il s'agissait essentiellement de personne âgées), la proportion d'enquêtés dans ce cas augmentant avec l'âge. Une certaine passivité a été relevée dans 2,9 % des cas et de la distraction dans 2,1 %. Méfiance, scepticisme quant à l'intérêt de l'enquête et même agressi-

**Tableau 4 - Bilan du terrain**

	Nombre de numéros fixes différents	Nombre de numéros portables différents
Interviews complètes	2 009	201
Hors cible	101	467
Hors quotas	800	
Absents, pas de réponse après 8 appels	1 315	1 334
Refus	3 872	94
Ligne occupée	77	22
Faux numéros	432	197
Fax, modems	40	10

Source : EROPP 2002, OFDT

vité ont été notés dans respectivement 1,8 %, 1,6 % et 1,1 % des cas, et pour 1,0 % des enquêtés, l'enquêteur a eu un doute sur la sincérité des réponses, en particulier chez les plus jeunes. Toutes ces caractéristiques ont été relevées aussi souvent lorsque l'enquêté était un homme ou une femme.

### Mesure des évolutions 1999-2002

Les comparaisons entre les enquêtes EROPP 1999 et 2002 présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999 (sur la base du Recensement de la population de 1990 actualisé par l'enquête emploi de l'INSEE de 1996<sup>10</sup>). Ceci peut expliquer les petits écarts entre les données 2002 présentées dans les tableaux et les graphiques (qui sont pour leur part calés sur le Recensement de la population de 1999, actualisé par l'enquête emploi de l'INSEE de 2000) et celles des paragraphes portant sur les évolutions. Ces écarts restent néanmoins toujours en deçà de 1 %.

10. À l'instar du redressement sur l'enquête emploi de 2000, aucune borne n'a été fixée pour les poids à affecter aux individus, ceux-ci variant de 0,669 à 1,578.

## Les campagnes de communication menées entre 1999 et 2002

Entre les deux enquêtes, deux importantes campagnes d'information ont été menées en direction du grand public sur deux supports différents : télévision (avril et octobre 2000) et presse écrite (été 2001). L'objectif de la première était de remettre à niveau les connaissances de l'ensemble de la population sur les drogues et les dépendances, renvoyant à l'envi au livret d'information grand public *Savoir plus, risquer moins* édité par la MILDT et le CFES et disponible en kiosque au prix de 10 F. Pour la première fois, l'alcool et le tabac se trouvaient évoqués en termes de risques et de dangers, au même niveau que les autres drogues.

Cette première campagne était composée de quatre spots publicitaires de 15 secondes chacun, mettant en scène des situations censées éveiller la curiosité des téléspectateurs. Relayée par la presse écrite, cette série de spots a été diffusée sur les chaînes hertziennes ainsi que sur une sélection des chaînes du câble. Selon les post-tests menés à l'époque, elle avait eu plus d'impact sur les expérimentateurs de cannabis que sur les consommateurs réguliers d'alcool.

Au début de l'été 2001, une seconde campagne à destination des « adultes référents » a été lancée dans différents quotidiens (pleine page intérieure et quatrième de couverture des quotidiens *Le Monde*, *Libération*, *Le Figaro*, *Le Parisien*, *La Croix*, *L'Humanité* et *L'Équipe*). Le slogan, « Il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre », invitait le lecteur à réagir aux comportements et aux consommations des jeunes. Reposant sur les résultats de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) menée par l'OFDT en mai 2000 et détaillant les usages des adolescents français de 17 à 19 ans, quatre affiches évoquaient les consommations d'alcool, de cannabis et d'ecstasy, ainsi que les polyconsommations. Ces pages renvoyaient également au livret *Savoir plus, risquer moins*, au numéro vert de Drogues alcool tabac info service (DATIS) et au site internet [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr).

## PRÉCAUTIONS D'INTERPRÉTATION

L'objectif de cette enquête n'est pas de mesurer les connaissances des Français, mais bien de brosser un tableau de leurs représentations des drogues, de leurs usagers et des politiques publiques qui y sont liées. La juxtaposition de questions presque identiques portant sur des substances aussi différentes dans leurs modes de consommation ou leurs dangers que le tabac, l'alcool, le cannabis et l'héroïne résulte de la volonté de recueillir les opinions des enquêtés de la manière

la plus neutre possible, et ne vise pas à accroire que les produits et leurs usages sont tous comparables ou bénéficient de représentations similaires. Adressées à des personnes interrogées au hasard dans le cadre d'une enquête (qui contraint également le temps et donc le nombre de questions), les questions doivent de surcroît être simples et intelligibles au plus grand nombre. En conséquence de quoi, seuls quelques aspects simples des produits, de leurs usages, de leurs usagers ou des politiques publiques sont abordés. Néanmoins, l'homogénéité du questionnement permet de brosser un tableau d'ensemble qui a du sens.

Les personnes qui ont participé à l'enquête sont interrogées sur le présent et non sur leurs comportements ou leurs croyances passés, et il ne leur est pas demandé de justifier leurs réponses. Les analyses conduites dans ce rapport sont donc essentiellement descriptives : il ne s'agit pas d'expliquer l'état de l'opinion (par exemple l'attitude des Français à l'égard de la législation concernant le cannabis, ou des mesures de réduction des risques), mais seulement de le décrire en le mettant, dans la mesure du possible, en rapport avec des caractéristiques socio-démographiques ou comportementales pertinentes. Ce qui n'exclut pas l'émission de quelques hypothèses d'interprétation des résultats, souvent en rapport avec d'autres sources de données.



**PREMIÈRE PARTIE**

**PRÉOCCUPATIONS  
ET CONNAISSANCES DU PUBLIC**

## SYNTHÈSE

---

En 2002, 61,0 % des Français déclarent se sentir informés sur les drogues, soit légèrement plus qu'en 1999 (ils étaient alors 57,9 %). Comme en 1999, 70,4 % connaissent l'existence des traitements de substitution, mais la connaissance de la vente des seringues sans ordonnance a quelque peu baissé (passant de 68,4 % à 63,8 % en trois ans). Cette diminution traduit sans doute la banalisation de cette pratique qui n'est plus guère médiatisée depuis quelques années. Par ailleurs, 5,1 % des enquêtés déclarent avoir lu le livret *Savoir plus, risquer moins*, ce qui représente environ deux millions de personnes. La même proportion déclare l'avoir eu entre les mains (sans pour autant l'avoir lu) et 13,9 % en ont entendu parler, soit au total environ un quart des Français. Lorsque les enquêtés étaient invités à estimer combien de personnes, en France, ont aujourd'hui fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, de façon générale, leurs estimations se sont trouvées plutôt au-dessus des chiffres publiés récemment sur cette question : si l'on retient comme référence le chiffre d'environ 20 % d'expérimentateurs en « population adulte », il apparaît que parmi ceux qui ont proposé une proportion, sept enquêtés sur dix se situent au-delà de ce seuil, et plus de la moitié au-dessus de 30 %.

En réponse à la question : « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », les Français citent en moyenne 3,8 produits. La « notoriété » du cannabis, qui reste le produit le plus fréquemment cité, se trouve en hausse, tout comme celles de l'héroïne, de l'opium et de la cocaïne, qui avaient baissé entre 1997 et 1999. La fréquence de citation du LSD est très proche de celle de 1999, tandis que celle de l'ecstasy, qui avait beaucoup augmenté entre 1997 et 1999, stagne désormais. Comme en 1999, le tabac et l'alcool se situent respectivement aux 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> places, cités chacun par environ un enquêté sur cinq, ce qui montre que la conception qu'ont les Français des drogues dépasse le seul cadre des substances illicites depuis quelques années déjà. Il est à noter que ces opinions générales sur les drogues sont rarement uniformes, et restent clivées par l'âge, le sexe ou, de façon plus marquée, par le degré de proximité avec le cannabis et le niveau de diplôme. En particulier, si les femmes sont souvent

plus sévères que les hommes, l'élévation du niveau d'éducation ou une proximité plus grande avec le cannabis gomme bien souvent la différence entre les sexes. Ainsi, citer spontanément l'alcool et le tabac parmi les drogues reste un comportement plus fréquent parmi les individus les plus diplômés ou ayant déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, à l'inverse du fait de considérer que la drogue est un motif de préoccupation pour la société.

### MOTIFS DE PRÉOCCUPATIONS POUR LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

La première question d'opinion consistait à proposer aux enquêtés six motifs de préoccupation pour la société française (dans un ordre aléatoire), afin qu'ils choisissent les deux qui leur semblaient les plus importants (Tableau 5).

Tableau 5 - Principaux motifs de préoccupation pour la société française\*

« L'insécurité »	49,6 %
« La pauvreté »	33,6 %
« Le chômage »	32,2 %
« Le sida »	29,8 %
« La pollution »	29,2 %
« La drogue »	24,2 %

\* Les enquêtés devaient choisir deux items parmi ceux proposés : le total atteint donc presque 200 %.

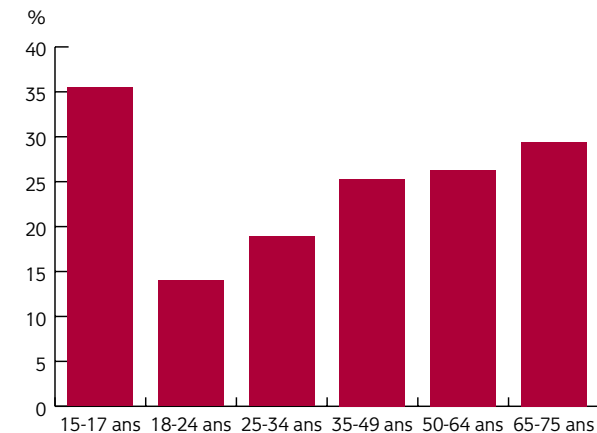
Source : EROPP 2002, OFDT

Dans un contexte médiatique situé à mi-chemin entre les attentats du 11 septembre 2001 et les élections présidentielles et législatives françaises, dont elle aura été l'un des principaux thèmes de campagne, il n'est pas étonnant que l'insécurité arrive en tête des inquiétudes des personnes interrogées : une sur deux la cite comme premier ou second motif de préoccupation. Pour les cinq autres items, les scores sont assez resserrés : le tiers des enquêtés cite des motifs sociaux (pauvreté et chômage), suivis par les préoccupations d'ordre sanitaire, la drogue n'étant citée que par un peu moins d'un enquêté sur quatre (24,2 %).

La proportion d'enquêtés citant la drogue est plus élevée dans l'Ouest de la France et surtout dans le Nord (presque 30 %), et moindre à Paris (17 %). Elle est inversement corrélée à la taille de la commune de résidence des enquêtés : dans les

communes de moins de 20 000 habitants, elle atteint près de 29 %, contre 22 % dans celles de plus de 100 000 habitants (et 17 % à Paris). La drogue est davantage citée par les femmes (28 %, contre 20 % des hommes), par les moins diplômés (31 % parmi les sans diplôme et les titulaires d'un certificat d'étude ou d'un brevet des collèges<sup>11</sup>, contre moins de 18 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur) et par la catégorie socioprofessionnelle « ouvriers » (30 %, contre 17 % parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures). Enfin, les préoccupations à l'égard de la drogue augmentent régulièrement avec l'âge entre 18 et 75 ans, tandis que les 15-17 ans se distinguent par un score très élevé : dans cette tranche d'âge, 35 % des enquêtés citent la drogue parmi leurs deux premiers motifs de préoccupation (figure 1)<sup>12</sup>.

Figure 1 - Enquêtés classant la drogue parmi leurs deux premiers motifs de préoccupation pour la société française, en % par tranche d'âge



Source : EROPP 2002, OFDT

11. Pour éviter des répétitions, la population correspondant à ce regroupement de niveaux scolaires sera nommée par la suite « les moins diplômés ».

12. Un modèle logistique contrôlant les effets des principales variables socio-démographiques (présenté en annexe), permet de montrer que, toutes choses égales par ailleurs, les femmes citent plus souvent que les hommes la drogue comme motif de préoccupation, de même que les 15-17 ans par rapport aux plus âgés, mais que ces effets dus au sexe ou à l'âge sont fortement atténués par l'élévation du niveau de diplôme, la taille de l'agglomération de résidence, ou la proximité avec le cannabis. Il sera toujours fait référence à ce modèle dans les notes qui suivent.

## NIVEAU D'INFORMATION RESSENTI

Dans l'échantillon EROPP 2002, 10,4 % des enquêtés déclarent se sentir « très bien informés » sur les drogues, tandis que 50,6 % se sentent « plutôt bien informés », 29,9 % « plutôt mal informés » et 8,5 % « très mal informés ». Ces proportions sont très semblables à celles obtenues dans l'enquête 1999 où elles atteignaient, dans le même ordre, 7,8 %, 50,1 %, 30,9 % et 10,2 %. Toutefois, même si elle reste modeste, l'augmentation de la proportion d'enquêtés se sentant très bien informés (de 7,8 % à 10,4 %) s'avère statistiquement significative.

Le fait de se sentir bien informé (c'est-à-dire « très bien » ou « plutôt bien », soit 61 % pour l'ensemble de l'échantillon) dépend peu de la région, mais s'avère plus fréquent dans les grandes zones urbaines : c'est le cas de 70 % des enquêtés de l'agglomération parisienne et de 64 % de ceux résidant dans une autre commune de plus de 100 000 habitants, contre seulement 53 % dans les communes de moins de 2 000 habitants. C'est aussi un sentiment plus partagé par la population masculine (déclaré par 66 % des hommes contre 57 % des femmes), et positivement associé au niveau de diplôme : il est partagé par 71 % des diplômés du supérieur, contre 54 % des moins diplômés. Ce sentiment varie aussi selon la catégorie socioprofessionnelle (de 73 % pour la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures, contre 47 % pour les agriculteurs). En revanche, il n'est que très modérément lié à l'âge, même s'il tend à diminuer chez les plus âgés (de 66 % chez les 15-17 ans à 56 % chez les 65-75 ans).

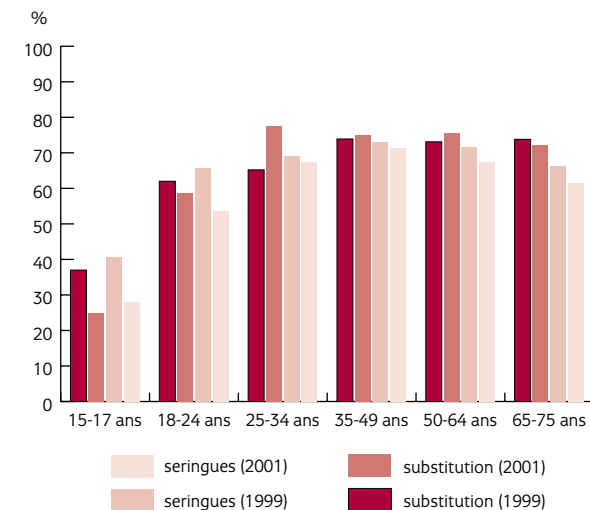
Enfin, les préoccupations à l'égard de la drogue décroissent avec le niveau d'information ressentie : parmi ceux qui se sentent très bien informés, seuls 19 % classent la drogue dans leurs deux premiers motifs de préoccupation, contre 31 % de ceux qui se sentent très mal informés.

## CONNAISSANCES RELATIVES À LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Les questions exploitées ici sont trop limitées pour constituer un véritable indicateur « objectif » des connaissances des enquêtés en matière de drogues et de toxicomanies. Elles permettent néanmoins de se faire une idée de ce que déclarent savoir les enquêtés de la politique de réduction des risques : 70,4 % disent connaître l'existence des traitements de substitution et 63,8 % la vente des seringues sans ordonnance. Relativement à 1999, la première proportion reste inchangée, tandis que la seconde a quelque peu baissé (elle atteignait 68,4 % lors du premier exercice d'EROPP).

Pour ces deux questions, de façon générale, Paris et l'est de la France s'opposent aux régions de l'ouest, dans lesquelles les proportions d'enquêtés déclarant connaître ces mesures sont plus faibles. Ces proportions décroissent également avec la taille de la commune. Les hommes connaissent ces mesures un peu plus souvent que les femmes, l'écart n'étant significatif que pour les traitements de substitution (73 % contre 68 %). La relation avec le niveau scolaire s'avère particulièrement prononcée : parmi les diplômés du supérieur, 87 % connaissent l'existence des traitements de substitution et 78 % la vente de seringues sans ordonnance, contre seulement 55 % et 49 % parmi les moins diplômés. De même, on retrouve encore une opposition en termes socioprofessionnels : parmi la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures, 81 % connaissent la substitution (contre 60 % des ouvriers) et 71 % la vente des seringues sans ordonnance (contre 50 % des agriculteurs). Enfin, du point de vue de l'âge, le niveau de connaissance mesuré pour ces deux questions est nettement plus faible chez les 15-17 ans, avec des maxima correspondant aux classes d'âge intermédiaires.

Figure 2 - Proportions d'enquêtés connaissant la substitution et la vente de seringues sans ordonnance, par tranches d'âge, en 1999 et en 2001



Source : EROPP 2002, OFDT

La figure 2 permet de détailler par tranches d'âge les évolutions observables entre 1999 et 2002. Pour les deux questions, il apparaît que le niveau de connaissance a baissé chez les moins de 25 ans, et tout particulièrement entre 15 et 17 ans. Si globalement aucune différence significative n'apparaît entre les deux enquêtes pour la substitution, cela est dû au « rattrapage » observé pour cette question entre 25 et 34 ans. On notera aussi une légère érosion du niveau de connaissances chez les 65-75 ans. Ces résultats sont sans doute dus à la moindre médiatisation entourant ces deux mesures au cours des dernières années. Ils témoignent du caractère éphémère des connaissances des mesures de réduction des risques telles qu'elles sont observables en population générale, à cause de déficiences des mémoires individuelles (les personnes peuvent « oublier » une connaissance) et du renouvellement des générations (les plus âgés n'ont pas transmis ces connaissances aux plus jeunes).

On note enfin que les enquêtés qui déclarent connaître l'existence de ces deux mesures de réduction des risques classent moins souvent la drogue parmi leurs deux premiers sujets de préoccupation pour la société française, et se sentent mieux informés sur les drogues.

### CONNAISSANCES RELATIVES AU LIVRET SAVOIR PLUS, RISQUER MOINS

Le questionnaire EROPP 2002 comportait deux questions relatives au livret *Savoir plus, risquer moins*, édité par la MILDT et le CFES dans le but de mettre à disposition du grand public toutes les informations scientifiquement validées sur les risques liés à la consommation de produits. Ce livret a été diffusé à près de cinq millions d'exemplaires depuis la fin de l'année 1999<sup>13</sup>. Parmi les enquêtés, 5,1 % l'ont lu, 5,1 % l'ont simplement eu entre les mains : le livret a donc atteint directement une personne sur dix, soit environ 4 millions de personnes. Par ailleurs, 13,9 % en ont seulement entendu parler, tandis que 75,7 % n'en n'ont jamais entendu parler. Au total, seul 1 % des enquêtés est capable de citer spontanément le titre de ce livret. Quelques-uns donnent des titres très proches du véritable titre, comme « savoir plus, drogue info santé » ou « drogues savoir plus », ou encore citent des slogans de campagnes de prévention plus anciennes (« la drogue, parlons-en »). D'autres réagissent lorsque l'enquêteur leur donne le véritable titre, se souvenant alors l'avoir déjà entendu.

13. Ce livret a d'abord été vendu dans les kiosques à un million d'exemplaires au prix de 10 F, puis diffusé gratuitement dans différents réseaux des services de l'État et des associations.

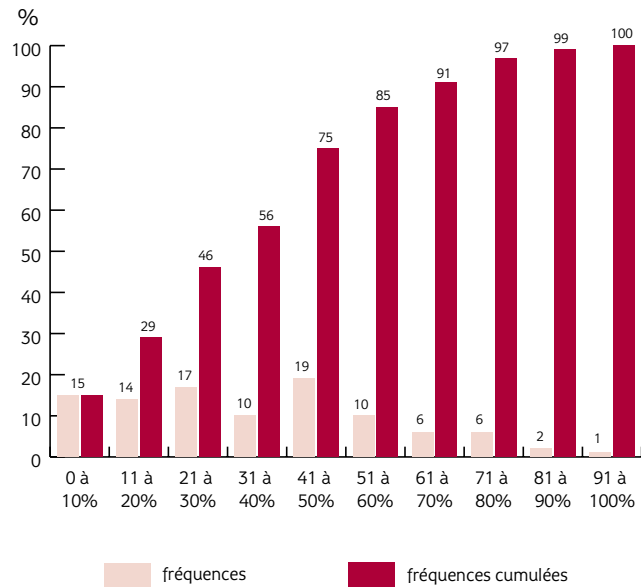
La proportion d'enquêtés qui ont lu le livret ou l'ont eu entre les mains augmente avec la taille de la commune de résidence. Si cette proportion ne varie pas selon le sexe, elle atteint 16 % parmi les diplômés du supérieur, les cadres et professions intellectuelles supérieures, contre 8 % parmi les moins diplômés et les ouvriers. Elle chute également avec l'âge : entre 15 et 24 ans, un enquêté sur cinq a lu le livret ou l'a eu entre les mains, contre un sur dix entre 25 et 49 ans, puis moins d'un sur vingt au-delà. Parmi les enquêtés qui ont lu le livret ou l'ont eu entre les mains, 82 % s'estiment bien informés sur les drogues (contre 58 % dans le reste de l'échantillon), respectivement 84 % et 78 % connaissent l'existence des traitements de substitution et de la vente de seringues sans ordonnance (contre 69 % et 62 %). En revanche, avoir été en contact avec le livret n'a aucune incidence sur le fait de se déclarer préoccupé par la drogue pour la société française.

### ESTIMATION DE LA « BANALISATION » DU CANNABIS

En fin de questionnaire, les enquêtés étaient invités à estimer combien de personnes, aujourd'hui, en France, ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie : 74,6 % ont donné une proportion, 10,7 % un effectif, tandis que 14,6 % ont préféré ne pas répondre (la proportion de non-réponses est plus élevée parmi les femmes et les moins diplômés, elle augmente aussi avec l'âge). Les enquêtés ont donc très majoritairement préféré répondre en indiquant une proportion. Toutefois, certains d'entre eux ont réalisé que cette tâche n'était pas si facile : ainsi un enquêté répond d'abord 80 %, puis se rend compte que le dénominateur de sa proportion inclut des populations très peu concernées, ce qui l'amène à baisser son estimation initiale : d'abord à 70 %, « à cause des personnes âgées », puis à 60 %, « à cause des enfants ». Peut-être aurait-il fallu poser cette question en précisant une (ou plusieurs) tranche(s) d'âge de référence, mais une telle précision aurait sans doute compliqué la passation.

Parmi les enquêtés qui ont indiqué une proportion, 29 % situent le niveau de prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins, 27 % le situent entre 21 et 40 %, et 19 % entre 41 et 50 % (décile modal). Un quart des enquêtés concernés donne une proportion supérieure à 50 % (Figure 3). Pour résumer ces réponses, on se contentera par la suite de trois catégories : les enquêtés qui situent la prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins (soit 29 % des enquêtés concernés), ceux qui la situent entre 21 et 50 % (soit 46 %), enfin ceux qui la placent au-delà (25 %).

**Figure 3 - Estimation de l'expérimentation de cannabis aujourd'hui en France, donnée et proportion**



Source : EROPP 2002, OFDT

Ces proportions peuvent être comparées aux chiffres produits et médiatisés ces dernières années : paru début 2000, le livret *Savoir plus, risquer moins* mentionnait une proportion de presque un tiers d'expérimentateurs parmi les 18-44 ans (Baromètre Santé 1995), tandis que les chiffres publiés en 2002 faisaient état de 20 % pour les 12-75 ans (Baromètre Santé 2000), et de près de 50 % à 17-18 ans (ESCAPAD 2000). De façon générale, les estimations des enquêtés semblent plutôt au-dessus de ces chiffres : si l'on retient comme base de référence le chiffre d'environ 20 % d'expérimentateurs en « population adulte », il apparaît que parmi ceux qui ont proposé une proportion, sept enquêtés sur dix se situent au-delà de ce seuil.

Parmi les enquêtés qui indiquent une proportion, les femmes donnent des estimations plus élevées que les hommes : parmi les premières, 24 % évaluent la prévalence de l'expérimentation du cannabis à 20 % ou moins (contre 33 % des hommes), et 28 % à plus de 50 % (contre 21 % des hommes). L'estimation de cette prévalence décroît aussi avec l'âge : entre 15 et 25 ans, près de la moitié des enquêtés qui se sont prononcés donnent une proportion supérieure à 50 %, contre à peine un sur dix parmi les 50-75 ans. Ce dernier résultat s'explique peut-être en partie par le fait que chaque tranche d'âge centrerait sur elle-même sa représentation de la population française : au moment de répondre à cette question sur l'expérimentation du cannabis, les 50-75 ans et les 15-25 ans n'ont sans doute pas la même population de référence en tête. L'estimation de la prévalence de cette expérimentation s'avère également plus élevée parmi ceux qui classent la drogue parmi leurs deux premiers sujets de préoccupation pour la société française, parmi ceux qui ont lu ou eu entre les mains le livret *Savoir plus, risquer moins* et enfin parmi ceux qui s'estiment bien informés sur les drogues. Cette estimation n'est pas non plus indépendante de l'expérimentation du cannabis : parmi les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, 40 % évaluent la prévalence de l'expérimentation à plus de 50 %, contre seulement 19 % dans le reste de l'échantillon.

Parmi les 10,7 % qui ont donné un effectif, c'est-à-dire un nombre absolu d'expérimentateurs, une fois éliminée une valeur aberrante (200 millions), les estimations, sans doute pour certaines plus ou moins fantaisistes, oscillent entre 3 expérimentateurs et 50 millions, avec une moyenne légèrement supérieure à 8 millions. Un tiers de ces enquêtés donne un effectif inférieur ou égal à 1 million, avec ensuite un peu moins d'un quart des réponses pour chacune des trois tranches suivantes : 1 à 5 millions, 5 à 12 millions, plus de 12 millions.

### LES SUBSTANCES CITÉES SPONTANÉMENT COMME ÉTANT DES DROGUES

Pour la troisième fois depuis 1997<sup>14</sup>, la question « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom<sup>15</sup> ? » a été posée à l'ensemble des enquêtés, en début de questionnaire avant qu'aucune substance n'ait été citée par l'enquêteur. Celui-ci avait pour consigne d'inciter fortement le répondant à faire un effort de réflexion pour parvenir à citer au moins quelques produits. Il

14. Cette question a été posée dans l'enquête téléphonique Publimétrie – Grande Écoute 1997 menée auprès de 1 002 individus de 15 ans et plus, selon la méthode des quotas, puis dans EROPP 99.

15. Lors du débriefing, les enquêteurs ont insisté sur l'importance de la précision « ne serait-ce que de nom » car les répondants peuvent être intimidés par le terme de « connaissance ».

**Tableau 6 - Produits spontanément cités en tant que drogues**

Substance	Question fermée		Question ouverte		rang en 2002
	CFES 1993 n = 1 001	Publimétrie 1997 n = 1 002	OFDT 1999 n = 2 002	OFDT 2002 n = 2 009	
Haschisch (ou shit)	92 %	-	40,1 %	46,1 %	
Cannabis	86 %	67 %	26,3 %	37,2 %	1*
Marijuana (ou herbe)	-	-	25,3 %	23,2 %	
Cocaïne	99 %	56 %	53,7 %	59,7 %	2
Héroïne	99 %	40 %	44,9 %	48,1 %	3
Ecstasy	-	29 %	39,1 %	37,4 %	4
LSD	-	22 %	26,7 %	26,6 %	5
Tabac	77 %	17 %	20,8 %	19,7 %	6
Alcool	84 %	14 %	20,3 %	18,8 %	7
Crack	-	-	12,2 %	13,4 %	8
Opium et autres opiacés	94 %	7 %	7,6 %	10,0 %	9
Morphine	-	7 %	7,5 %	5,4 %	10
Certains médicaments	-	-	5,5 %	4,4 %	11
Les médicaments	-	-	4,4 %	4,1 %	12
Amphétamines	75 %	2 %	4,4 %	3,6 %	13
Champignons hallucinogènes	-	-	1,1 %	2,4 %	14
Acides	-	-	2,1 %	1,7 %	15
Colle	77 %	-	1,3 %	1,7 %	15
Éther	78 %	3 %	-	1,3 %	17
Café	9 %	-	1,1 %	0,9 %	18
Solvants	-	-	0,9 %	0,5 %	19
Produits dopants	-	-	1,3 %	0,3 %	20
Autres	-	-	3,4 %	3,4 %	
Autres non drogues	-	-	2,3 %	0,7 %	
Ne sait pas	-	14 %	6,2 %	3,7 %	

\*Au moins l'un de ces 3 produits a été cité par 78 % des personnes interrogées en 1999 et 82 % en 2002.

NB : Les « - » désignent les substances non proposées par les répondants en 1997, 1999 et en 2002, et par les enquêteurs en 1993.

Sources : CFES 1993, Publimétrie 1997, OFDT 1999, 2002

faut toutefois souligner que certains enquêteurs ont peu relancé, craignant l'interruption de l'entretien, la question se situant en début de questionnaire. Les membres de l'équipe de recherche ayant précisé que le nombre moyen de produits avait été de 3,7 en 1999, certains enquêteurs se sont arrêtés dès trois ou quatre substances citées. Il a donc fallu, dans les premiers jours de l'enquête, insister auprès d'eux pour qu'ils laissent l'enquête donner le maximum de produits afin que le relevé soit le plus complet possible. Cet effort a sans doute porté ses fruits dans la mesure où seuls 3,7 % des enquêtés n'ont pas cité de produits (contre 14 % en 1997 et 6,2 % en 1999,  $p < 0,001$ ), le nombre moyen de produits cités en 2002 atteignant 3,8. Comme en 1999, le nombre maximum de substances citées par un enquêté est de 13, un tiers citant au moins 5 produits différents.

Pour mesurer des évolutions, seules les trois dernières enquêtes présentées dans le tableau 6 (Publimétrie 1997 et OFDT 1999 et 2002), qui ont en commun l'emploi d'une question ouverte, s'avèrent réellement comparables. Le produit le plus souvent cité est le cannabis, puisque 82,0 % des enquêtés citent soit le haschisch, soit la marijuana, soit le cannabis ou un de ses dérivés (78,0 % en 1999). Vient ensuite la cocaïne, citée par 59,7 % des enquêtés (53,7 % en 1999), pourcentage significativement supérieur à celui obtenu par l'héroïne (48,1 %, contre 44,9 % en 1999). Suivent dans l'ordre l'ecstasy (37,4 %) et le LSD (26,6 %), puis le tabac (19,7 %) et l'alcool (18,8 %). La « notoriété » de la cocaïne, qui avait baissé entre 1997 et 1999, se trouve en hausse, tout comme celle de l'héroïne et de l'opium. Celle du LSD est très proche et celle de l'ecstasy, qui avait beaucoup augmenté entre 1997 et 1999, stagne désormais (39,1 % contre 37,4 % en 1999, différence non significative).

Comme en 1999, les hommes citent en moyenne significativement plus de produits que les femmes (4,2 contre 3,5,  $p < 0,001$ <sup>16</sup>). Ceux qui ont déjà consommé du cannabis en nomment également davantage (respectivement 5,3 contre 3,4 produits). Le nombre de produits cités augmente aussi régulièrement avec le niveau scolaire (2,9 pour les moins diplômés, 5,1 pour les diplômés du supérieur), et diminue avec l'âge, après avoir marqué un pic entre 18 et 24 ans (3,6 produits pour les 15-17 ans, 4,6 pour les 18-24 ans, 2,9 pour les 65-75 ans). Il semblerait en fait que certains enquêtés parmi les plus jeunes aient été gênés par le fait de dire les noms des produits à haute voix.

16. Tous les résultats présentés dans ce paragraphe sont significatifs au seuil 0,05.



Comme en 1999, le tabac puis l'alcool se situent respectivement aux 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> places. Si les citations de ces deux produits sont légèrement inférieures à celles recueillies en 1999, cette différence n'est toutefois pas significative, la progression observée entre 1997 et 1999 semblant donc ne pas avoir eu de suite. Le fait de citer spontanément l'alcool est très lié au fait d'évoquer le tabac. En effet, environ les trois quarts de ceux qui considèrent l'alcool comme une drogue citent également le tabac.

**Tableau 7 - Facteurs associés au fait de citer le tabac et l'alcool parmi les drogues (% en ligne)**

	Citent l'alcool	Citent le tabac
<b>Sexe</b>		
homme	19,1 % ns	20,4 % ns
femme	18,5 %	19,2 %
<b>Âge en six classes</b>		
15-17 ans	8,2 %*	13,9 % ns
18-24 ans	20,6 %	22,4 %
25-34 ans	22,4 %	21,8 %
35-49 ans	19,0 %	18,9 %
50-64 ans	19,6 %	22,1 %
65-75 ans	15,6 %	15,5 %
<b>Cannabis</b>		
déjà essayé	26,0 % ***	23,2 %*
jamais pris	16,7 %	18,7 %
<b>Niveau scolaire</b>		
Aucun, certificat	11,1 %***	12,5 %***
CAP, BEP	15,7 %	17,5 %
bac	19,7 %	22,1 %
supérieur	29,6 %	28,1 %
<b>Total</b>	<b>18,8 %</b>	<b>19,7 %</b>

\* : p < 0,05. \*\* : p < 0,01. \*\*\* : p < 0,001. ns : non significatif (test d'indépendance du  $\chi^2$ ).

Source : EROPP 2002, OFDT

Les facteurs associés au fait de citer l'un de ces deux produits sont très proches (la seule différence concerne l'association avec l'âge, non significative pour le tabac, vraisemblablement pour des raisons d'effectifs). Dans les deux cas, le sexe n'a pas d'influence significative, tandis que le fait d'avoir un niveau scolaire élevé favorise la mention du tabac ou de l'alcool parmi les drogues. Pour l'âge, on voit apparaître un effet cycle de vie, avec une évolution en U inversé : ce sont les catégories d'âge les plus actives qui citent le plus fréquemment l'alcool ou le tabac parmi les drogues (plus de 24 % pour ces deux substances parmi les 35-49 ans), tandis que les plus jeunes et les plus âgés les citent moins souvent. Les enquêtés qui ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie mentionnent beaucoup plus souvent l'alcool, mais à peine plus le tabac<sup>17</sup>.

En 1993, une question fermée à 13 modalités avait été posée<sup>18</sup> (cf. tableau 6). Celle-ci montrait que lorsque la question est posée explicitement (avec des modalités fermées), les enquêtés s'accordent majoritairement sur le fait que le tabac (77 %) mais surtout l'alcool (84 %) sont des drogues. Dans un sondage BVA<sup>19</sup> mené en juin 2002, 86 % des Français se déclaraient en accord avec l'idée que ce dernier est une drogue, toujours en réponse à une question fermée, le niveau observé en 1993 semblant ainsi légèrement dépassé.

Dans le Baromètre Santé 2000, une approche complémentaire a été tentée avec la question : « Quels produits considérez-vous comme étant une drogue ? » À l'inverse de la formulation utilisée dans EROPP, cette question avait été comprise comme portant sur les produits n'étant *a priori* pas des drogues, c'est-à-dire pas des drogues illicites (sous-entendu : « on sait bien que l'héroïne, le cannabis... sont des drogues, donc on ne les cite pas »). Le tabac est le produit qui s'est trouvé le plus souvent mentionné par les 15-75 ans en 2000 (41,0 % le citent en premier, 21,1 % en deuxième et 9,3 % en troisième ou en quatrième position, soit 71,4 % des individus en tout<sup>20</sup>). Vient ensuite l'alcool (22,6 % le citent en premier, 30,7 % en deuxième et 11,8 % en troisième ou en quatrième position, soit 65,1 % des individus en tout). Les drogues illicites sont nettement moins évoquées, l'intérêt d'une telle question étant surtout de confirmer que, pour une majorité des Français, le classement de l'alcool et du tabac au sein des drogues n'apparaît plus incongru.

17. Toutes choses égales par ailleurs (voir modèle en annexe), seuls l'élévation du niveau de diplôme et le fait d'être consommateur récent de cannabis restent significativement associés au fait de citer l'alcool ou le tabac parmi les drogues.

18. Enquête téléphonique CFES/IFOP menée par quotas auprès de 1 001 personnes de 15 ans et plus en 1993.

19. Sondage téléphonique omnibus par quotas (sur le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la région et la catégorie d'habitation) réalisé par BVA auprès de 969 personnes de 18 ans et plus, les 7 et 8 juin 2002.

20. Seuls quatre produits étaient relevés par les enquêteurs dans cette enquête.



## Le cannabis et ses appellations

Le recours à une question ouverte fournit également des informations sur les appellations en vigueur dans la population générale. Ainsi, 82,0 % de l'échantillon évoque le cannabis ou un produit dérivé parmi les drogues qu'ils connaissent. Parmi eux, 68,5 % citent un seul produit et 24,8 % en citent deux. Seuls huit individus citent plus de trois produits différents dérivés du cannabis.

Parmi les personnes ayant spontanément fait référence au cannabis ou à un produit dérivé (n = 1 647), 41,7 % citent le haschisch (16,7 % le shit), 40,2 % le cannabis, 19,8 % la marijuana, 10,1 % l'herbe, 3,7 % le joint et 3,3 % le pétard. Ces appellations correspondent à celles qui étaient précodées sur l'écran du CATI. D'autres sont également données par les répondants<sup>21</sup>, parfois en verlan [teush (1), beuh (4)], parfois sous forme de variantes [skunk (1), ganja (1), pollen (2), shitla (1), shishit (1), haya (2) sinsemilia (1), Tamien (1), kif (2), barrette (2), résine (4), huile (1), chanvre (6)] ou d'abréviation [hasch (12), popo (2), chichon (2)]. Certaines appellations renvoient au mode d'administration [fumette (1), bédo (1)] ou à l'origine géographique [maroco (1)]. Enfin, un qualificatif accompagne parfois la citation [fameuse herbe (1)].

### « Si un de vos proches avait un problème lié à l'usage d'une drogue, à qui vous adresseriez-vous ? »

À cette question, l'enquêté devait indiquer une réponse en clair (aucune modalité n'était proposée et plusieurs réponses étaient possibles). Plusieurs précodages étaient prévus afin de faciliter la saisie de l'enquêteur : ami, conjoint, membre de la famille, médecin, organisme spécialisé, association. Lors de l'examen des réponses, quatre catégories ont été ajoutées : l'hôpital, la personne elle-même, un psychologue ou un psychanalyste, la police ou la gendarmerie. Les deux interlocuteurs les plus fréquemment cités appartiennent à la sphère médicale au sens large : il s'agit du médecin et des organismes spécialisés (le psychologue ou psychanalyste, l'hôpital sont également cités, mais nettement moins souvent). L'entourage familial et surtout amical est beaucoup moins souvent mentionné et seule une minorité de personnes a répondu qu'elle s'adresserait directe-

ment à la personne qui rencontre un problème avec la drogue (8 %). Selon les enquêtes, les problèmes liés aux drogues semblent donc fréquemment devoir impliquer une structure et une prise en charge extérieures, et non pas seulement un dialogue avec la personne en cause, si proche soit-elle. Toutefois, cette structure particulière des réponses est à mettre en rapport avec la formulation de la question qui n'invite pas au dialogue, mais plutôt à formuler une demande pour obtenir une réponse : il n'est pas dit « à qui parleriez-vous ? » mais « à qui vous adresseriez-vous ? », ce qui sous-entend qu'il faut recourir à une personne ou à une institution tierces pour obtenir une aide ou entreprendre une prise en charge de la personne.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer choisir un interlocuteur de la sphère médicale au sens large ou une association, tandis que les hommes sont plus nombreux à dire vouloir s'adresser directement à la personne qui souffre d'un problème avec une drogue. L'entourage familial ou amical, les forces de l'ordre ou l'hôpital sont en revanche autant cités par les hommes que par les femmes.

La proportion de personnes qui déclarent qu'elles feraient appel aux forces de l'ordre n'a pas varié depuis l'enquête commandée par la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue conduite par Monique Pelletier en 1978 (2 %), qui posait également une question assez proche (« si vous appreniez qu'un de vos amis prend de la drogue, quelle serait votre première réaction ? »).

**Tableau 8 - Si un de vos proches avait un problème lié à l'usage d'une drogue, à qui vous adresseriez-vous ? (pourcentage en colonne)**

	Femmes	Hommes	Total
Médecin	72***	65	69
Organisme spécialisé	26*	22	24
Membre de la famille	12 ns	13	12
À la personne en question	7**	10	8
Association	8***	4	6
Psychologue ou psychanalyste	5 ns	4	5
Hôpital	4 ns	5	4
Ami	4 ns	4	4
Police, gendarmerie	2 ns	3	2
Conjoint	1 ns	0,5	1
Ne sait pas	3**	6	4

\*, \*\*, \*\*\* : test du  $\chi^2$  pour la comparaison entre les sexes (pour chaque ligne) significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif. Le total d'une colonne dépasse 100 %, car plusieurs réponses ont pu être fournies.

Source : EROPP 2002, OFDT

21. Toutes les citations ont été recodées dans la catégorie précodée la plus proche (exemple : bédo dans joint ; beuh dans herbe...). Le chiffre entre parenthèse suivant chaque appellation désigne le nombre d'enquêtés l'ayant employée.

L'âge permet de mettre en évidence certaines différences : le médecin est plus souvent cité par les enquêtés les plus âgés (par 30 % des 15-17 ans, 66 % des 26-34 ans, 75 % des plus âgés) ; le psychologue ou le psychanalyste par les tranches d'âge intermédiaires (par 7 % des 25-34 ans) ; enfin, le fait de s'adresser à un membre de la famille est invoqué surtout parmi les jeunes (par 43 % des 15-17 ans, 23 % des 18-34 ans, moins de 10 % des plus âgés), comme le fait de s'adresser à un ami (par 13 % des 15-17 ans, 9 % des 18-24 ans, moins de 5 % des plus âgés<sup>22</sup>).

À âge et sexe contrôlés, avec l'élévation du niveau de diplôme, envisager de recourir à un médecin devient plus fréquent, et envisager de recourir à la police, plus rare.

## DEUXIÈME PARTIE

### LES PRODUITS, LEURS USAGES ET LEURS EFFETS

---

22. Dans l'enquête européenne Eurobaromètre 2002 sur les attitudes et les opinions des 15-24 ans sur les drogues ayant interrogé 7 687 individus en face à face (Callemien, 2002), une question relativement similaire était posée : « Si vous vouliez en savoir plus sur la drogue, à qui vous adresseriez-vous ? » Il apparaît que pour l'ensemble des pays de l'Union européenne, c'est le centre d'aide spécialisé sur la drogue qui arrive en tête de la liste proposée, devant un professionnel de santé (45 %), un ami (36 %) et Internet (28 %). Au sein de cet échantillon européen, les jeunes Français présentent la particularité de répondre en premier lieu un professionnel de santé (54 %), renvoyant à une spécificité française de médicalisation des questions liées aux drogues, au moins dans les représentations du public.

## SYNTHÈSE

---

Le produit jugé le plus dangereux par les Français reste l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne arrivant loin derrière, suivies par l'alcool et le tabac. Le cannabis arrive en dernière position, seules 2,0 % des personnes interrogées jugeant qu'il est le produit le plus dangereux, cette proportion étant en baisse depuis 1999 (elle atteignait 3,4 %). Par contre, la population exprime en 2002 des opinions plus sévères qu'en 1999 à l'égard des drogues licites. Cette évolution s'observe, d'une part, à travers une baisse des seuils estimés de dangerosité des consommations quotidiennes : en moyenne, ce seuil est passé de 3,6 verres à 3,0 verres pour l'alcool, de 11,4 à 10,0 pour le nombre de cigarettes. D'autre part, cette évolution se traduit par une perception accrue des dangers des consommations occasionnelles ou de l'expérimentation : 14,5 % des enquêtés (contre 8,5 % en 1999) jugent qu'une consommation occasionnelle d'alcool peut être dangereuse, 24,7 % (contre 20,7 %) estiment que le tabac est dangereux dès la première cigarette. En outre, une large partie de la population est convaincue que le tabac (61,7 %) et l'abus d'alcool (70,4 %) représentent des dangers plus grands pour la société que la consommation de substances illicites.

La proportion de personnes jugeant que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise, mais seulement à partir d'une consommation quotidienne, a augmenté (32,9 % contre 28,1 %). Toutefois, la moitié de la population continue à juger que son expérimentation est déjà dangereuse (51,3 % en 1999 contre 50,8 % en 2002). Le cannabis est ainsi jugé un peu moins dangereux par la frange de la population qui lui était déjà la moins hostile, mais globalement, la perception de la dangerosité de ce produit reste inchangée. L'opinion selon laquelle la consommation de cannabis conduirait à consommer par la suite des produits plus dangereux (ou « thèse de l'escalade »), est partagée par les deux tiers de la population, résultat identique à celui de 1999. Cependant, il est à noter que la part des personnes tout à fait d'accord avec cette idée a diminué, passant de 39,4 % à 36,1 %. Autrement dit, le cannabis voit son image s'améliorer à la marge, tant du point de vue de sa dangerosité propre que du risque de passer à un usage de substances plus dangereuses. Il jouit d'un statut à part, tant face aux autres substances illicites, jugées plus dangereuses, que face aux substances licites (alcool, tabac), jugées plus addictives.

La proportion de personnes jugeant que l'ecstasy est dangereuse dès l'expérimentation s'est accrue, passant de 75,6 % à 78,6 %, alors que dans le même temps, la proportion de personnes qui disaient ne pas connaître la substance a décru, passant de 4,9 % à 3,3 %.

La dangerosité perçue du cannabis varie avec l'âge et le sexe (les femmes et les personnes plus âgées sont plus nombreuses à juger qu'il est dangereux dès qu'on essaye), mais varie surtout fortement avec la proximité qu'on entretient avec lui et en particulier le fait d'en avoir déjà consommé. Elle apparaît indépendante du niveau d'éducation. La dangerosité perçue des autres produits varie davantage avec la formation scolaire : ainsi les plus diplômés (qui distinguent clairement le cannabis des autres produits en termes de dangerosité) jugent plus dangereuse l'expérimentation de l'héroïne, de la cocaïne ou de l'ecstasy, ou la consommation quotidienne de plus de dix cigarettes par jour. La consommation quotidienne de trois verres d'alcool ou plus par jour est un cas particulier, puisque ce seuil apparaît indépendant de tous ces facteurs.

## LES PRODUITS ILLICITES : CANNABIS, HÉROÏNE, ECSTASY...

### Dangerosité estimée

#### Le cannabis

Par rapport à l'alcool ou au tabac, le cannabis est plus souvent jugé dangereux dès la première consommation : 50,8 % des enquêtés pensent qu'il est dangereux dès qu'on essaye, contre 4,8 % pour l'alcool et 24,9 % pour le tabac. Un tiers des personnes juge que le cannabis est dangereux dès qu'on en fume tous les jours, tandis qu'une personne sur huit situe le seuil à l'item « fumer de temps en temps ». Une minorité (2,8 %) juge que le cannabis n'est jamais dangereux pour la santé, alors que personne n'a formulé cette opinion dans le cas de l'alcool ou du tabac (tableau 9).

Une vingtaine d'enquêtés ont commenté leur réponse pour la préciser. Pour eux, comme dans le cas de l'alcool et du tabac, la dangerosité du cannabis dépend beaucoup de la personne considérée, plus ou moins susceptible de supporter le produit ou de maîtriser sa consommation (« ça dépend des sujets »). La principale différence avec l'alcool et le tabac tient, selon les enquêtés, à la volonté et à l'entourage de la personne : « tout est question de personne et de tempéra-

ment », « tout dépend du caractère et du milieu dans lequel la personne vit ». La qualité du produit est parfois évoquée dans ce contexte : « Ça dépend des conditions de prise et de la qualité du produit. » Comme pour le tabac et l'alcool, la dépendance est également évoquée : « Au moment où on n'arrive plus à s'en passer... »

Tableau 9 - Seuil de dangerosité perçu du cannabis (% en colonne)

	Femmes	Hommes	Total
Dès qu'on en fume tous les jours	28,3 %	36,9 %	32,5 %
Consommation occasionnelle	10,6 %	13,1 %	11,9 %
Dès qu'on essaye	58,3 %	43,1 %	50,8 %
Ce n'est jamais dangereux	1,5 %	4,2 %	2,8 %
NSP, autres, ne veut pas dire	1,4 %	2,7 %	2,0 %

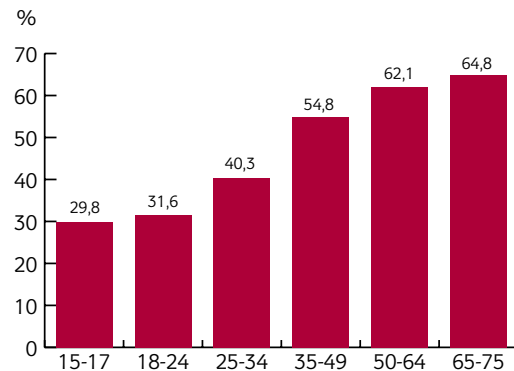
Source : EROPP 2002, OFDT

La perception de la dangerosité du cannabis varie beaucoup avec l'âge : 30 % des 15-17 ans pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation, cette proportion s'élevant ensuite avec l'âge pour atteindre 65 % chez les 65-75 ans (figure 4).

La taille de l'agglomération de résidence a également une certaine importance : plus de 55 % des enquêtés résidant dans des agglomérations de moins de 100 000 habitants jugent que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye, contre 47 % des enquêtés des agglomérations de plus de 100 000 habitants et 42 % de ceux de l'agglomération parisienne. De même, les chiffres varient selon la PCS du chef de ménage : si la moitié des commerçants, employés ou ouvriers, juge que le cannabis est dangereux dès la première prise, ce n'est le cas que d'un gros tiers des cadres (37 %). Enfin, cette perception de la dangerosité est évidemment fortement marquée par l'expérimentation du cannabis : ses expérimentateurs sont quatre fois moins nombreux à juger que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye (61,5 % contre 15,2 %,  $p < 0,001$ ). À l'inverse, ils sont beaucoup plus nombreux à juger que le cannabis est dangereux dès la consommation quotidienne (62,1 % contre 23,6 %,  $p < 0,001$ ) ou même qu'il n'est jamais dangereux (9,4 % contre 0,8 %,

$p < 0,001$ ). S'il existe une différence entre les sexes, elle est essentiellement le fait des personnes qui n'ont jamais fumé de cannabis au cours de leur vie : parmi elles, 67 % des femmes jugent que l'expérimentation de cannabis constitue déjà un danger, contre 55 % des hommes. L'expérimentation discrimine donc les opinions sur la dangerosité perçue du cannabis, et rapproche les opinions des hommes et des femmes sur la question<sup>23</sup>.

**Figure 4 - Pourcentage de personnes jugeant que le cannabis est dangereux pour la santé dès l'expérimentation, selon l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT.

Ce sont les cadres et les professions intermédiaires qui déclarent le moins souvent que le seuil de dangerosité du cannabis est l'expérimentation ; cette différence peut être en partie imputée à une prévalence plus élevée de l'expérimentation de cannabis dans ces catégories qu'en milieu rural ou parmi les ouvriers : l'expérimentation du cannabis concerne 40 % des cadres et 35 % des professions intermédiaires, contre 27 % des employés, 25 % des agriculteurs ou commerçants et moins de 20 % des ouvriers et des inactifs. L'analyse des réponses à cette question concernant la dangerosité du cannabis illustre la diffusion différenciée du canna-

23. Juger que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye reste fortement lié au degré de familiarité que l'on entretient avec lui : en avoir consommé au cours de sa vie ou des 12 derniers mois gomme complètement la différence entre les sexes ou entre les âges (ce produit illicite est le seul dans ce cas). Il faut également remarquer que le diplôme n'a plus aucune influence sur cette opinion (voir en annexe).

bis dans la population, plus importante en milieu urbain et chez les jeunes qu'en milieu rural et chez les personnes plus âgées<sup>24</sup>.

Les résultats concernant le cannabis apparaissent très proches de ceux obtenus en 1999. Il y avait en 1999 autant de personnes pour lesquelles l'expérimentation de cannabis constitue déjà un danger pour la santé (51,3 % contre 50,8 % en 2002) et un peu moins de personnes à dire que la consommation de cannabis n'est dangereuse pour la santé qu'à partir d'une consommation quotidienne (32,9 % vs 28,1 %,  $p < 0,001$ ). Les individus jugeant que le cannabis n'est jamais dangereux pour la santé étaient, quant à eux, un peu plus nombreux (3,0 % vs 5,3 %,  $p < 0,001$ ). Ainsi, le groupe considérant que le cannabis est peu dangereux (c'est-à-dire pas du tout ou seulement à partir d'une consommation quotidienne) est stable dans le temps.

### Les autres produits illicites : ecstasy, cocaïne et héroïne

Les enquêtés devaient se prononcer sur la dangerosité de trois autres substances illicites : l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne. Pour ces trois produits, les réponses proposées n'étaient pas exactement identiques : la question concernant l'ecstasy comprenait en plus la modalité « consommation hebdomadaire ». En effet, ce produit est souvent consommé lors d'événements festifs tels que les fêtes techno ou les sorties en boîte de nuit, qui se déroulent plutôt les week-ends, donc souvent à un rythme hebdomadaire.

Pour les enquêtés, l'héroïne et la cocaïne présentent des dangers similaires : plus des quatre cinquièmes jugent que l'expérimentation constitue déjà un danger et seule une minorité estime que la consommation devient dangereuse à partir d'une certaine fréquence (tableau 10). Par ailleurs, le fait qu'à peine un demi pour cent de l'échantillon avoue ne pas connaître ces substances souligne la notoriété de ces deux produits.

L'ecstasy, substance plus récente, apparaît un peu moins connue du public : 3,3 % des enquêtés avouent ne pas savoir de quoi il s'agit<sup>25</sup>. Dans l'ensemble, elle paraît aussi dangereuse que l'héroïne et la cocaïne : près des quatre cinquièmes des enquêtés situent le danger dès son expérimentation, sa consommation occasionnelle est jugée dangereuse aussi souvent que celle de la cocaïne et sa consommation quotidienne aussi souvent que celle de l'héroïne. La modalité « consom-

24. Dans des modèles logistiques contrôlant la PCS et l'expérimentation ou la connaissance d'usagers, il reste un effet propre à la PCS : la proximité des drogues n'explique pas toutes les différences.

25. Depuis l'exercice 1999, cette proportion a cependant baissé : elle s'établissait alors à 4,9 %.

mation hebdomadaire » n'a recueilli qu'une faible part des suffrages : les gens qui situent la dangerosité de l'ecstasy à ce seuil de consommation sont moins nombreux que ceux qui situent ce seuil à l'usage quotidien.

Globalement, la dangerosité perçue de ces trois produits semble davantage liée à leur nature qu'aux modalités de leur usage<sup>26</sup>.

**Tableau 10 - Seuil de dangerosité perçu de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne (% en colonne)**

	Ecstasy	Cocaïne	Héroïne
Consommation quotidienne	5,9 %	8,0 %	5,5 %
Consommation hebdomadaire	3,0 %	--	--
Consommation occasionnelle	8,0 %	8,1 %	5,7 %
Dès qu'on essaye	78,6 %	82,1 %	87,4 %
Ce n'est jamais dangereux	0,2 %	0,1 %	0,0 %
Ne connaît pas le produit	3,3 %	0,5 %	0,6 %
NSP, autres, ne veut pas dire	0,9 %	0,8 %	0,8 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Pour ces trois produits, les différences selon le sexe, l'âge ou la taille de l'agglomération de résidence sont très faibles. La profession du chef de ménage se révèle plus discriminante : les enquêtés des ménages dont le chef est agriculteur, retraité, inactif ou ouvrier, jugent moins souvent que les autres que le danger se situe dès l'expérimentation. Ainsi, 75 % des enquêtés issus de ménages dont le chef est ouvrier ou retraité sont de cet avis pour l'ecstasy, contre 88 % des commerçants et 85 % des professions intermédiaires (les cadres occupent une position intermédiaire avec 81 %) ; 78 % des ménages de retraités et 82 % des ménages d'ouvriers pensent de même pour la cocaïne, contre 87 % des ménages de commerçants ou de professions intermédiaires. Pour l'héroïne, bien que significatives, les différences sont moins importantes. Le lien entre la PCS du chef de famille et

26. Moins d'une vingtaine de répondants ont apporté des précisions : les principales concernent la dépendance ou l'habitude (« à partir du moment où on devient dépendant », « dès que ça devient une habitude », « dès qu'on s'y accoutume »). La variabilité individuelle est mentionnée une fois (« ça dépend des personnes »), la qualité du produit et son dosage une fois (« quand surdose du produit »). Certains enquêtés précisent des seuils très bas (« dès la deuxième fois », « à partir de trois prises »).

la dangerosité perçue de ces trois substances diffère notablement de celui observé pour le cannabis. Or, la prévalence de l'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis présente les mêmes variations selon la PCS que celle de l'expérimentation de cannabis : 7,0 % des cadres et 6,5 % des professions intermédiaires déclarent une telle expérimentation, contre 5,8 % des artisans, et moins de 4 % des autres PCS. Contrairement au cas du cannabis, le lien observé ne traduit donc sans doute pas une meilleure connaissance de ces substances.

Enfin, il faut noter que l'expérimentation du cannabis n'a que peu d'influence sur la perception de ces seuils de dangerosité : tout au plus y a-t-il légèrement moins de personnes à juger que l'ecstasy est dangereuse dès qu'on essaie parmi les expérimentateurs de cannabis que parmi les autres (74,7 % contre 79,8 %,  $p < 0,05$ )<sup>27</sup>.

*Pour la cocaïne, les résultats obtenus en 2002 sont très proches de ceux de 1999. Il y a légèrement plus d'individus déclarant un seuil supérieur à celui de l'expérimentation en 2002, l'écart étant tout juste significatif (16,6 % vs 14,3 %,  $p = 0,05$ ). Pour l'héroïne, les résultats sont quasiment identiques à ceux obtenus en 1999. L'héroïne reste la substance jugée la plus souvent dangereuse dès l'expérimentation. En revanche, l'image de l'ecstasy semble s'être dégradée, dans la mesure où la proportion de personnes situant le seuil de dangerosité dès l'expérimentation a légèrement crû entre les deux enquêtes (75,6 % vs 78,6 %,  $p < 0,05$ ). Cependant, ce jugement doit être tempéré par le fait qu'en 1999, une proportion plus importante de la population déclarait ne pas connaître ce produit (4,9 % en 1999 vs 3,3 % en 2002,  $p < 0,001$ ) : il est possible que le durcissement de l'opinion soit dû à une meilleure connaissance du produit. Ce durcissement touche aussi bien les femmes que les hommes, mais il est plus important parmi les jeunes : ainsi, parmi les 15-24 ans, 76,5 % jugent l'ecstasy dangereuse dès l'expérimentation en 2002, contre 69,8 % en 1999 ( $p < 0,05$ )<sup>28</sup>, alors que la tendance est inverse chez les 50-75 ans (sans être significative)<sup>29</sup>.*

27. Toutes choses égales par ailleurs, la perception des seuils de dangerosité de ces produits est très homogène au sein de la population (en particulier, l'âge ou la proximité avec le cannabis n'ont plus d'influence). En revanche l'effet du sexe persiste (les femmes sont plus nombreuses que les hommes à juger l'héroïne et l'ecstasy dangereuses dès qu'on essaye).

28. Chez les 25-49 ans, l'écart est tout aussi important : 81,4 % en 2002 contre 75,6 % en 1999 ( $p < 0,001$ ).

29. Les évolutions des représentations des produits illicites observées grâce à EROPP entre 1999 et 2002 en France, sont très proches de celles constatées en Angleterre, entre 1993 et 2001 : outre-manche, des chercheurs ont également montré la stabilité et la dureté des jugements à l'égard de la cocaïne et de l'héroïne et l'apparition d'une tendance plus libérale vis-à-vis du cannabis ; enfin, en 2001, l'ecstasy jouit également d'une représentation tout aussi mauvaise que celle de l'héroïne (présentation de quelques résultats de l'enquête British Social Attitude Survey, par A. Gould et N. Stratford, congrès annuel de l'ESSD - European Society for Social Research on Drugs-, Helsinki, septembre 2002 ; le rapport définitif est à paraître).



## La peur d'essayer

Comme en 1999, une série de questions invitait le répondant à indiquer à quel point il aurait peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois, divers produits psychoactifs. Le répondant devait se prononcer sur chaque substance, les analyses permettant de hiérarchiser les produits selon le niveau général de crainte déclaré. Ajoutons que, à l'instar de l'exercice 1999, les différents produits étaient cités dans un ordre aléatoire.

Sur la base de l'observation du travail de terrain mené en 1999, une modalité supplémentaire pouvait être utilisée par l'enquêteur : « L'enquêté refuse de se mettre en situation. » Celle-ci n'était toutefois pas proposée explicitement à l'enquêté afin de ne pas rompre l'échelle proposée et de ne pas trop nuire à la comparaison entre les deux exercices. Selon le produit évoqué, entre 30 et 70 personnes ont été codées par l'enquêteur dans cette modalité supplémentaire. Cela correspond à la fois à des réponses du type « pas du tout peur puisque je n'en prendrai jamais » mais aussi des « ne sait pas » ou « ne veut pas dire » (qui, de fait, étaient plus fréquents en 1999, de l'ordre de 1 à 2 %), ou encore des « ne connaît pas le produit<sup>30</sup> ». Les personnes qui ont été classées dans cette modalité de réponse sont plutôt âgées (58,5 ans en moyenne) et comptent autant d'hommes que de femmes.

Globalement, les produits peuvent être regroupés en quatre groupes suivant les peurs qu'ils inspirent. Le premier groupe est uniquement constitué par l'héroïne, qui inspire le plus de crainte aux enquêtés. Le deuxième groupe est composé de produits très différents, dont l'expérimentation suscite massivement la peur (entre 88,4 % et 90,7 %) mais qui ne font « très peur » qu'à environ deux tiers des enquêtés (entre 63,9 % et 69,0 %) : ecstasy, crack, cocaïne, et LSD. Le troisième groupe comprend des produits dont l'expérimentation ne fait « très peur » qu'à une courte majorité des enquêtés (entre 42,5 % et 57,4 %) : produits à inhaler, amphétamines, champignons hallucinogènes et produits dopants. Enfin, le quatrième et dernier groupe est composé du cannabis et des médicaments pour les nerfs, dont l'expérimentation fait peur à moins des deux tiers des personnes (respectivement 52,1 % et 65,3 %) et « très peur » à moins de la moitié (respectivement 17,1 % et 40,9 %).

Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir peur d'expérimenter les produits proposés, qu'ils soient licites ou illicites : ce résultat s'accorde bien avec le fait qu'elles sont également moins consommatrices que les hommes. L'âge discrimine également fortement les appréhensions : à l'except-

30. À chaque question, moins de 0,3 % des enquêtés (soit moins de 5 personnes) ont déclaré ne pas savoir ou ne pas vouloir répondre : cette modalité n'a donc pas été incluse dans le tableau.

**Tableau 11 - Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois... (% en ligne)**

	« Aurait peur »	très peur	plutôt peur	« N'aurait pas peur »	plutôt pas peur	pas peur du tout	refuse de se mettre en situation
Héroïne	<b>94,1 %</b>	76,8	17,3	<b>3,1 %</b>	1,3	1,8	2,6
Ecstasy	<b>90,7 %</b>	66,6	24,1	<b>5,2 %</b>	2,4	2,8	2,7
Crack	<b>89,4 %</b>	69,0	20,4	<b>3,9 %</b>	2,2	1,7	2,7
Cocaïne	<b>88,6 %</b>	63,9	24,7	<b>7,7 %</b>	2,9	4,8	3,6
LSD	<b>88,4 %</b>	65,6	22,8	<b>4,2 %</b>	2,3	1,9	2,6
Un produit à inhaler (colle, solvants, éther)	<b>87,5 %</b>	57,4	30,2	<b>9,0 %</b>	5,0	4,0	3,0
Amphétamines	<b>83,4 %</b>	49,4	34,0	<b>10,5 %</b>	5,8	4,7	3,0
Champignons hallucinogènes	<b>83,3 %</b>	56,7	26,8	<b>10,0 %</b>	5,8	4,2	2,4
Produit dopant (produit pour améliorer les performances)	<b>82,1 %</b>	42,5	39,6	<b>14,5 %</b>	9,0	5,5	3,2
Cannabis ou haschisch	<b>65,3 %</b>	40,9	24,3	<b>31,8 %</b>	16,6	15,2	2,9
Médicaments pour les nerfs (somnifère, tranquillisant, antidépresseur)	<b>52,1 %</b>	17,1	35,0	<b>46,0 %</b>	27,1	18,9	1,7

La colonne « Aurait peur » est l'agrégation des « très peur » et des « plutôt peur » (de même que la colonne « N'aurait pas peur »)

Source : EROPP 2002, OFDT

tion de la cocaïne, du LSD, de l'ecstasy et de l'héroïne, dont l'expérimentation effraie de la même façon toutes les classes d'âge, les plus jeunes sont moins souvent apeurés que les plus vieux à l'idée d'essayer un produit. Là encore, ce résultat est à mettre en rapport avec le lien entre âge et expérimentation.

En effet, la consommation de produits psychoactifs illicites mais aussi licites est fortement associée à la peur ressentie à l'idée d'expérimenter les produits proposés. Ainsi, le statut tabagique discrimine fortement le niveau de peur ressenti

face à une possible expérimentation : les fumeurs de tabac sont moins nombreux que les autres à avoir peur d'expérimenter les produits illicites proposés, à l'exception de l'héroïne, du LSD, des produits dopants, des médicaments pour les nerfs et du crack. La consommation quotidienne d'alcool n'est pas associée à la crainte des produits, excepté pour les médicaments pour les nerfs. En général, l'expérimentation de cannabis est associée à des peurs moindres, avec toutefois trois exceptions notables : l'héroïne, les médicaments pour les nerfs et les produits à inhaler. De façon générale, l'expérimentation de produits illicites autres que le cannabis fait donc peur, à l'exception des médicaments pour les nerfs, qui semblent beaucoup plus inoffensifs. Il faut ici préciser que lors du débriefing, les enquêteurs ont indiqué que de nombreux enquêtés auraient souhaité nuancer leur réponse en fonction de la prescription du médicament (tableau 11).

Par rapport à 1999, les produits qui suscitaient le plus d'appréhension voient leur statut renforcé en 2002, la modalité « très peur » augmentant de 5 à 9 points (le plus souvent au détriment de la modalité « plutôt peur »). La hiérarchie en est légèrement perturbée puisque le crack passe devant la cocaïne, le LSD devant les produits à inhaler et les amphétamines devant les champignons hallucinogènes. Les trois autres produits se distinguent donc encore plus clairement qu'en 1999 : le cannabis et les médicaments psychotropes suscitent même légèrement moins d'appréhension qu'en 1999. Il est également possible de comparer entre elles les évolutions des peurs ressenties face à chaque produit, entre 1999 et 2002. Sous cet angle apparaît une nette différenciation entre les produits (tableau 12).

### Le « risque d'escalade »

Une large majorité des personnes enquêtées (69,8 %) est d'accord pour estimer que la consommation de cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux : c'est la thèse de l'escalade. Le partage de cette opinion vient sérieusement nuancer l'image du cannabis que renvoie globalement la population. L'adhésion à cette opinion sous-entend que la consommation de cannabis porte en germe celle de substances plus dangereuses. Celles-ci sont clairement perçues comme dangereuses dès l'expérimentation par une large majorité des individus (près des quatre cinquièmes dans les cas de l'héroïne, de la cocaïne et de l'ecstasy). Or, le cannabis n'est jugé dangereux à ce stade que par une moitié des personnes interrogées (50,8 %), tandis qu'il paraît à une très large majorité (près de 70 %) moins addictif que le tabac et l'alcool. Ainsi, la dangerosité perçue du cannabis semble se fonder soit sur sa toxicité propre soit sur le risque induit par la tentation d'expérimenter d'autres substances dont l'usage est plus dommageable. Près d'un

**Tableau 12 - Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois...  
Évolution entre 1999 et 2002 (% en ligne)**

	1999	2002**	Évolution 1999/2002*			
	« Aurait peur »	« Aurait peur »	très peur	plutôt peur	plutôt pas peur	pas peur du tout
Héroïne	93,9 %	94,1 %	+6,4	-6,1	-0,2	-1,5
Ecstasy	88,3 %	90,6 %	+6,7	-4,4	-1,6	-0,5
Crack	86,4 %	89,5 %	+9,0	-6,0	-0,1	-1,4
Cocaïne	87,9 %	88,6 %	+4,8	-4,2	-1,2	-0,8
LSD	85,1 %	88,5 %	+8,7	-5,3	-0,4	-1,5
Un produit à inhaler (colle, solvants, éther)	86,3 %	87,5 %	+7,8	-6,5	-1,1	-1,6
Amphétamines	81,6 %	83,4 %	+7,2	-5,6	-2,1	-0,6
Champignons hallucinogènes	81,6 %	83,3 %	+8,5	-6,8	-0,5	-0,9
Produit dopant (produit pour améliorer les performances)	80,2 %	82,0 %	+1,2	+0,6	-1,5	-1,5
Cannabis ou haschisch	68,3 %	64,6 %	-0,1	-3,6	+3,5	+1,0
Médicaments pour les nerfs (somnifère, tranquillisant, antidépresseur)	55,2 %	52,2 %	-1,1	-4,1	+2,4	+0,5

\* : les chiffres précédés d'un « + » indiquent les hausses entre 1999 et 2002, ceux précédés d'un « - », les baisses.

\*\* : ces chiffres ont été obtenus avec la même pondération qu'en 1999. Le terme « peur » renvoie au regroupement des « très peur » et des « plutôt peur ».

Source : EROPP 1999, 2002, OFDT

tiers de la population juge le cannabis dangereux pour une seule de ces deux raisons : 25,6 % accorde foi à la thèse de l'escalade tout en jugeant que la simple expérimentation n'est pas un danger en soi, et 5,6 %, au contraire, qu'il est dangereux dès l'expérimentation mais sans croire à la thèse de l'escalade.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à adhérer à cette thèse de l'escalade. Cet écart peut être mis en rapport avec le fait qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à déclarer que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation (58,3 % contre 43,1 %, cf. tableau 13).



L'âge est un facteur très discriminant en faveur de cette représentation : si 47 % des 18-24 ans sont d'accord avec la proposition selon laquelle « fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux », cette proportion croît ensuite continûment avec l'âge des enquêtés (61 % de oui parmi les 25-34 ans, 88 % chez les 65-75 ans). Cette corrélation entre l'âge des répondants et leur adhésion à la thèse de l'escalade est très certainement liée à la consommation (l'expérimentation étant plus fréquente parmi les plus jeunes, ceux-ci ont une opinion moins négative du cannabis). Dans cette hypothèse, l'opinion un peu atypique des 15-17 ans (57 % sont d'accord avec la thèse de l'escalade) pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont moins nombreux à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie que leurs aînés de 18-24 ans (30 % contre 49 %) ou qu'ils partagent les opinions de leurs parents.

**Tableau 13 - Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux (% en colonne)**

	Femmes	Hommes	Total
Tout à fait d'accord	39,9 %	32,1 %	36,1 %
Plutôt d'accord	35,3 %	32,0 %	33,7 %
Sous-total d'accord	75,2 %	64,1 %	69,8 %
Plutôt pas d'accord	13,6 %	16,2 %	14,9 %
Pas du tout d'accord	9,7 %	18,2 %	13,9 %
Sous-total pas d'accord	23,3 %	34,4 %	28,8 %
NSP, ne veut pas dire	1,5 %	1,4 %	1,3 %

Source : EROPP 2002, OFDT

L'adhésion à cette thèse décroît avec la taille de l'agglomération de résidence : la proportion validant cette thèse atteint 77 % parmi les enquêtés résidant dans une agglomération de 2 000 à 20 000 habitants, 69 % parmi ceux qui résident dans une agglomération de plus de 100 000 habitants, et 62 % en agglomération parisienne. Enfin, la PCS du chef de famille oppose nettement les catégories cadres et pro-

31. Le fait d'être une femme ou d'avoir plus de 65 ans sont associés à un accord plus fréquent avec cette thèse ; le niveau d'éducation ne joue pas, mais la proximité avec le cannabis écrase les différences dues à l'âge ou au sexe (voir en annexe).

fessions intermédiaires (54 % et 59 % d'accord) aux commerçants (77 %), employés (74 %) et inactifs ou retraités (80 %) et, de même, l'élévation du niveau de diplôme va de pair avec une raréfaction de l'adhésion à la thèse de l'escalade<sup>31</sup>.

Début juin 2002, un sondage a posé une question très similaire : « Fumer du haschich ou du cannabis conduit-il à consommer des produits plus dangereux par la suite<sup>32</sup>? » Les résultats obtenus sont proches de ceux contenus dans EROPP 2002 : 67 % de personnes sont d'accord avec cette proposition, dont 39 % tout à fait d'accord. Au cours de la décennie passée, la proportion de personnes s'estimant d'accord avec la thèse de l'escalade a sensiblement décliné. Cette évolution avait déjà été mesurée entre le dernier exercice d'EROPP et une enquête SOFRES-Grande Écoute de 1992. Entre 1999 et 2002, au sein de la population âgée de 15 à 75 ans, EROPP n'enregistre pas de variation significative du niveau global d'assentiment à cette thèse (69,9 % d'accord en 1999, contre 69,8 % en 2002). En revanche, une légère variation peut être observée en ce qui concerne la proportion de personnes se déclarant tout à fait d'accord, qui a légèrement baissé (39,4 % contre 36,1 %) au profit de la proportion de personnes se déclarant plutôt d'accord.

**Tableau 14 - Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : évolution 1992-2002 (% en colonne)**

	1992 (12-44 ans)	1999 (15-44 ans)	2002 (15-44 ans)
Tout à fait d'accord	45 %	30,6 %	27,3 %
Plutôt d'accord	22 %	31,2 %	33,6 %
Sous-total d'accord	67 %	61,8 %	60,9 %
Plutôt pas d'accord	15 %	16,7 %	19,8 %
Pas du tout d'accord	13 %	20,5 %	18,5 %
Sous-total pas d'accord	28 %	37,2 %	38,2 %
NSP, ne veut pas dire	5 %	1,0 %	0,9 %

Source : SOFRES, 1992 ; EROPP 1999, 2002, OFDT

32. Sondage téléphonique omnibus selon la méthode des quotas (sur le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la région et la catégorie d'habitation) réalisé par l'institut BVA auprès de 969 personnes de 18 ans et plus, les 7 et 8 juin 2002. Cet échantillon est donc légèrement plus âgé. Dans un sondage Nova magazine CSA de février 2002, mené par téléphone auprès de 573 personnes, selon les mêmes quotas que ci-dessus, l'opinion des 18-50 ans apparaissait partagée entre partisans et opposants à la thèse de l'escalade.

## LES PRODUITS LICITES : ALCOOL ET TABAC

### La dangerosité estimée

#### L'alcool

Interrogés sur le seuil à partir duquel consommer de l'alcool est dangereux, plus des trois quarts des enquêtés indiquent une consommation quotidienne en nombre de verres par jour (3,0 verres quotidiens en moyenne<sup>33</sup>, 3,1 selon les hommes, 3,0 selon les femmes). Songeant sans doute aux conséquences accidentelles que peut avoir une consommation non maîtrisée (conduite en état d'ivresse, accidents domestiques, disputes, etc.), un sur sept répond qu'un seul épisode de consommation peut être dangereux s'il excède une certaine quantité (3,1 verres en moyenne). Moins d'une personne sur vingt juge que l'alcool est dangereux dès qu'on essaye (tableau 15<sup>34</sup>). Une cinquantaine d'enquêtés a désiré préciser sa réponse, montrant par là qu'elle ne se satisfaisait pas des modalités fermées proposées par l'enquêteur. Certains connaissaient précisément les seuils avancés dans les dernières campagne de prévention (« pour les femmes, 2 [verres par jour], pour les hommes, 3 ») ; d'autres avancent que le critère de dangerosité est l'addiction (« quand on ne peut plus s'en passer », « dès qu'on peut plus s'en passer ») ou la consommation « hors norme », comme la « consommation en dehors des repas, en plus », « quand on boit tout seul ». D'autres enfin soulignent la difficulté de répondre dans l'absolu à une telle question, en rappelant la variabilité des vulnérabilités individuelles (« ça dépend de la capacité des gens », « ça dépend des personnes »). Pour quelques personnes, il serait nécessaire de tenir compte du type d'alcool (« le vin n'est pas dangereux », « ça dépend du degré d'alcool, vin de table ou bière ou plus corsé, le vin de table à partir de 4-5 verres, le whisky déjà un verre c'est trop »).

La répartition des seuils de dangerosité exprimés en nombre de verres par jour suit une courbe assez régulière, croissante jusqu'à 3 verres, puis rapidement décroissante ensuite : moins de 15 % des enquêtés jugent que la consommation d'alcool est dangereuse au-delà de 5 verres quotidiens (figure 5).

33. Pour calculer cette moyenne, les réponses supérieures à 10 (verres par jour) ont été recodées à 10 ; moins de 1 % des réponses est concerné, la plus élevée étant 50 verres par jour.

34. Aucune réponse n'étant suggérée aux enquêtés, certains ont eu des difficultés à répondre parce qu'ils estiment que la dangerosité de l'alcool dépend de trop de paramètres pour répondre de façon simple : selon eux, il faudrait préciser les produits consommés, les contextes, l'ancienneté de la consommation, etc.

Tableau 15 - Seuil de dangerosité perçu pour l'alcool et le tabac (% en colonne)

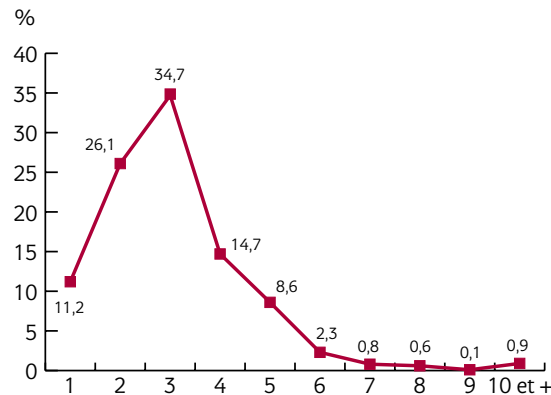
	alcool	tabac
Quantité par jour	77,2 %	72,5 %
Quantité en une seule occasion	14,5 %	0,8 %
Dès qu'on essaye	4,8 %	24,9 %
Consommation occasionnelle	0,5 %	0,4 %
Ce n'est jamais dangereux	0,0 %	0,0 %
NSP, autre, ne veut pas dire	0,3 %	1,4 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Sur cette question, la fréquence de consommation d'alcool est discriminante : exprimé en nombre de verres par jour, le seuil moyen de dangerosité estimé par les buveurs quotidiens<sup>35</sup> s'élève à 3,5 verres, contre 2,8 verres chez les personnes déclarant n'avoir pas bu au cours de la même période. Si les hommes et les femmes ont des perceptions assez proches, les variations suivant l'âge s'avèrent importantes. Pour les deux sexes, le seuil de dangerosité a tendance à s'élever avec l'âge : le seuil moyen passe de 2,9 verres (de 15 à 49 ans), à 3,5 verres parmi les 65-75 ans. À partir de 50 ans, une fraction importante et croissant avec l'âge de la population situe le seuil de dangerosité au-delà de quatre verres par jour (elle dépasse les 40 % au-delà de 65 ans), alors qu'elle est relativement stable entre 15 et 49 ans, aux alentours de 25 % (figure 6 page suivante). Les générations plus âgées ont donc davantage que les générations plus jeunes tendance à estimer qu'il faut une quantité quotidienne d'alcool plus importante pour mettre en danger sa santé. Ce résultat s'accorde bien avec le fait que la consommation quotidienne d'alcool est plus fréquente parmi les générations plus âgées (resp. 32 % et 40 % des 50-64 ans et des 65-75 ans disent avoir bu tous les jours au cours de la semaine précédant l'interview, contre 4 % des 18-34 ans).

35. Il s'agit des buveurs quotidiens au cours des sept jours précédant l'enquête.

**Figure 5 - Proportion de personnes indiquant un seuil de dangerosité perçue pour l'alcool en nombre de verres par jour**



Source : EROPP 2002, OFDT

De même, il existe des différences d'appréciation suivant la PCS du chef de ménage : le seuil de dangerosité se situe au-delà de quatre verres par jour pour plus d'un tiers des ménages d'agriculteurs, d'ouvriers, de commerçants ou d'artisans, alors que ce n'est le cas que pour moins d'un quart des personnes membres de ménages dont le chef est cadre, profession intermédiaire ou employé, qui le situent à moins de 3 verres.

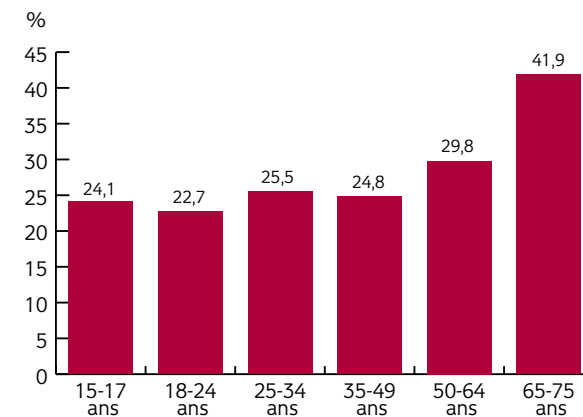
Dans EROPP 1999, la question concernant la perception de la dangerosité de l'alcool était exactement identique : 79,2 % des personnes interrogées avaient déclaré que l'alcool est dangereux à partir d'une consommation quotidienne, ce qui ne diffère pas significativement des résultats obtenus en 2002. Cependant, le seuil de dangerosité estimé a considérablement baissé, passant entre 1999 et 2002, de 3,6 à 3,0 verres quotidiens<sup>36</sup>. En 1999 également, une proportion relativement importante de l'échantillon avait répondu par des quantités importantes, dix verres par jour et plus (6,4 % des répondants, le maximum atteignant même 85 verres par jour...), ce qui n'est pas le cas en 2002 (moins de 1 % des répondants, le maximum atteignant 50 verres).

36. Pour le calcul de la moyenne, les mêmes corrections ont été effectuées en 1999 et 2002.

Cette baisse des seuils de dangerosité perçue est générale : elle touche aussi bien les hommes que les femmes, les jeunes que les moins jeunes. Toutefois, c'est parmi les plus jeunes qu'elle est la plus importante : chez les 15-24 ans, par exemple, le nombre moyen de verres au-delà duquel la consommation est jugée dangereuse est passé de 4,0 verres par jour en 1999 à 3,0 verres par jour en 2002, alors qu'il n'a baissé que de 0,3 verre par jour chez les 50-75 ans (3,6 en 1999 contre 3,3 en 2002).

Dans le Baromètre Santé 2000, il était explicitement demandé de se prononcer sur les effets néfastes d'une consommation quotidienne pour les hommes et les femmes séparément, à partir des deux questions suivantes : « À partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous qu'un homme/qu'une femme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ? » (enchaînées dans un ordre aléatoire). Globalement, d'après le Baromètre Santé 2000, un buveur de sexe non déterminé met donc sa santé en danger au-delà de 3,3 verres selon les femmes, au-delà de 3,4 verres selon les hommes. Ces moyennes sont très proches pour les deux sexes. Elles restent inférieures à celles d'EROPP 1999 mais supérieures à celles d'EROPP 2002.

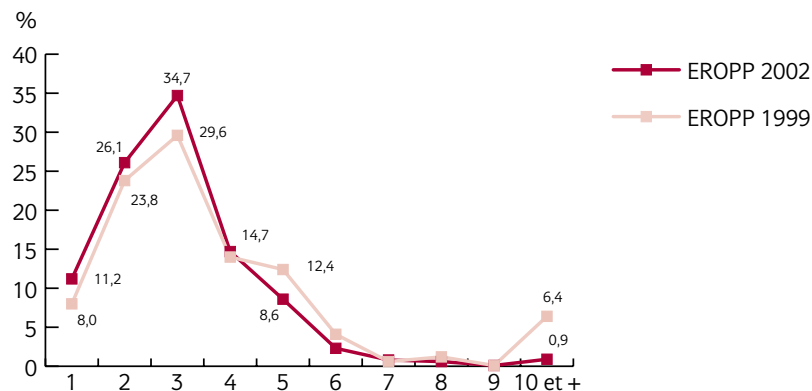
**Figure 6 - Proportion situant le seuil de dangerosité de l'alcool à partir de quatre verres par jour, selon l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

Une autre évolution importante concerne l'augmentation de la proportion d'individus qui déclarent qu'une quantité de boissons alcoolisées bue en une seule occasion est dangereuse pour la santé : 8,2 % en 1999 contre 14,5 % en 2002. L'ensemble de ces évolutions récentes pourrait donc traduire une perception accrue des méfaits de l'alcool au cours des dernières années.

**Figure 7 - Seuil de dangerosité perçue pour l'alcool en nombre de verres par jour en 1999 et 2002**



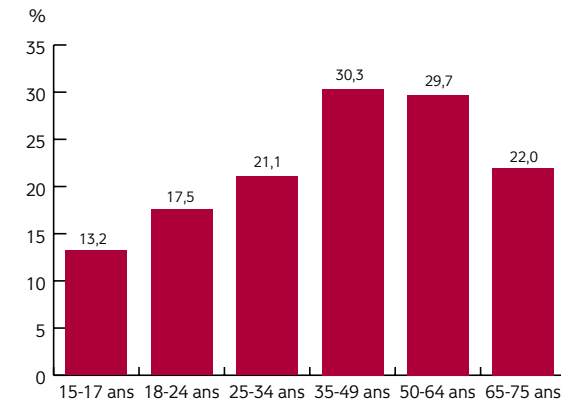
Source : EROPP 1999, 2002, OFDT

## Le tabac

Les réponses concernant le tabac sont similaires à celles concernant l'alcool sur un point : près des trois quarts des enquêtés jugent que le tabac est dangereux dès qu'on en fume tous les jours une certaine quantité (10 cigarettes en moyenne, 10,2 selon les hommes, 9,9 selon les femmes). Ce seuil ne varie pas sensiblement avec l'âge (il est à peine plus faible parmi les 25-49 ans, 9 cigarettes par jour, qu'aux deux extrêmes, 11,5 cigarettes en moyenne parmi les 15-17 ans ou les 65-75 ans). La principale différence entre l'alcool et le tabac provient du fait que la simple expérimentation du tabac est déjà jugée dangereuse près de cinq fois plus

souvent que celle de l'alcool (tableau 15) : cet écart traduit probablement le fait que le tabac est crédité d'un pouvoir addictif beaucoup plus important que l'alcool (comme on le verra ci-après<sup>37</sup>). Le fait de juger l'expérimentation dangereuse croît avec l'âge jusqu'à 50 ans, puis décroît (figure 8).

**Figure 8 - Fumer du tabac est dangereux dès qu'on essaye, selon l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

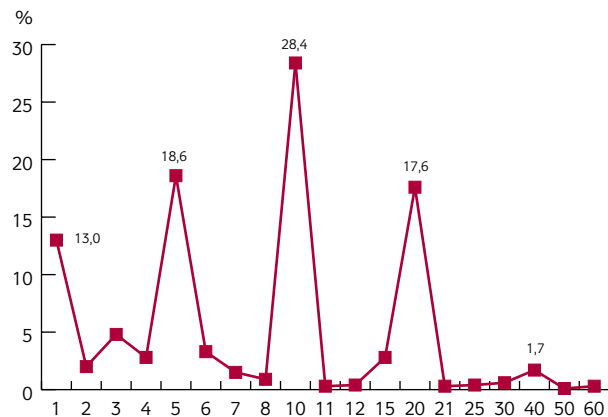
Aucune réponse n'était suggérée aux enquêtés, mais seule une vingtaine d'entre eux semble avoir eu des difficultés à répondre simplement et ont désiré préciser leur réponse. Ces remarques font état de la prise en compte de l'activité physique pour juger de la dangerosité du tabac (« ça dépend de l'activité des gens », « ça dépend si on fait du sport »), ou instituent une relation avec l'âge (« si c'est un enfant, 8 cigarettes par jour, un adulte 15 », « c'est dangereux à partir de 30 ans »). Un individu précise que la façon de fumer a de l'importance : « Si on avale la fumée, au bout de 3 par jour. »

La courbe de répartition du seuil de dangerosité exprimé en nombre de cigarettes par jour présente une allure très particulière : comme pour l'alcool, une proportion non négligeable de répondants situe ce seuil dès la consommation quotidienne (13,0 % pensent qu'une consommation d'une ou deux cigarettes par jour

37. Il est à noter que cet avis reprend celui du rapport sur la dangerosité des drogues (Roques, 1998).

est déjà dangereuse), la plupart des réponses se concentrent sur les quantités de 5, 10 et 20 cigarettes par jour, quantités « rondes » correspondant à la contenance ou à une fraction de la contenance de la plupart des paquets de cigarettes (figure 9). Comme dans le cas de l'alcool, le seuil de dangerosité perçue varie assez peu avec le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les répondants (en moyenne, les fumeurs de moins d'une cigarette par jour estiment que la consommation de tabac est dangereuse à partir de 8,3 cigarettes par jour, contre 11,0 pour les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour).

**Figure 9 - Seuil de dangerosité perçue pour le tabac en nombre de cigarettes par jour (en %)**



Source : EROPP 2002, OFDT

Le seuil de dangerosité perçue pour la consommation quotidienne, exprimé en nombre de cigarettes par jour, varie suivant la PCS du chef de ménage : si près de six enquêtés sur dix parmi les ménages dont le chef est agriculteur, ouvrier, commerçant, retraité ou inactif jugent que le danger se situe au-delà de 10 cigarettes par jour, c'est le cas d'à peine quatre ménages de cadres ou de professions intermédiaires sur dix, qui le situent donc souvent en deçà.

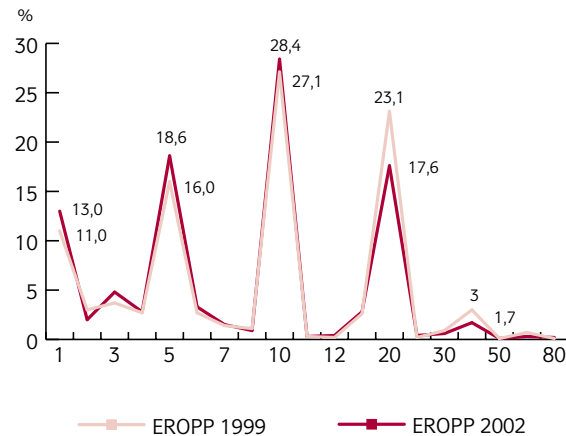
Par rapport à EROPP 1999, un plus grand nombre d'individus juge le tabac dangereux dès l'expérimentation (24,7 % en 2002 vs 20,7 % en 1999,  $p < 0,01$ ). Contrairement à ce qui est observé pour l'alcool, cette hausse se fait au détriment de ceux qui fixent le danger à partir d'une consommation quotidienne. Pour cette dernière, les seuils de dangerosité se sont déplacés vers les petites quantités : en 2002, le pic de 5 cigarettes par jour est plus important et dépasse celui de 20 cigarettes par jour, ce qui n'était pas le cas en 1999 (figure 10). La quantité quotidienne moyenne jugée dangereuse a également baissé entre les deux exercices d'EROPP, passant de 11,4 cigarettes pour les hommes comme les femmes, à 10,2 pour les hommes et 9,9 pour les femmes, notamment parce que la proportion d'individus situant le seuil à 20 cigarettes ou plus a nettement baissé (21,2 % vs 28,3 % en 1999,  $p < 0,001$ ).

Dans le Baromètre Santé 2000, à la question « selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ? », 45,2 % des personnes ont déclaré que le seuil de dangerosité se situe dès l'expérimentation, ce qui est beaucoup plus que dans EROPP (24,9 % dans EROPP 2002 et 20,7 % dans EROPP 1999). La dangerosité estimée du tabac pour la santé paraît donc plus importante dans le Baromètre Santé que dans EROPP. Cela peut être dû aux différences dans la formulation des questions : dans EROPP, la formulation « selon vous, à partir de combien de cigarettes devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ? » invitait clairement à répondre une quantité, ce qui n'est pas le cas dans le Baromètre Santé. Comme dans le cas de l'alcool, il n'est toutefois pas à exclure que la thématique santé du Baromètre ait eu quelque influence sur la façon de répondre. Pour l'estimation de la quantité quotidienne jugée dangereuse, une seconde question du Baromètre Santé (« à partir de combien de cigarettes par jour pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ? ») invitait-elle aussi clairement à répondre une quantité ? Le seuil s'élève à 10,5 cigarettes par jour en moyenne (10,8 pour les femmes et 10,2 pour les hommes). Ces quantités moyennes sont inférieures à celles calculées dans EROPP 1999, mais supérieures à celles calculées dans EROPP 2002, en particulier pour les femmes.

La baisse des seuils de dangerosité perçue du tabac entre 1999 et 2002 touche toutes les tranches d'âge, et aussi bien les hommes que les femmes. Cependant, c'est parmi les plus jeunes qu'elle est la plus sensible : ainsi, chez les 15-24 ans, le nombre moyen de cigarettes au-delà duquel il est jugé dangereux de fumer est passé de 13,4 par jour dans EROPP 1999 à 10,6 par jour dans EROPP 2002, alors que la diminution n'est que de 1,9 cigarettes chez les 25-49 ans, et nulle chez les plus âgés.

Finalement, comme dans le cas de l'alcool, il semble donc que les dangers du tabac soient mieux perçus actuellement qu'il y a trois ans, en particulier par les femmes.

Figure 10 - Seuil de dangerosité perçue pour le tabac en nombre de cigarettes par jour en 1999 et 2002 (en %)



Source : EROPP 1999, 2002, OFDT

## L'exposition au tabagisme passif

Globalement, les hommes se déclarent plus souvent exposés au tabagisme passif que les femmes (vraisemblablement à cause de leur taux d'activité plus élevé, ou d'une sociabilité plus intense dans les lieux festifs tels que les bars, qui les exposent davantage que les femmes à cette nuisance) ; toutefois, la différence entre les sexes est surtout sensible pour les déclarations de « faible exposition ».

L'âge est lié à la perception de l'exposition au tabagisme passif : 24 % des 15-17 ans déclarent qu'ils sont très fortement exposés à la fumée des autres, contre 14 % des 18-24 ans, et moins de 7 % des enquêtés plus âgés.

L'exposition varie également avec la taille de l'agglomération de résidence : plus d'un tiers des personnes qui résident dans des agglomérations de moins de 100 000 habitants se déclarent pas du tout exposés, contre 26 % dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants et 24 % des habitants de l'agglomération parisienne. Tout comme le degré de concentration urbaine, le type d'activité professionnelle a de l'importance, dans la mesure où les personnes ayant un emploi sont plus sou-

vent exposées que les retraités ou les agriculteurs (qui travaillent de façon relativement isolée ou en extérieur) : les trois quarts des actifs occupés, à l'exception des agriculteurs, se disent importunés par la fumée des autres, contre près de la moitié des agriculteurs et des retraités.

Tableau 16 - Vous-même dans votre vie quotidienne, êtes-vous exposé(e) à la fumée des autres sans fumer vous-même ? (% en colonne)

	Femmes	Hommes	Total
Très fortement	7,5 %	9,0 %	8,2 %
Fortement	20,4 %	19,2 %	19,8 %
<b>Sous total fortement</b>	<b>27,9 %</b>	<b>28,2 %</b>	<b>28,1 %</b>
Faiblement	38,1 %	45,0 %	41,5 %
Pas du tout	33,5 %	26,4 %	30,1 %
NSP, ne veut pas dire	0,5 %	0,4 %	0,4 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Une question permettait de juger de l'importance de la gêne éprouvée lors de l'exposition à la fumée des autres : à la question « est-ce que cela vous gêne<sup>38</sup> ? », 38,3 % des hommes et 45,9 % des femmes ont répondu qu'ils étaient très fortement ou fortement gênés. Une majorité se déclare donc faiblement (35,3 % des hommes et 32,7 % des femmes) ou pas du tout gênée (26,4 % des hommes et 21,3 % des femmes). Moins souvent exposées à la fumée, les femmes qui le sont se déclarent pourtant plus souvent gênées que les hommes.

*Dans EROPP 1999, comme dans le Baromètre Santé 2000, l'exposition au tabagisme passif n'était pas abordée. Toutefois, dans le Baromètre, une question similaire à celle figurant dans EROPP 2002, portant sur la gêne éprouvée lors de l'exposition à la fumée des autres était présente : à la question « est-ce que la fumée des autres vous gêne ? », 33,0 % des hommes et 42,6 % des femmes ont répondu oui, beaucoup. La formulation et les modalités de réponse proposées (oui, beaucoup ; oui, un peu ; non, pas du tout) ne sont pas strictement comparables à celles d'EROPP (« est-ce que cela vous gêne ? » : très fortement ; fortement ; faiblement ; pas du tout). Il est toutefois possible, dans cette dernière, d'agréger les modalités très fortement et fortement : dans ce cas, les proportions de personnes se déclarant très fortement gênées ou fortement gênées par la fumée des*

38. Cette question n'était pas posée aux personnes s'étant déclarées pas du tout exposées au tabagisme passif.



autres s'élèvent à 38,3 % pour les hommes et 45,9 % pour les femmes. Bien que la différence avec EROPP 2002 ne soit significative que pour les femmes, la proportion de personnes se déclarant gênées par la fumée des autres semble avoir augmenté entre les deux enquêtes.

### Profils d'opinions à l'égard de l'alcool et du tabac

Il s'agit ici d'explorer de façon plus synthétique les perceptions et les opinions des personnes interrogées à l'égard des deux produits psychoactifs les plus consommés, à savoir l'alcool et le tabac. Pour cela, une classification ascendante hiérarchique a été réalisée à partir des questions suivantes : « Quel est le produit dont il est le plus difficile de se passer une fois que l'on a commencé à en consommer ? ; quel est le seuil de dangerosité de l'alcool ? ; du tabac ? ; le tabagisme ou l'abus d'alcool posent-ils plus de problèmes à la société que l'usage de drogues interdites<sup>39</sup> ? ; est-il justifié d'augmenter les taxes sur le tabac ou d'en interdire la vente aux mineurs ? » Cette méthode statistique permet de considérer simultanément les réponses à toutes ces questions, pour dégager des profils d'opinion cohérents et tranchés. Ces profils seront mis en regard des consommations d'alcool et de tabac déclarées par les enquêtés.

Le profil d'opinion le plus courant regroupe un tiers des enquêtés (32,7 %), autant d'hommes que de femmes, avec une structure par âge conforme à celle de l'ensemble de l'échantillon, et un âge moyen à peine inférieur (41 ans en moyenne, contre 42 ans pour l'ensemble). Ces individus sont un peu moins souvent fumeurs que les autres, et lorsqu'ils fument, leur consommation est plus fréquemment occasionnelle, ou inférieure à 10 cigarettes par jour. Ils ne sont pas plus souvent exposés à la fumée des autres, en revanche, lorsqu'ils le sont, ils ont davantage tendance à se déclarer gênés. Quant à leurs usages d'alcool, ils se situent dans la moyenne.

Ces individus se distinguent par l'ordre dans lequel ils hiérarchisent le pouvoir addictif de l'alcool et du tabac, puisqu'ils jugent le tabac plus dangereux que l'alcool (tableau 17) : 84 % d'entre eux estiment que parmi l'alcool, le cannabis et le tabac, c'est de ce dernier qu'il est le plus difficile de se passer une fois que l'on a commencé à en consommer. En revanche, ils ne citent jamais l'alcool en premier, et la moitié ne le cite pas du tout. Ils sont aussi plus nombreux à juger que le tabac est dangereux dès la phase d'essai, à se déclarer favorables aux mesures anti-tabac (interdiction de la vente aux mineurs et augmentation des taxes), ou à estimer que le tabagisme et l'abus d'alcool posent plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites.

39. Cf. p.83-86 pour le détail des réponses à ces questions en termes de « coût social ».

**Tableau 17 - Le tabac plus dangereux que l'alcool (32,7 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard de l'alcool et du tabac :</b>		
Les deux produits dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer, parmi alcool, cannabis et tabac :		
- tabac cité en premier	84 %	48 %
- alcool non cité, ou en second.	100 %	69 %
Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs : <i>tout à fait d'accord</i>		
	73 %	54 %
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : <i>tout à fait d'accord</i>		
	50 %	38 %
Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt ou tout à fait d'accord</i>		
	81 %	62 %
L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt ou tout à fait d'accord</i>		
	85 %	70 %
Seuil de dangerosité du tabac : dès qu'on essaye	34 %	26 %
<b>Consommations d'alcool et de tabac :</b>		
Non-fumeurs	70 %	66 %
Parmi les fumeurs :		
- fumeurs occasionnels	22 %	17 %
- fumeurs quotidiens, moins de 10 cigarettes par jour.	48 %	35 %
Parmi ceux exposés à la fumée des autres : <i>fortement ou très fortement gênés</i>		
	49 %	42 %

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,05.

Source : EROPP 2002, OFDT

**Tableau 18 - L'alcool plus addictif que le tabac (26,2 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard de l'alcool et du tabac :</b>		
Les deux produits dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer, parmi alcool, cannabis et tabac :		
- alcool cité en premier	77 %	27 %
- tabac non cité, ou en second	99 %	47 %
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : <i>plutôt pas ou tout à fait d'accord</i>	71 %	57 %
Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs : <i>plutôt pas ou tout à fait d'accord</i>	90 %	77 %
L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt pas ou tout à fait d'accord</i>	85 %	70 %
Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt ou tout à fait d'accord</i>	79 %	62 %
<b>Consommations d'alcool et de tabac :</b>		
Non-fumeurs	70 %	66 %
Parmi les fumeurs :		
- fumeurs de + de 10 cigarettes par jour	55 %	48 %
Parmi ceux exposés à la fumée des autres : <i>fortement ou très fortement gênés</i>	51 %	42 %

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,05.

**Source : EROPP 2002, OFDT**

**Tableau 19 - Moindre dangerosité perçue pour l'alcool et le tabac (17,9 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard de l'alcool et du tabac :</b>		
Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt pas ou pas du tout d'accord</i>	91 %	36 %
L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt pas ou pas du tout d'accord</i>	88 %	27 %
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : <i>plutôt pas ou pas du tout d'accord</i>	69 %	43 %
Les deux produits dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer, parmi alcool, cannabis et tabac :		
- alcool non cité	38 %	26 %
- tabac non cité	26 %	19 %
Seuil de dangerosité du tabac : 10 cigarettes ou plus par jour	50 %	38 %
Seuil de dangerosité de l'alcool : 5 verres ou plus par jour	14 %	10 %
<b>Consommations d'alcool et de tabac :</b>		
Fumeurs	46 %	34 %
Parmi les fumeurs :		
- fumeurs quotidiens, + de 10 cigarettes par jour	57 %	48 %
Parmi ceux exposés à la fumée des autres : <i>pas du tout gênés</i>	37 %	24 %
Consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours : aucune	39 %	34 %

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,05.

**Source : EROPP 2002, OFDT**



**Tableau 20 - Hostilité aux mesures anti-tabac (17,3 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard de l'alcool et du tabac :</b>		
Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs : <i>plutôt pas ou pas du tout d'accord</i>	83 %	23 %
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : <i>plutôt pas ou pas du tout d'accord</i>	67 %	43 %
Les deux produits dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer, parmi alcool, cannabis et tabac :		
- tabac cité en premier	67 %	48 %
- alcool cité en second	55 %	43 %
L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt ou tout à fait d'accord</i>	88 %	70 %
Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>plutôt ou tout à fait d'accord</i>	69 %	62 %
Seuil de dangerosité du tabac : 5 cigarettes ou plus par jour	66 %	56 %
Seuil de dangerosité de l'alcool : 4 verres ou plus par jour	30 %	22 %
<b>Consommations d'alcool et de tabac :</b>		
Fumeurs	50 %	34 %
Exposé à la fumée des autres : <i>fortement</i>	26 %	20 %
Parmi ceux exposés à la fumée des autres : <i>pas du tout gêné</i>	34 %	24 %
Consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours : 1 ou 2 jour(s)	43 %	36 %
Ivresse(s) au cours des 12 derniers mois : au moins une	36 %	24 %

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,05.

Source : EROPP 2002, OFDT

**Tableau 21 - Non-réponses (5,9 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard de l'alcool et du tabac :</b>		
Les deux produits dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer, parmi alcool, cannabis et tabac : <i>réponse manquante</i>	75 %	5 %
L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>réponse manquante</i>	25 %	3 %
Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation : <i>réponse manquante</i>	29 %	3 %
Seuil de dangerosité de l'alcool : <i>réponse manquante</i>	24 %	4 %
<b>Consommations d'alcool et de tabac :</b>		
Non-fumeurs	74 %	66 %
Parmi les fumeurs :		
- fumeurs occasionnels	43 %	17 %
- fumeurs quotidiens, 1 ou 2 cigarette(s) par jour	17 %	9 %
Exposé à la fumée des autres : pas du tout	50 %	30 %
Consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours : tous les jours	27 %	18 %
Ivresse(s) au cours des 12 derniers mois : aucune	91 %	75 %

Les écarts présentés ici entre la classe et l'ensemble sont tous significatifs au seuil 0,05.

Source : EROPP 2002, OFDT

Le second type d'opinions réunit un quart des personnes interrogées (26,2 %), avec une légère surreprésentation des femmes (53 %), et un âge moyen un peu plus élevé (44 ans, contre 42 ans en moyenne). Ces enquêtés fument moins souvent, mais lorsqu'ils le font, ce sont plus souvent de « gros » fumeurs : seuls 30 % fument, mais parmi eux plus de la moitié fument 10 cigarettes ou plus quotidiennement. S'ils ne sont pas plus souvent exposés à la fumée des autres, lorsqu'ils le sont, ils se déclarent plus fréquemment gênés. Leurs opinions sur le tabac et l'alcool sont similaires à celles du type précédent, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des mesures de lutte contre le tabagisme ou de comparer les méfaits des drogues licites et illicites (tableau 18 page 76). En revanche, ces individus ne hiérarchisent pas le pouvoir addictif de l'alcool et du tabac dans le même ordre : plus des trois quarts estiment que c'est de l'alcool qu'il est le plus difficile de se passer une fois que l'on en a consommé, alors qu'ils citent très rarement le tabac en premier. Pour eux, l'alcool serait donc plus addictif que le tabac.

La troisième classe correspond à un peu moins d'un enquêté sur six (17,9 %), avec une légère majorité de femmes (53 %) et une structure par âge identique au reste de l'échantillon. Les fumeurs, et en particulier les gros fumeurs, y sont surreprésentés (46 % fument actuellement, contre 34 % dans l'ensemble). Lorsqu'ils sont exposés à la fumée des autres, ces individus se disent plus souvent pas du tout gênés. Enfin, ils sont un peu plus nombreux à ne pas avoir bu d'alcool au cours des 7 derniers jours. Relativement au reste de l'échantillon, ce type d'opinions est caractérisé par une moindre dangerosité perçue pour l'alcool et le tabac (tableau 19). Les neuf dixièmes ne sont pas d'accord avec l'assertion selon laquelle le tabagisme ou l'abus d'alcool posent plus de problèmes à la société que les drogues illicites, plus des deux tiers jugent injustifiée l'augmentation des taxes sur le tabac. Ils désignent moins souvent le tabac ou l'alcool comme produit le plus addictif (donc plus souvent le cannabis), la moitié situant le seuil de dangerosité du tabac à 10 cigarettes ou plus par jour, et 14 % le situant pour l'alcool à 5 verres ou plus par jour (contre 10 % dans l'ensemble).

Le quatrième type réunit un effectif identique au précédent (17,3 % de l'échantillon), avec un peu plus d'hommes que de femmes (52 % contre 48 %), ainsi qu'un âge moyen plus faible (moins de 39 ans). La proportion de fumeurs atteint ici son maximum (50 %). Ces individus sont plus souvent exposés à la fumée des autres, mais cela les gêne plus rarement. Ils ont plus fréquemment consommé de l'alcool un ou deux jours au cours de la dernière semaine, ou connu au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (tableau 20). Même s'ils reconnaissent volontiers que le tabagisme pose plus de problèmes à la société que les drogues illicites (plus des deux tiers sont d'accord), et même s'ils placent plus souvent que les

autres le tabac devant l'alcool et le cannabis en termes de pouvoir addictif, ces enquêtés n'en manifestent pas moins résolument leur hostilité aux mesures anti-tabac : plus de huit sur dix ne sont pas d'accord avec l'interdiction de vente aux mineurs (qui sont surreprésentés dans ce type d'opinion), et les deux tiers jugent injustifiée une augmentation des taxes sur le tabac (tableau 20).

Le dernier type d'opinions regroupe enfin une petite minorité d'enquêtés (5,9 %), plus souvent des femmes (55 %) et des personnes plutôt âgées (près de 55 ans en moyenne), plus fréquemment non-fumeurs ou « petits » fumeurs et moins exposés à la fumée des autres. Ces individus se distinguent par leur propension à ne pas répondre aux questions posées (tableau 21), en particulier lorsqu'il s'agit de comparer les pouvoirs addictifs de l'alcool, du tabac et du cannabis.

## AU-DELÀ DU CLIVAGE LICITE-ILICITE

### La dépendance : alcool, tabac et cannabis

Quel est le produit dont il est le plus difficile de se passer lorsqu'on a commencé à en consommer, parmi l'alcool, le tabac et le cannabis ? Cette question, pour laquelle ces trois produits ont été proposés dans un ordre aléatoire, permet dans une certaine mesure d'apprécier les perceptions du pouvoir addictif des substances et de les hiérarchiser. Pour presque la moitié des enquêtés, c'est le tabac qui présente le plus grand risque de dépendance (47,7 %) ; largement devant l'alcool (27,1 %) et le cannabis (21,0 %). Une fois le premier choisi, le choix du second produit jugé le plus addictif ne fait que permuter les positions des deux produits licites et place encore le cannabis en dernière position : alcool (42,6 %), tabac (28,1 %) et cannabis (23,3 %). Au total, près de 70 % des personnes ne désignent pas le cannabis, ni lors de leur premier choix, ni lors du deuxième : pour une large majorité de personnes, ce sont donc le tabac et l'alcool qui présentent les plus grands risques de dépendance. Le cannabis est, de toutes les substances psychoactives illicites questionnées dans EROPP, celle qui est jugée la moins dangereuse ; de plus, il apparaît moins addictif que les substances licites les plus consommées, à savoir le tabac et l'alcool. Le cannabis jouit donc d'une image particulière, à cheval entre les substances licites (comparé auxquelles il paraît moins addictif mais plus dangereux) et les substances illicites (comparé auxquelles il paraît moins dangereux<sup>40</sup>).

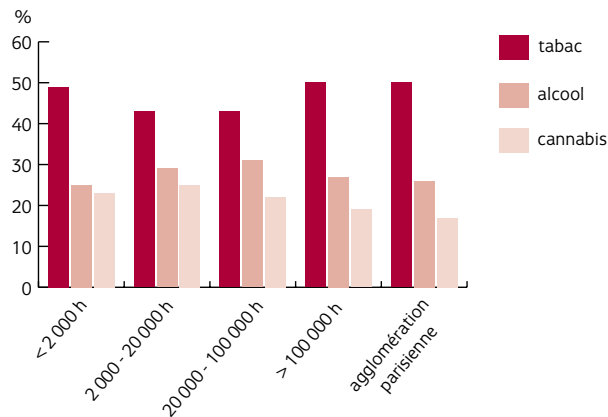
40. Ce point n'exclut pas que les enquêtés soient en majorité d'accord avec l'idée selon laquelle la consommation du cannabis mène par la suite à celle de produits plus dangereux (cf. supra).

Il existe une légère différence entre les hommes et les femmes sur cette question. Comparé à l'alcool et au cannabis, le tabac apparaît clairement, pour les hommes (51 %) et les femmes (45 %), comme la substance la plus addictive. Toutefois, pour ces dernières, l'écart entre l'alcool et le cannabis est négligeable : 26 % d'entre elles jugent que c'est l'alcool qui présente le pouvoir addictif le plus fort, 25 % jugent que c'est le cannabis ; contre respectivement 28 % et 17 % pour les hommes.

Les réponses sont également très fortement liées à l'âge. En effet, si 61 % des 15-24 ans jugent le tabac plus addictif que l'alcool et le cannabis, cette proportion décroît continûment pour atteindre 37 % des 65-75 ans ; inversement, 11 % des 15-24 ans jugent que c'est le cannabis qui est le plus addictif, cette proportion croissant continûment pour atteindre 26 % à partir de 50-64 ans. Ici aussi, ce sont probablement des interprétations en terme de proximité ou d'expérience du produit (pour les jeunes) et d'opinions plus conservatrices (pour les plus âgés) qui permettent de rendre compte de ces différences.

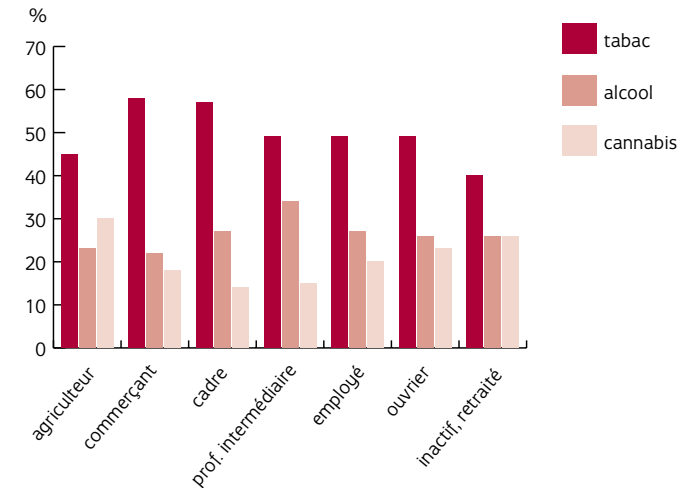
Les réponses varient également suivant la taille de l'agglomération de résidence et la PCS du chef de ménage. La proportion d'enquêtés jugeant que le cannabis est le produit le plus addictif décroît avec la taille de l'agglomération ; à l'exception des communes de moins de 2 000 habitants, le résultat est inverse pour le tabac.

**Figure 11 - Produit jugé le plus addictif parmi le tabac, l'alcool et le cannabis selon la taille de l'agglomération de résidence**



Source : EROPP 2002, OFDT

**Figure 12 - Produit jugé le plus addictif parmi le tabac, l'alcool et le cannabis selon la PCS du chef de famille**



Source : EROPP 2002, OFDT

C'est parmi les ménages dont le chef est cadre ou profession intermédiaire que le cannabis est jugé moins souvent addictif et l'alcool plus souvent. Toutefois, pas plus qu'avec la taille de l'agglomération, le classement n'est remis en cause.

## Le coût social des drogues

### L'alcool

Sept enquêtés sur dix jugent que l'abus d'alcool pose davantage de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation. L'assentiment global à cette opinion ne varie pas significativement avec le sexe des enquêtés ; toutefois, les femmes sont un peu moins souvent que les hommes tout à fait d'accord avec la thèse proposée, tandis qu'elles sont un peu plus souvent plutôt d'accord que les hommes.

**Tableau 22 - L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation (% en colonne)**

	Femmes	Hommes	Total
Tout à fait d'accord	32,3 %	38,0 %	35,1 %
Plutôt d'accord	37,0 %	33,6 %	35,3 %
Plutôt pas d'accord	19,8 %	15,5 %	17,7 %
Pas du tout d'accord	8,4 %	10,4 %	9,4 %
NSP, ne veut pas dire	2,5 %	2,5 %	2,5 %
Sous-total d'accord	69,3 %	71,6 %	70,4 %

Source : EROPP 2002, OFDT

L'opinion concernant la dangerosité sociale de l'abus d'alcool semble largement ancrée dans la société. En effet, l'adhésion à cette proposition ne varie que très peu suivant la consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête (les consommateurs quotidiens sont un peu moins souvent d'accord avec la thèse proposée que les autres, 68 % contre 73 %), et ne varie pas du tout suivant la consommation de tabac. C'est l'expérimentation de cannabis qui différencie le plus les réponses : 80 % des expérimentateurs sont d'accord avec cette proposition, contre 70 % des personnes qui n'ont jamais fumé de cannabis. C'est entre 15 et 17 ans que les réponses positives à la question sont les moins nombreuses (60 %) : la thèse est acceptée par 70 % de 18-24 ans et 75 % des 25-49 ans ; au-delà de cet âge, l'adhésion est moins fréquente (70 %) et ne varie plus. Quant à la PCS, c'est parmi les cadres et les professions intermédiaires, que la thèse est acceptée le plus massivement (plus de 79 %), tandis que toutes les autres sont proches de 70 %.

*Cette question n'était pas posée dans l'exercice 1999 d'EROPP, ni dans le Baromètre Santé 2000. En revanche, en 1978, à l'occasion d'un sondage, la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, conduite par Monique Pelletier, en avait posé une similaire, d'où il ressortait que 53 % des personnes interrogées et acceptant d'exprimer une opinion jugeaient que l'alcoolisme en France était un fléau plus grave que la drogue. Il est difficile de conclure à une évolution allant vers un durcissement des opinions à l'égard des consommations « hors normes » ou des « abus » d'alcool, en raison de la différence des formulations entre les deux enquêtes (celle de 1978, très dure, incite peut-être à des réponses plus modérées). Il est clair, en revanche, qu'une large partie de la population est convaincue que la consommation d'alcool représente un danger social plus grand que celle de drogues illicites depuis de nombreuses années.*

## Le tabac

Plus de six enquêtés sur dix jugent que le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage de drogues interdites à la consommation. Les femmes sont globalement un peu plus réticentes à cette proposition que les hommes.

**Tableau 23 - Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation (% en colonne)**

	Femmes	Hommes	Total
Tout à fait d'accord	26,9 %	32,9 %	29,8 %
Plutôt d'accord	32,8 %	31,0 %	31,9 %
Plutôt pas d'accord	23,7 %	18,7 %	21,2 %
Pas du tout d'accord	13,3 %	15,3 %	14,3 %
NSP, ne veut pas dire	3,3 %	2,1 %	2,7 %
Sous-total d'accord	59,7 %	63,9 %	61,7 %

Source : EROPP 2002, OFDT

L'adhésion à cette proposition varie selon le statut tabagique des répondants : alors que 56 % des fumeurs sont d'accord, 67 % des non-fumeurs le sont. Le statut tabagique n'est pas seul en cause : des variations similaires sont observées en fonction de la consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête et selon l'expérimentation de cannabis. L'âge de l'enquêté est également discriminant : l'adhésion à l'opinion proposée croît avec l'âge (de 52 % et 60 % parmi les 15-17 ans et 18-24 ans, elle passe à 70 % parmi les 65-75 ans).

Globalement, les femmes se montrent donc un peu moins enclines que les hommes à juger que l'abus de produits licites (alcool, tabac) cause plus de problèmes à la société que la consommation de substances psychoactives illicites, sans que l'on puisse en fournir d'explication claire<sup>41</sup>.

Ainsi, les Français jugent que les produits licites causent davantage de problèmes à la société que l'usage de produits illicites, alors que leur perception de la dangerosité pour la santé des produits (licites ou illicites) renverse cette hiérarchie.

41. Toutes choses égales par ailleurs, cette idée est plus répandue parmi les personnes diplômées et celles ayant une certaine proximité avec le cannabis, en particulier lorsqu'il s'agit de comparer l'abus d'alcool aux drogues illicites (peut-être les usagers trouvent-ils là un moyen de rationaliser leur pratique) ; si l'âge a une forte influence à partir de 25 ans, hommes et femmes expriment ici des opinions similaires (voir en annexe).

Cet état des représentations n'est pas sans évoquer les résultats macro-économiques obtenus récemment, qui montrent que l'ordre de grandeur du coût social des drogues licites dépasse de loin celui des drogues illicites (Kopp et Fenoglio, 2000).

### Le produit le plus dangereux

Parmi les produits déjà cités, une majorité de personnes pense que l'héroïne est le plus dangereux<sup>42</sup> ; les produits suivants sont l'ecstasy puis la cocaïne, qui obtiennent des scores proches, puis l'alcool et le tabac. Le cannabis arrive en dernière position.

**Tableau 24 - Produit jugé le plus dangereux parmi l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne (% en colonne)**

	Femmes	Hommes	Total
Héroïne	40,0 %	45,3 %	42,6 %
Ecstasy	23,9 %	18,9 %	21,4 %
Cocaïne	18,8 %	19,7 %	19,3 %
Alcool	6,9 %	6,8 %	6,9 %
Tabac	3,1 %	3,8 %	3,4 %
Cannabis	2,6 %	1,4 %	2,0 %
NSP, autres, ne veut pas dire	4,7 %	4,0 %	4,3 %

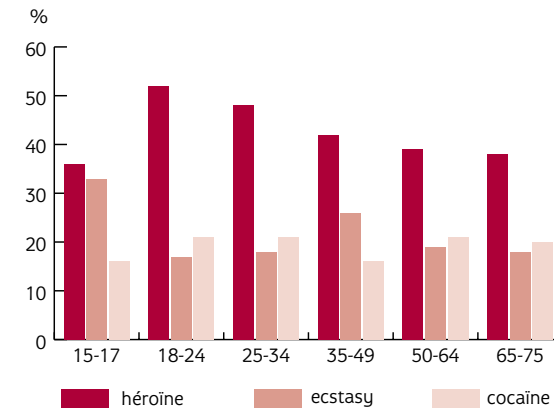
Source : EROPP 2002, OFDT

Ce classement varie peu selon le sexe et l'âge. Les femmes sont plus nombreuses à juger que l'ecstasy est le produit le plus dangereux, et les hommes portent plus souvent leur choix sur l'héroïne. Avec l'âge, la place de l'héroïne n'est jamais contestée, pas plus que les positions relatives de l'alcool, du tabac et du cannabis : la seule modification du classement consiste en la permutation de l'ecstasy et de la cocaïne. Ainsi, les 15-17 ans sont plus nombreux à juger que l'ecstasy est le produit le plus dangereux, comme les 35-49 ans, alors que c'est l'inverse pour les autres tranches d'âge. Il est probable que ce phénomène d'indé-

42. La question était formulée ainsi, à la suite des questions concernant la dangerosité de chaque produit : « Quel est, selon vous, le produit le plus dangereux parmi ceux cités précédemment ? », les produits étaient cités dans un ordre aléatoire, et les enquêtés ne pouvaient en citer qu'un.

termination du classement de l'ecstasy et de la cocaïne soit dû à une relative similitude des effets des produits (tous deux sont stimulants), et parfois des motivations de consommation (contextes festifs pour l'ecstasy, ou professionnels pour la cocaïne) qui rendent les stéréotypes du consommateur moins tranchés que ceux des autres substances.

**Figure 13 - Produit jugé le plus dangereux selon l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

Le classement des différents produits varie peu suivant la PCS du chef de ménage : la seule variation concerne les ménages de cadres, de professions intermédiaires et d'employés, qui classent plus souvent l'ecstasy devant la cocaïne, alors que c'est l'inverse pour les ménages d'ouvriers, d'agriculteurs, de commerçants et de retraités.

*Par rapport à 1999, la hiérarchie des produits selon leur dangerosité perçue s'est modifiée : si l'héroïne conserve sa place nettement au-dessus du lot, elle est désormais suivie de l'ecstasy qui jouissait encore en 1999 d'un statut un peu particulier, souvent plus méconnue que jugée dangereuse par une minorité relativement importante. La cocaïne reste dans le trio de tête. Le cannabis qui se situait entre l'alcool et le tabac en 1999 se trouve désormais devancé par ce dernier (tableau 25)*

**Tableau 25 - Produit jugé le plus dangereux : évolution entre 1999 et 2002  
(% en colonne)**

	1999	2002
Héroïne	41,1 %	42,6 %
Ecstasy	16,7 %	21,4 %
Cocaïne	19,8 %	19,3 %
Alcool	6,4 %	6,9 %
Tabac	2,2 %	3,4 %
Cannabis	3,4 %	2,0 %
Autres	0,9 %	0,9 %
NSP	7,5 %	3,1 %
NVPD	0,4 %	0,4 %

Source : EROPP 1999-2002, OFDT

NB : en 1999, l'enquêteur proposait également dans la liste les « médicaments pour les nerfs ». Ceux-ci étaient cités par 1,6 % des répondants.

*Dans l'enquête européenne Eurobaromètre, sur les attitudes et les opinions des 15-24 ans sur les drogues (Callemien, 2002), il apparaît que pour l'ensemble des pays de l'Union européenne, l'héroïne arrive de loin en tête de la liste des produits jugés très dangereux (environ neuf enquêtés sur dix). Pour la cocaïne et l'ecstasy, respectivement les trois quarts et les deux tiers de l'échantillon portent un tel jugement, alors qu'ils sont 20 % pour le cannabis et 13 % pour l'alcool comme pour le tabac. Par ailleurs, les seuls produits parfois jugés pas du tout dangereux sont le cannabis (12 %), le tabac (10 %) et l'alcool (7 %). Au sein de cet échantillon européen, les jeunes Français ont la particularité de considérer plus souvent très dangereux l'héroïne (93 %) et l'ecstasy (70 %) mais pas le cannabis (21 %).*

## TROISIÈME PARTIE

# LES OPINIONS SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

## SYNTHÈSE

---

En 2002 comme en 1999, une large majorité des personnes interrogées adhère au constat qui fonde la politique de réduction des risques : près des trois quarts ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues (72,6 % en 1999, 74,4 % en 2002). L'adhésion aux mesures existantes s'avère elle aussi stable : en 2002, 82,1 % des personnes interrogées sont favorables à la prescription de produits de substitution (80,8 % en 1999), tandis que 59,9 % sont favorables à la vente libre des seringues (63,0 % en 1999).

Le consensus à l'égard de l'obligation de soins pour les usagers de drogues illicites interpellés reste également très fort (91 % d'avis favorables dans les deux enquêtes), mais ce résultat renvoie sans doute à deux attitudes contrastées, les uns appréciant son aspect coercitif, les autres le fait qu'elle privilégie l'alternative thérapeutique. S'agissant en particulier du cannabis, le consensus est moindre (77,0 % d'avis favorables en 2002), peut-être parce que le bénéfice d'un traitement est jugé moins évident pour l'utilisateur.

Les enquêtés restent aussi attachés aux mesures prohibitives. Ainsi, une large majorité, de plus en plus importante, continue à se prononcer en faveur d'une interdiction de la vente de tabac aux mineurs (76,9 % en 2002 contre 73,9 % en 1999, hausse significative) et, comme en 1999, 65 % se prononcent contre l'autorisation de l'usage de cannabis sous certaines conditions et 88 % contre l'autorisation sous conditions de l'usage d'héroïne. Toutefois, la proportion se déclarant en faveur d'une mise en vente libre du cannabis connaît une nette progression : 23,9 % en 2002, contre 17,1 % en 1999. Si cette évolution se fait en partie sous l'effet de la banalisation de l'usage du cannabis (+ 10 points parmi ceux qui en ont déjà pris au cours de leur vie), parmi les abstinents, l'augmentation est également visible (+ 4 points).

En revanche, lorsque l'usage de drogues illicites est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical, les opinions exprimées sont très différentes : une bonne moitié des enquêtés se dit favorable à la délivrance d'héroïne sous contrôle médical, en 2002 comme en 1999 (respectivement 50,8 % et 52,9 %) ; et une large majorité, en nette progression, se prononce en faveur de la prescription médicale de cannabis à certains grands malades (67,4 % en 1999, 74,6 % en 2002).



Concernant la création de centres de soins pour les toxicomanes en concertation avec les partenaires locaux, seules 4,7 % des personnes interrogées s'y disent opposées, mais cette proportion atteint 21,5 % s'il s'agit d'ouvrir un tel centre dans leur propre quartier.

Enfin, pour l'alcool, comme pour le tabac et les autres drogues, plus de neuf enquêtés sur dix jugent utile l'information dispensée à l'école, mais les trois quarts l'estiment insuffisante, tandis que moins d'un sur dix y voit un danger.

Si les hommes sont plus nombreux que les femmes à penser qu'il est impossible de parvenir à un monde sans drogue ou plus souvent favorables à la mise en vente libre du cannabis, à l'instar de la plupart des opinions, les perceptions se révèlent surtout marquées par une forte proximité à ce produit. Les questions relatives à la réglementation du cannabis suscitent des clivages, les jeunes et les plus diplômés y étant plus favorables, celles portant sur l'héroïne sont beaucoup plus consensuelles, dans le sens d'un maintien de la prohibition.

## BREF HISTORIQUE DES POLITIQUES PUBLIQUES RÉCENTES

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux drogues et aux toxicomanies constitue le cadre légal en vigueur, réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants<sup>43</sup>. Elle est l'acte de naissance de la politique française de lutte contre la drogue, élargissant à l'usage privé la loi du 2 juillet 1916 qui se restreignait à l'usage public de drogues. Ses objectifs sont la lutte contre le trafic, l'interdiction de l'usage assorti de la possibilité d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, ainsi que la gratuité et l'anonymat des soins pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. Cette loi sanctionne l'usage d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende, mais l'usager en infraction est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire, ce qui témoigne de son statut ambigu, à la fois délinquant et malade. L'usager interpellé peut éviter les poursuites en se faisant spontanément traiter, ou dans le cas où le procureur décide de classer l'affaire, notamment à condition que l'usager suive une cure de sevrage et se soumette à une surveillance médicale. La loi n'a pas été modifiée depuis 1970, mais un certain nombre de circulaires ont permis d'adapter les pratiques judiciaires à l'évolution des usages, en prenant acte des différents degrés de dépendances (usage occasionnel, abus ou dépendance). Les circulaires successives du garde des Sceaux préconisent de proscrire l'emprisonnement ferme à l'égard des usagers n'ayant commis aucun délit connexe et de systématiser les mesures alternatives aux poursuites et à l'incarcération<sup>44</sup>. Les objectifs du traitement sanitaire de la toxicomanie ont sensiblement évolué depuis la fin des années 1980. Il ne s'agit plus simplement de sevrer l'usager : les années 1990 ont donné lieu au développement progressif d'une politique de réduction des risques, privilégiant l'accompagnement de l'usager de drogues dans sa consommation plutôt que la répression. Elle repose sur l'accompagnement thérapeutique et social des usagers, ainsi que sur la prévention des risques associés à la consommation. La première mesure, prise en 1987, fut de suspendre l'obligation de présentation d'une pièce d'identité pour l'achat de seringues afin d'enrayer la propagation du Sida. Cette obligation très dissuasive favorisait le partage des seringues, qui ont donc été rendues définitivement accessibles en vente libre aux individus majeurs en 1989.

Cette politique s'est ensuite tournée vers le traitement de substitution : le produit à l'origine de la dépendance est remplacé par un médicament (méthadone, Subutex®) qui supprime l'effet de manque en cas de sevrage, mais qui est censé ne

43. Le texte fait référence aux produits inscrits sur la liste dressée par la Commission des stupéfiants et psychotropes, à savoir l'Arrêté du 22 février 1990 (JO du 07/06/1990).

44. Il s'agit de la circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies (NOR : JUSA 9900148 C).

pas procurer de plaisir. Les objectifs sont de stabiliser la consommation de drogues illicites, diminuer l'injection (source de transmissions virales et infectieuses) et favoriser le suivi médical et l'insertion sociale des usagers. D'autres pays, tels que la Suisse, les Pays-Bas ou l'Angleterre, ont également mis en place des programmes de distribution contrôlée d'héroïne aux héroïnomanes qui ont échoué dans les programmes de substitution par médicaments opiacés (Bergman *et al.*, 1997). Plus récemment, la MILDT a privilégié une approche par les conduites plutôt que par les produits (notamment avec l'élargissement de son champ d'intervention à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes).

La législation française relative à l'alcool est, quant à elle, beaucoup plus ancienne, même si des mesures de santé publique ont été prises dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Il s'agit pour l'essentiel de l'ordonnance du 29 novembre 1960 relative à la lutte contre l'alcoolisme, des lois relatives à la sécurité routière qui, de 1970 à 1995, sont devenues de plus en plus strictes et la loi Évin du 10 janvier 1991 relative à la réglementation de la publicité sur l'alcool. Cette dernière concernait également le tabac, le retirant du calcul de l'indice des prix, imposant la mention « nuit gravement à la santé » sur les paquets de cigarettes, et réglementant l'usage dans les lieux publics et la publicité. Auparavant, la loi Veil du 9 juillet 1976 avait tracé les premières grandes lignes de la lutte contre le tabagisme, mais sans avoir l'impact escompté (Conseil national de l'évaluation du commissariat général du Plan, 1999).

### Aperçu du Plan triennal gouvernemental 1999-2001

Le contenu du dernier plan triennal s'inspire de réflexions qui ont suivi la parution du rapport Parquet (1997). Entre autres conclusions, ce dernier soulignait que le discours des pouvoirs publics sur la question de la drogue ne pouvait plus se centrer sur la notion d'abstinence, que les grandes similitudes des mécanismes neurologiques d'action des différents psychotropes d'une part, et des facteurs psychosociaux et environnementaux qui conduisent à leur usage d'autre part, remettaient en cause la distinction licite/illicite que le rapport Roques (1998) a achevé de mettre à mal. En conséquence de quoi, le rapport préconisait d'une part d'user du terme générique de « substances psychoactives » pour qualifier l'ensemble des substances illicites mais aussi l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, et d'autre part de recourir à une approche centrée sur les comportements autant que sur les produits. Il s'agissait de distinguer différents types d'usage pour chaque produit, en différenciant l'usage simple, l'abus, l'usage nocif et enfin la dépendance. Cette approche, fondée sur la noso-

graphie internationale récente (CIM 10 et DSM IV-TR<sup>45</sup>), inclut une dimension psychopathologique et comportementale qui échappait jusqu'alors aux classifications antérieures des usages et des produits.

Ainsi, sans renoncer à prévenir l'initiation des consommations de substances psychoactives, il s'agit de privilégier la prévention du passage de l'usage à l'usage nocif, puis à la dépendance. Cette stratégie doit s'accompagner du développement d'une culture commune aux différents acteurs du domaine des drogues : concepts et objectifs doivent être partagés par les services de l'État, les professionnels et les groupes de consommateurs, afin d'assurer la cohésion des discours et une plus grande efficacité des actions.

Sur le plan sanitaire, les grandes orientations définies depuis 1993 sont maintenues et réaffirmées. Elles sont centrées autour de l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues, du développement du dispositif de réduction des risques et de la mise en place de traitements de substitution. Ces orientations mettent l'accent sur une prise en charge sociale et sanitaire précoce, centrée sur l'usage nocif et adaptée au type de consommation des personnes, et non simplement organisée autour des produits qu'elles consomment. Le Plan triennal préconise ainsi d'améliorer l'organisation du dispositif d'accueil et de suivi médico-psycho-social de soins et de réinsertion, et d'accroître la cohérence entre ses différentes composantes.

La circulaire du 15 juin 1999 rappelle la nécessité d'un accueil et d'une prise en charge physique et psychologique des toxicomanes, en liaison avec des équipes de soin en addictologie. La circulaire du 8 septembre 2000 vise à poursuivre cet effort en ayant pour objectif de rapprocher à terme les équipes dans les domaines de l'addictologie, de la toxicomanie et de la tabacologie dans les services hospitaliers.

Enfin, les règles de prescription de médicaments de substitution à base de buprénorphine et de méthadone ont été modifiées par les arrêtés du 20 septembre 1999 et du 8 février 2000.

Les orientations pénales récentes inscrites dans le Plan triennal vont dans le sens d'une meilleure coordination des services dans le cadre de la lutte contre le trafic (circulaire du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants). Les sanctions contre les trafiquants sont alourdies. Par ailleurs, les dispositions relatives au traitement des usagers sont modifiées dans le sens d'une harmonisation avec les autres dimensions du Plan triennal, notamment sanitaires et préventives : elles insistent sur les alternatives à l'incarcération et sur la nécessité d'individualiser la réponse judiciaire. Par exemple, interpellations et gardes à vue des usagers simples doivent être réservées aux personnes pouvant causer des dommages à autrui ou à eux-mêmes, et les interpellations à proximité des structures

45. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV*<sup>e</sup> édition, texte révisé.

d'accueil des usagers de drogues sont à proscrire. Enfin, il est davantage tenu compte des autres délits que du simple usage dans les procédures judiciaires.

### OPINION SUR LA POSSIBILITÉ DE PARVENIR À UN « MONDE SANS DROGUE »

Malgré un cadre légal qui reste répressif, les acteurs engagés dans le champ des drogues et des toxicomanies se demandent « comment vivre avec les drogues ? » (Ehrenberg, 1996), au sein d'une « société avec drogues » (Faugeron et Kokoreff, 2002). Dès 1978, le rapport de la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue (Pelletier, 1978, p. 75) soulignait que « la toxicomanie n'apparaît plus comme une flambée subite [...] mais comme une donnée permanente avec laquelle il a fallu apprendre à vivre ». L'idée qu'une société sans drogue n'existe pas a même été l'un des points clés de la communication publique mise en place par la MILDT en 2000. Cette opinion apparaît ainsi bien ancrée dans la population française puisqu'en 1999, 72,6 % des enquêtés estimaient déjà improbable de parvenir à un monde sans drogue<sup>46</sup>.

**Tableau 26 - Opinion sur la possibilité de parvenir à un monde sans drogue, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait d'accord	12,8 %	13,1 %
Plutôt d'accord	13,7 %	12,1 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>26,5 %</b>	<b>25,2 %</b>
Plutôt pas d'accord	31,5 %	30,4 %
Pas du tout d'accord	41,1 %	44,0 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>72,6 %</b>	<b>74,4 %</b>
NSP	1,0 %	0,3 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999, ce qui explique les écarts entre les données 2002 présentées dans les tableaux et les graphiques. Ces écarts n'atteignent toutefois jamais 1 %<sup>47</sup>.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

46. On constate juste une légère augmentation de la proportion de ceux qui ne sont pas du tout d'accord avec cette possibilité (44,5 % vs 41,1 %,  $p < 0,05$ ).

47. Pour plus de détail, cf. Présentation de l'enquête.

Les différents segments de la population se positionnent de façon relativement contrastée sur cette question : les femmes pensent à peine plus souvent qu'il n'est pas possible de parvenir à un monde sans drogue que les hommes, mais la différence n'est pas significative (76,3 % vs 72,5 %,  $p = 0,056$ ).

Les individus qui ont déjà consommé des drogues illicites sont à peine un sur dix à envisager l'éventualité d'un monde sans drogue, alors que parmi les autres, trois sur dix envisagent une telle possibilité. L'âge apparaît particulièrement discriminant, les plus de 50 ans étant plus d'un tiers à penser que c'est possible (contre 21,3 % aux plus jeunes,  $p < 0,001$ ). Certains enquêtés, souvent plus âgés, se sont probablement prononcés sur ce qu'ils jugeaient souhaitable plus que sur la faisabilité d'une telle perspective. Les cadres et les professions intellectuelles supérieures, ainsi que les professions intermédiaires, sont les catégories les moins enclines à accepter la proposition (seuls respectivement 17,0 % et 15,0 % d'entre eux y croient). Les moins diplômés sont en proportion trois fois plus nombreux que les diplômés de l'enseignement supérieur à être tout à fait d'accord (20,2 % vs 5,6 %,  $p < 0,001$ ). La localisation géographique et le type d'agglomération de résidence n'apparaissent pas, pour leur part, liés à cet avis<sup>48</sup>.

### OPINIONS SUR LA LÉGISLATION RELATIVE À L'USAGE DES DROGUES

#### L'usage de drogues illicites

Les termes de la loi de 1970 marquent la décision d'imposer des limites au droit à disposer de son propre corps, en réponse au coût social de l'usage des drogues et en contrepartie du droit à la santé instauré par la Sécurité sociale. Deux questions portaient sur la légitimité de cet aspect coercitif.

Cette question avait été posée en des termes différents en 1999, l'enquêteur devant se prononcer sur l'affirmation suivante : « En France, la consommation du cannabis est interdite par la loi. Certains pensent que cette interdiction est une atteinte au droit de faire ce que l'on veut avec son corps<sup>49</sup>. » Cette formulation avait été jugée compliquée par les enquêtés, aux dires des enquêteurs interrogés lors du débriefing.

48. Toutes choses égales par ailleurs (voir en annexe), être une femme, avoir un diplôme de niveau élevé ou avoir expérimenté le cannabis sont des caractéristiques associées à un désaccord plus fréquent avec l'idée que l'on peut parvenir à un monde sans drogue. Bien que les odd-ratios ne soient pas significatifs (de justesse), cette croyance a tendance à être plus répandue parmi les gens plus âgés.

49. En 2002, la formulation exacte est : « En France, la consommation de stupéfiants est interdite par la loi. Pour le cannabis, pensez-vous que cette interdiction est une atteinte à la liberté individuelle ? » Les modalités sont strictement les mêmes qu'en 1999.

**Tableau 27 - L'interdiction de l'usage de cannabis est une atteinte à la liberté individuelle, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait d'accord	13,1 %	12,8 %
Plutôt d'accord	20,1 %	18,2 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>33,2 %</b>	<b>31,0 %</b>
Plutôt pas d'accord	25,7 %	20,7 %
Pas du tout d'accord	39,5 %	47,3 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>65,2 %</b>	<b>67,0 %</b>
NSP	1,7 %	1,0 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Malgré ce changement de formulation, la proportion d'individus se déclarant « d'accord » a peu évolué entre 1999 et 2002 (31,4 % vs 33,2 %, ns). Il convient toutefois de rester prudent dans l'interprétation de cette question. Au sein de l'ensemble des individus en désaccord, toutefois, les avis semblent plus tranchés qu'en 1999 (46,9 % vs 39,5 %,  $p < 0,001$ ).

**Tableau 28 - L'interdiction de l'usage d'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait d'accord	11,6 %	6,4 %
Plutôt d'accord	14,4 %	7,4 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>26,0 %</b>	<b>13,8 %</b>
Plutôt pas d'accord	26,8 %	14,5 %
Pas du tout d'accord	44,6 %	70,5 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>71,4 %</b>	<b>85,0 %</b>
NSP	2,5 %	1,2 %

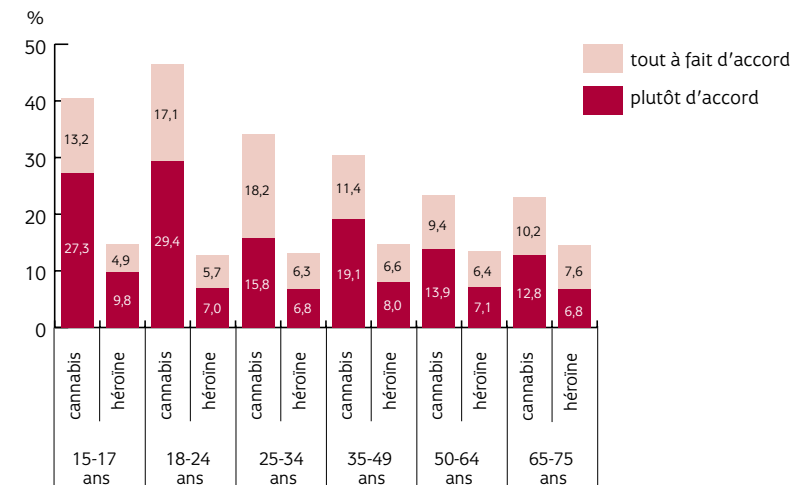
NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

À l'inverse de ce qui est observé pour le cannabis, le niveau de désaccord avec l'idée selon laquelle l'usage d'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle a considérablement augmenté : environ sept enquêtés sur dix se déclarent désormais en total désaccord avec cette proposition (contre 44,6 % en 1999,  $p < 0,001$ ).

Alors que les hommes approuvent plus souvent que les femmes l'idée que l'interdiction de l'usage du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle (34,2 % vs 28,0 %,  $p < 0,01$ ), dans le cas de l'héroïne, le désaccord est aussi massif pour les deux sexes : seuls 12,7 % des hommes et 14,9 % des femmes (écart non significatif) partagent cette idée. Si le niveau d'accord décroît globalement avec l'âge, la proportion la plus importante d'individus tout à fait d'accord avec l'idée d'une atteinte à la liberté individuelle se situe dans la tranche des 18-34 ans. Après 50 ans, plus de la moitié des enquêtés se déclare tout à fait opposée à cette idée. Dans le cas de l'héroïne, le consensus est remarquablement stable avec l'âge (figure 14).

**Figure 14 - Opinion sur le fait que l'interdiction de l'usage de cannabis ou de l'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle selon l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

Si l'idée que l'interdiction de l'usage de l'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle varie peu selon la catégorie socioprofessionnelle, le diplôme et la zone d'habitat, celle concernant le cannabis apparaît plus variable. Les cadres, les professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires (36,4 % pour ces deux catégories), ainsi que les individus ayant au moins le baccalauréat (34,4 %) se distinguent par un accord plus fréquent. Bien sûr, le fait d'avoir déjà consommé du cannabis, en particulier au cours de l'année, influence très fortement la réponse à cette question : 69,7 % des consommateurs récents sont d'accord, contre 43,9 % des individus ayant déjà consommé mais pas au cours des douze derniers mois, et 24,2 % des personnes n'en ayant jamais pris, ces écarts étant très significatifs ( $p < 0,001$ )<sup>50</sup>.

**Tableau 29 - Opinion sur l'autorisation de l'usage du cannabis ou de l'héroïne sous certaines conditions, évolution 1999-2002**

	Cannabis		Héroïne	
	1999	2002	1999	2002
Tout à fait d'accord	14,8 %	13,6 %	4,8 %	6,4 %
Plutôt d'accord	19,2 %	20,9 %	6,8 %	5,4 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>34,0 %</b>	<b>34,5 %</b>	<b>11,6 %</b>	<b>11,8 %</b>
Plutôt pas d'accord	16,4 %	13,4 %	14,2 %	10,2 %
Pas du tout d'accord	48,7 %	51,8 %	73,4 %	77,7 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>65,1 %</b>	<b>65,2 %</b>	<b>87,6 %</b>	<b>87,9 %</b>
NSP	0,8 %	0,5 %	0,8 %	0,3 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Pour le cannabis comme pour l'héroïne, la minorité d'individus favorables à une autorisation de l'usage sous conditions reste stable dans le temps (respectivement 35,0 % vs 34,0 % et 12,0 % vs 11,6 %, évolution non significative dans les deux cas). Les individus très défavorables à une autorisation de l'usage d'héroïne sous

50. Sur cette question, seule la proximité avec le cannabis détermine les opinions : sexe, niveau d'éducation et type d'habitat n'ont plus aucune influence lorsqu'on raisonne toutes choses égales par ailleurs (voir en annexe).

conditions sont toutefois plus nombreux qu'en 1999 (77,7 % vs 73,4 %,  $p < 0,01$ ). Environ les trois quarts des Français sont très défavorables à une telle autorisation de l'usage d'héroïne, contre la moitié pour le cannabis (tableau 29).

Ces résultats sont confirmés par plusieurs enquêtes. Un sondage CSA<sup>51</sup> réalisé pour le quotidien *Libération* en février 2001 a posé une question similaire pour le cannabis : 34 % des individus majeurs se déclaraient favorables à « la dépénalisation des drogues douces comme le haschich ». Un autre sondage mené en janvier 2002<sup>52</sup>, soit le mois suivant le terrain de l'enquête EROPP 2002, indique que 36 % des individus (18 ans et plus) interrogés sont d'accord avec « la dépénalisation des drogues douces<sup>53</sup> ».

En 2002, les partisans de l'autorisation de l'usage sous certaines conditions sont plutôt des hommes (55 % d'entre eux), alors que dans le cas de l'héroïne ils y sont aussi défavorables que les femmes (12,0 % vs 11,5 %, ns). Leur nombre diminue avec l'âge lorsqu'il est question de cannabis, alors qu'il s'avère encore une fois stable pour l'héroïne, contrairement à ce que l'on observe pour la plupart des opinions sur les drogues (figure 15).

Plus encore que pour la question de l'atteinte aux libertés individuelles, le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence favorablement le souhait d'une réglementation de son usage : 81,9 % des consommateurs récents, 55,4 % des anciens usagers ou expérimentateurs y sont favorables, contre seulement 25,1 % dans le reste de l'échantillon.

Les catégories socioprofessionnelles les plus favorables à l'autorisation sous condition de l'usage du cannabis sont les mêmes que celles où sont surreprésentés les individus qui pensent que l'interdiction de l'usage du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle, à savoir les cadres et les professions intellectuelles supérieures (52,5 %), les professions intermédiaires (44,9 %) et les individus les plus diplômés (43,7 %)<sup>54</sup>.

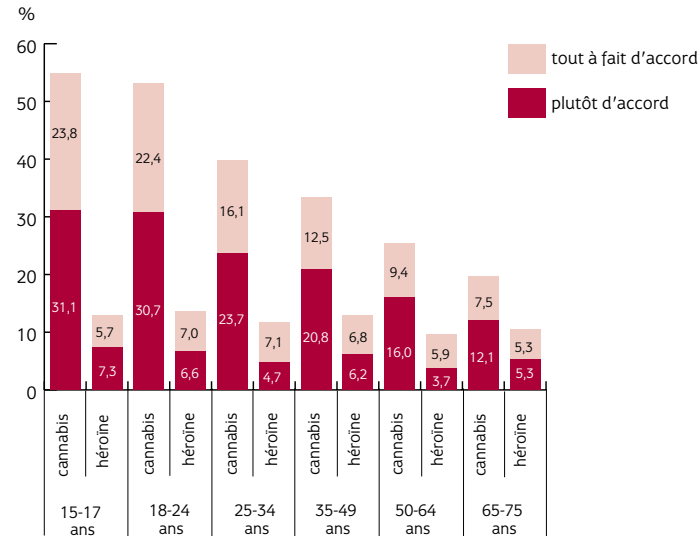
51. Sondage CSA/Libération mené du 20 au 22 février 2001 au téléphone, par quotas, auprès de 1 000 individus de 18 ans et plus.

52. Sondage IFOP/Ouest-France de janvier 2002, mené au téléphone, par quotas, auprès de 968 individus de 18 ans et plus.

53. L'usage du terme « dépénalisation », dont la définition est équivoque et semble à tout le moins mal connue de nombreuses personnes, empêche la comparaison stricto sensu des résultats de ces sondages avec ceux d'EROPP. Dans cette dernière, il a été préféré une formulation plus explicite qui n'évoque pas le statut légal du cannabis, « l'autorisation de consommation sous condition ».

54. Ces associations avec l'accord sur l'autorisation de consommer sous condition persistent toutes choses égales par ailleurs. On notera toutefois qu'hommes et femmes ne se différencient pas significativement sur le sujet (voir en annexe).

Figure 15 - Opinion sur l'autorisation de la consommation sous certaines conditions selon l'âge



Source : EROPP 2002, OFDT

Tableau 30 - Opinion sur la mise en vente libre du cannabis, évolution 1999-2002

	1999	2002
Tout à fait d'accord	5,8 %	8,3 %
Plutôt d'accord	11,3 %	15,6 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>17,1 %</b>	<b>23,9 %</b>
Plutôt pas d'accord	18,6 %	14,6 %
Pas du tout d'accord	63,9 %	60,9 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>82,5 %</b>	<b>75,5 %</b>
NSP	0,4 %	0,6 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Les individus favorables à une mise en vente libre du cannabis sont nettement plus nombreux qu'en 1999 (24,4 % vs 17,1 %,  $p < 0,001$ , cf. tableau 30). Cette augmentation se retrouve aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes et à tous les âges, mais surtout parmi les 18-24 ans (+ 15 points) et nettement moins parmi les plus âgés (+ 2 points pour les 65-75 ans). Si cette évolution se fait en partie sous l'effet de la banalisation de l'usage du cannabis (+ 10 points parmi ceux qui en ont déjà pris au cours de leur vie), il est intéressant de noter que parmi les individus qui n'ont jamais consommé ce produit, il existe aussi une augmentation significative (14,4 % contre 10,3 % en 1999,  $p < 0,001$ )<sup>55</sup>.

Cette hausse fait suite à une période de stabilité de cette opinion observée sur les 15-50 ans entre 1996 (19 %<sup>56</sup>) et 1999 (20,5 %, hausse non significative). Sur cette tranche d'âge, le pourcentage d'opinions favorables à une telle proposition atteint 28,1 % en 2002 ( $p < 0,001$ ). Dans le Baromètre Santé 2000, un enquêté sur cinq se déclarait d'accord avec l'idée de « mettre en vente libre les drogues douces » (17,0 % plutôt d'accord et 4,6 % tout à fait d'accord), soit un peu plus qu'en 1999 et un peu moins qu'en 2002.

Il semblerait donc que si les individus favorables à l'autorisation de l'usage sous conditions ne sont pas plus nombreux qu'en 1999, parmi eux, ceux qui sont favorables à la légalisation (mise en vente libre) sont devenus majoritaires (54 %), contrairement à ce qui apparaissait en 1999.

## La vente de tabac

En France, la vente de tabac aux mineurs n'est pas réglementée. Alors qu'elle imposait un ensemble de dispositions visant à mieux protéger les jeunes des méfaits du tabac, la loi Évin a maintenu cette absence de réglementation (Conseil national de l'évaluation du commissariat général du Plan, 1999). Une récente étude interroge toutefois l'intérêt et la faisabilité de l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs (Direction générale de la santé, 2002).

Malgré une place très différente au sein du questionnaire (en 1999, elle était en tout début de questionnaire et faisait partie des questions reconstituant le référentiel agoramétrique), la question de l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs fournit des résultats assez similaires dans les deux enquêtes. Les enquêtés

55. Sans surprise, les facteurs associés à l'accord sur la mise en vente libre du cannabis sont les mêmes que ceux associés à l'autorisation d'en consommer sous condition : la seule différence est que cette proposition plus radicale voit s'opposer les sexes, les femmes y étant moins favorables que les hommes (voir en annexe).

56. Enquête « Les Français et la drogue en 1996 » CFES-IFOP de 1996 menée au téléphone, par quotas, auprès de 1 005 individus de 15 à 50 ans.



d'EROPP 2002 s'avèrent toutefois un peu plus nombreux à y être favorables que ceux d'EROPP 1999 (77,0 % vs 73,9 %,  $p < 0,05$ ). Cela rejoint les résultats obtenus sur la dangerosité perçue du tabac, produit dont l'image semble s'être détériorée aux yeux du grand public depuis 1999 (tableau 31).

À titre de comparaison, un sondage CSA<sup>57</sup>, réalisé en juin 2001, montrait que 83 % des Français de plus de 15 ans se déclaraient favorables à ce que la vente de tabac soit interdite aux enfants de moins de 13 ans. Dans une autre enquête réalisée en août 2001 par l'institut IFOP<sup>58</sup> auprès des 15-24 ans, 56 % se déclaraient favorables à l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans.

Les fumeurs actuels sont un peu plus souvent en désaccord avec une telle interdiction, mais pas massivement (26,7 % vs 21,0 %,  $p < 0,01$ ), les gros fumeurs (plus de dix cigarettes par jour) ayant même l'attitude la plus proche de celle des non-fumeurs sur cette question (25,0 % d'entre eux sont en désaccord). Les fumeurs récents de cannabis sont nettement moins favorables (61 %) que les anciens fumeurs de cannabis (72 %) et surtout que les abstinentes (79 %). En termes sociodémographiques, hommes et femmes ont des positions très proches sur le sujet (75,4 % vs 78,2 %, ns) et la proportion d'individus tout à fait d'accord augmente avec l'âge, de 32,8 % pour les plus jeunes à 60,6 % pour les 65-75 ans. Cet accord est largement partagé : la PCS ne met en lumière que quelques différences minimes. Les employés et ouvriers se révèlent être les plus massivement favorables (82 %) et les cadres et les professions intellectuelles supérieures le sont moins (70 %), mais le niveau de diplôme s'avère très peu lié avec cette opinion.

L'augmentation des taxes sur le tabac semble également justifiée pour une majorité de Français (56 %<sup>59</sup>). Hommes et femmes expriment ici encore la même opinion, mais l'âge oppose encore les plus jeunes aux plus âgés. À l'exception des 15-17 ans (qui sont 55 % à exprimer leur accord), les plus jeunes se montrent en effet relativement moins souvent d'accord que les plus vieux : 44 % des 18-24 ans approuvent cette proposition, contre 62 % des 50-64 ans et 68 % des 65-75 ans. Les autres variables sociodémographiques sont peu discriminantes sur cette question, mais le niveau d'usage du cannabis s'avère pour sa part très lié : seuls 36,9 % des usagers de cannabis au cours de l'année trouvent cette mesure justifiée, alors que c'est le cas de 53,9 % parmi ceux qui ont déjà consommé mais

pas au cours des douze derniers mois et 63,7 % parmi ceux qui n'ont jamais pris de cannabis. Cet indéniable « effet fumeur » se retrouve encore plus marqué chez les usagers de tabac : moins d'un tiers (32,7 %) des fumeurs actuels se déclare d'accord alors qu'ils sont plus des deux tiers (69,0 %) parmi ceux qui ne fument pas ou plus.

**Tableau 31 - Opinion sur l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait favorable	50,1 %	53,7 %
Plutôt favorable	23,8 %	23,2 %
<b>Sous-total favorable</b>	<b>73,9 %</b>	<b>76,9 %</b>
Plutôt défavorable	15,5 %	14,7 %
Pas du tout favorable	9,9 %	8,2 %
<b>Sous-total défavorable</b>	<b>25,4 %</b>	<b>22,9 %</b>
NSP	0,8 %	0,2 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

## OPINIONS SUR LES SOLUTIONS PROPOSÉES AUX USAGERS DE DROGUES : INJONCTION OU RÉDUCTION DES RISQUES

Malgré une légère différence de formulation<sup>60</sup> par rapport à l'enquête de 1999, aucune évolution dans les réponses à cette question n'apparaît sur la période, plus de neuf enquêtés sur dix s'y montrant favorables. En 1997, le niveau était déjà élevé, 88 % des 15 ans et plus s'y déclaraient favorables<sup>61</sup>.

60. « La loi prévoit une obligation de soins pour les consommateurs de drogues interpellés par la police, pensez-vous que cette obligation est : une très bonne chose... » en 1999 ; « La loi prévoit une obligation de soins pour tous les consommateurs de drogues interdites, lorsqu'ils sont interpellés par la police, pensez-vous que cette obligation est : une très bonne chose... » en 2002.

61. Enquête téléphonique IFOP-Le Quotidien du Médecin de décembre 1997, par quotas, auprès de 1 000 individus de 15 ans et plus.

57. Enquête par quotas réalisée les 5 et 6 juin 2001 auprès de 1 002 personnes.

58. Enquête par quotas réalisée pour le mensuel *Phosphore* les 5 et 6 juin 2001 auprès de 400 individus de 15-24 ans.

59. Cette question n'était pas posée en 1999.



Le consensus en faveur de cette mesure reste ainsi très fort (tableau 32), regroupant à la fois les individus tolérants à l'égard de l'usage qui préconisent des alternatives aux poursuites et des individus favorables au caractère coercitif de l'injonction. Dans le cas particulier du cannabis, l'obligation de soins apparaît moins systématiquement acceptée que lorsqu'il s'agit des drogues interdites en général, même si 77,0 % y restent favorables. Quel que soit le produit, les hommes sont moins favorables que les femmes (89,2 % contre 93,2 % pour les drogues illicites,  $p < 0,01$  ; 71,3 % contre 82,3 % pour le cannabis,  $p < 0,001$ ).

**Tableau 32 - Opinion sur l'obligation de soins pour les usagers de drogues interpellés, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Une très bonne chose	39,2 %	41,5 %
Plutôt une bonne chose	51,9 %	49,7 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>91,1 %</b>	<b>91,2 %</b>
Plutôt une mauvaise chose	4,8 %	4,8 %
Une très mauvaise chose	3,5 %	3,5 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>7,3 %</b>	<b>8,3 %</b>
NSP	0,7 %	0,5 %

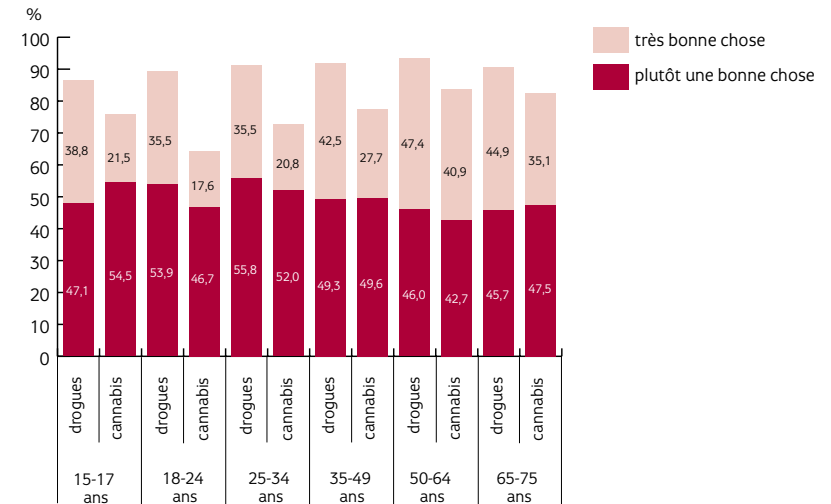
NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Quels que soient l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de diplôme, environ neuf individus sur dix se déclarent favorables à l'obligation de soins, les ouvriers l'étant particulièrement (46,3 % d'entre eux sont tout à fait d'accord) lorsqu'il s'agit des drogues interdites en général. Dans le cas du cannabis, ce sont plutôt les commerçants et les individus n'ayant pas le baccalauréat (respectivement 84,8 % et 80,0 % sont tout à fait ou plutôt d'accord). Mis à part les 15-17 ans dont 76,0 % sont favorables à l'obligation de soin pour le cannabis, le niveau d'accord augmente avec l'âge de 64,8 % à 18-25 ans à environ 83 % après 50 ans (figure 16). Bien sûr, c'est surtout l'usage de cannabis, passé et plus encore récent, qui fait la différence en fonction du produit (figure 17)<sup>62</sup>.

62. Toutes choses égales par ailleurs, l'opinion selon laquelle l'obligation de soin pour les usagers de cannabis est une bonne chose est indépendante de l'âge, est plus fréquente chez les femmes, mais c'est surtout la proximité avec le cannabis qui a le plus d'influence ; si l'on ne précise pas la substance, l'opinion selon laquelle cette obligation est "une très bonne chose" ne dépend plus ni du sexe ni de l'âge mais se raréfie avec l'élévation du niveau de diplôme (voir en annexe).

**Figure 16 - Opinion sur l'obligation de soins en cas d'interpellation pour usage de stupéfiants ou de cannabis selon l'âge**

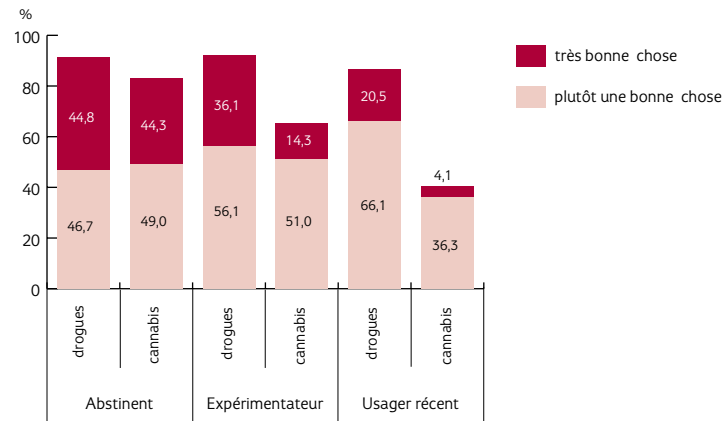


Source : EROPP 2002, OFDT

On constate que certains usagers de cannabis restent favorables à l'injonction thérapeutique même pour ce produit, sans doute parce qu'elle constitue une alternative aux poursuites, et peut être aussi parce que le contexte de l'interpellation renvoie à des formes d'usage moins acceptables (liées à des troubles à l'ordre public par exemple).

Lors de son mandat à la tête du secrétariat d'État à la Santé, B. Kouchner a évoqué l'hypothèse de délivrer de l'héroïne aux usagers de cet opiacé qui auraient échoué à plusieurs reprises dans des tentatives de sevrage ou de traitement substitutif à la méthadone (cf. *Libération*, 2 décembre 1997 ; *Le Monde*, 3 décembre 1997, *Impact Médecin*, 4 décembre 1997). Certains auteurs ont souligné l'utilité que pourrait avoir une telle mesure en faisant diminuer la délinquance induite par le financement de la consommation et en réduisant la surpopulation carcérale (Jean, 1995). De telles expériences ont été tentées aux Pays-Bas et en Suisse (Mino, 1990), ou encore dans le cadre de programmes locaux en Angleterre par exemple (Henman, 1995), mais jamais en France.

**Figure 17 - Opinion sur l'obligation de soins en cas d'interpellation pour usage de stupéfiants ou de cannabis selon la consommation de cannabis**



Source : EROPP 2002, OFDT

Le niveau d'accord avec la prescription d'héroïne aux consommateurs d'héroïne très dépendants et marginalisés dans un cadre thérapeutique s'avère relativement stable entre 1999 et 2002 (l'écart n'est pas significatif, cf. tableau 33). On note toutefois une baisse de la proportion de ceux qui sont très favorables à cette mesure (15,5 % vs 19,7 %,  $p < 0,001$ ) et surtout une forte hausse du nombre d'individus en total désaccord (33,4 % vs 26,2 %,  $p < 0,001$ ). Toutefois, en 1997, 39 % des individus âgés de plus de 15 ans étaient favorables à la délivrance, sous contrôle médical, d'héroïne aux « grands drogués<sup>63</sup> ». Cette proportion concernant plus de la moitié des 15-75 ans en 2002, cet écart montre une augmentation des avis favorables à cette mesure depuis le milieu des années 1990.

En 2002, cette question partage les Français en deux groupes de taille identique, à la nuance près que la majorité de ceux qui sont favorables est « plutôt d'accord » alors que la majorité de ceux qui sont défavorables n'est « pas du tout d'accord ». Contrairement à ce qui était observé en 1999, les hommes apparaissent

63. Enquête IFOP – Le Quotidien du Médecin 12/1997 par téléphone, échantillon de 1 000 individus âgés de 15 ans et plus, déterminé par la méthode des quotas.

plus favorables que les femmes (54 % vs 48 %,  $p < 0,05$ ), mais, comme il y a deux ans, l'âge s'avère discriminant. Les plus jeunes et les plus âgés sont les moins favorables à cette proposition. Le niveau de diplôme joue également, avec 43 % d'avis favorables parmi les sans-diplôme contre 61 % pour les diplômés du supérieur. Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence nettement le niveau d'accord (61 % vs 48 %,  $p < 0,001$ ). Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus favorables (61 %) et les employés et ouvriers les plus défavorables (respectivement 41 % et 45 %).

**Tableau 33 - Opinion sur la délivrance d'héroïne sous contrôle médical, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait d'accord	19,7 %	15,7 %
Plutôt d'accord	33,2 %	35,1 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>52,9 %</b>	<b>50,8 %</b>
Plutôt pas d'accord	19,2 %	14,4 %
Pas du tout d'accord	26,2 %	33,5 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>45,4 %</b>	<b>47,9 %</b>
NSP	1,7 %	1,3 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

En vigueur dans plusieurs pays (tels que le Canada ou la Suisse) et dans neuf États des États-Unis, la prescription de cannabis pour soulager les douleurs de certains patients atteints de sclérose en plaques ou du Sida n'est pas autorisée en France. Une telle proposition écarte le caractère hédoniste lié à l'usage récréatif de ce produit pour le resituer dans un contexte thérapeutique.

En 2002, 74,6 % des enquêtés sont favorables à l'usage thérapeutique du cannabis (tableau 34), ce chiffre marquant une hausse dans l'acceptation de cette mesure depuis 1997 : à l'époque, 55 % des 15 ans et plus (*op. cit.*) s'y déclaraient favorables, alors qu'en 1999 ils étaient 67 % parmi les 15-75 ans ( $p < 0,001$ ).

Les hommes sont plus souvent d'accord avec cette idée que les femmes (42,5 % de « tout à fait d'accord » contre 34,9 %,  $p < 0,001$ ). Le niveau d'accord apparaît relativement stable avec l'âge même si les 15-17 ans sont les moins favorables

(61,4 %), les autres tranches d'âge se situant entre 72 % et 77 %<sup>64</sup>. L'accord augmente également avec le niveau de diplôme, de 69,3 % pour les sans-diplôme à 79,6 % pour les diplômés du supérieur. Avoir déjà consommé du cannabis est positivement lié avec cette proposition, en particulier avec le fait d'être tout à fait d'accord, ce qui est le cas des deux tiers de ceux qui ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois (66,7 %), d'environ la moitié de ceux qui en ont pris par le passé (47,3 %) contre le tiers pour les autres (33,8 %). Selon les enquêteurs, les réponses ont pu varier selon qu'ils aient énoncé ou non des exemples de maladies, comme autant de preuves du sérieux d'un tel recours thérapeutique, les avis favorables augmentant dès lors.

**Tableau 34 - Opinion sur la prescription médicale de cannabis à certains grands malades, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait d'accord	34,6 %	38,6 %
Plutôt d'accord	32,8 %	36,0 %
<b>Sous-total d'accord</b>	<b>67,4 %</b>	<b>74,6 %</b>
Plutôt pas d'accord	13,0 %	8,3 %
Pas du tout d'accord	17,5 %	15,8 %
<b>Sous-total pas d'accord</b>	<b>30,5 %</b>	<b>24,1 %</b>
NSP	2,1 %	1,3 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

L'augmentation observée entre 1999 et 2002 se révèle un peu plus forte parmi les femmes (+ 8,5 points) que parmi les hommes (+ 6 points). Concernant l'âge, elle intervient surtout parmi les 18-24 ans (+ 17 points). Cette évolution se fait surtout parmi les expérimentateurs de cannabis (+ 11 points), mais aussi parmi les individus qui n'ont jamais consommé ce produit (+ 4,5 points).

D'autres mesures, en vigueur cette fois, ont également été soumises au jugement des enquêtés.

64. Dans un sondage *Nova magazine* - CSA de février 2002, mené par téléphone auprès de 573 personnes, selon la méthode des quotas (âge, sexe, profession de la personne de référence du ménage, région et catégorie d'agglomération), 83 % des 18-50 ans se déclarent favorables à l'utilisation médicale du cannabis.

**Tableau 35 - Opinion sur la prescription de produits de substitution, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait favorable	44,1 %	44,0 %
Plutôt favorable	36,7 %	38,1 %
<b>Sous-total favorable</b>	<b>80,8 %</b>	<b>82,1 %</b>
Plutôt défavorable	7,1 %	6,4 %
Pas du tout favorable	9,4 %	9,9 %
<b>Sous-total défavorable</b>	<b>16,5 %</b>	<b>16,3 %</b>
NSP	2,8 %	1,7 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

Si la notoriété de la prescription des produits de substitution apparaît stable entre 1999 et 2002 (voir p. 36-37), il en va de même du jugement porté sur un tel dispositif (tableau 35). Le lien entre la connaissance de l'existence des traitements de substitution et l'acceptation d'une telle pratique, déjà observé en 1999, est confirmé ici : 51 % des gens qui savent que les médecins peuvent prescrire des produits de substitution y sont tout à fait favorables contre 27 % chez ceux qui ne le savent pas. Ce résultat traduit une certaine réserve par rapport à un contexte mal connu, celui des drogues illicites, qui se retrouve dans certains indicateurs présents chez les individus défavorables aux traitements de substitution, relatifs notamment au cannabis : connaissance moins fréquente d'un consommateur de cannabis que dans le reste de la population (33 % vs 43 %) ; consommation de cannabis au cours de la vie plus rare (11 % vs 27 %). Par ailleurs, le niveau d'acceptation des traitements de substitution est plus fort chez les hommes (47,0 % contre 41,1 %,  $p < 0,01$ ) et augmente continuellement avec le niveau scolaire : 73,6 % des moins diplômés sont favorables aux traitements de substitution, contre 90,9 % des diplômés du supérieur, mais varie peu selon l'âge des enquêtés. Sur cette question, comme en 1999, les enquêteurs ont relevé des réflexions de répondants n'y étant pas forcément défavorables mais conditionnant leur accord à l'absence de sensation de plaisir et s'interrogeant à la fois sur les effets du produit et l'objectif d'un tel traitement.

Par rapport à 1999, la proportion d'individus déclarant savoir que les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues sans ordonnance a baissé de façon significative (voir p. 36-37). Toutefois, même si, comme pour les traitements de

substitution, l'opinion sur la mise en vente des seringues sans ordonnance dépend largement de la connaissance même de cette mesure, le niveau d'accord avec cette pratique est resté stable (tableau 36). Elle apparaît moins acceptable que les traitements de substitution, car elle est sans doute considérée comme une facilitation de l'usage de substances dangereuses. La prescription de produits de substitution serait, quant à elle, plutôt associée, dans les représentations de la population, à une prise en charge médicalisée de l'usager. Il est probable qu'en circonscrivant l'origine de cette réglementation, à savoir la lutte contre la transmission des virus, l'accord avec la vente libre des seringues apparaisse plus important.

**Tableau 36 - Opinion sur la vente des seringues sans ordonnance, évolution 1999-2002**

	1999	2002
Tout à fait favorable	45,1 %	42,7 %
Plutôt favorable	17,9 %	17,2 %
<b>Sous-total favorable</b>	<b>63,0 %</b>	<b>59,9 %</b>
Plutôt défavorable	12,2 %	10,6 %
Pas du tout favorable	24,0 %	29,1 %
<b>Sous-total défavorable</b>	<b>36,2 %</b>	<b>39,7 %</b>
NSP	0,8 %	0,5 %

NB : Les comparaisons présentées dans le texte portent sur des données redressées de manière identique dans les deux enquêtes, conformément au calage effectué en 1999.

Source : EROPP 1999/2002, OFDT

L'âge est très significativement associé à l'opinion sur la mise en vente libre des seringues, le niveau d'accord s'avérant maximal pour les tranches d'âge intermédiaires (25-49 ans). Par ailleurs, le fait de se sentir bien informé et d'être dans un lien de proximité avec le cannabis influencent également nettement ce niveau d'accord, et la proportion d'individus favorables à la vente libre des seringues sans ordonnance augmente avec le niveau de diplôme. En revanche, hommes et femmes ne se distinguent pas sur cette opinion (61,0 % contre 58,6 %) <sup>65</sup>.

65. Toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être tout à fait d'accord avec la vente libre des seringues est plus fréquent avec l'élévation de l'âge ou du diplôme, parmi les résidents de l'agglomération parisienne et les expérimentateurs de cannabis, le sexe ne jouant pas à lui non plus (voir en annexe).

Le dialogue et l'information sont des composantes essentielles de la politique de réduction des risques. Une nouvelle question a été introduite sur ce thème en 2002 afin d'en évaluer le niveau d'acceptation au sein de la population : « Afin de diminuer les risques pour la santé, certains pensent qu'il faut informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer. Êtes-vous d'accord ? » Les enquêtés s'avèrent très favorables à une telle initiative dans la mesure où plus de la moitié d'entre eux sont tout à fait d'accord et 81,4 % au moins plutôt d'accord. S'il est indéniable que la mise en situation « diminuer les risques pour la santé » favorise une réponse positive à cette question, celle-ci semble légitime et confirme l'acceptation globale de la politique de réduction des risques. Cette acceptation est toutefois nettement plus forte parmi les femmes (55,1 % d'entre elles sont tout à fait d'accord contre 48,6 % parmi les hommes,  $p < 0,01$ ) et a tendance à diminuer avec l'âge (de 85,4 % à 15-24 ans à 77,5 % pour les 65-75 ans,  $p < 0,001$ ). Les usagers récents de cannabis s'avèrent plus souvent tout à fait d'accord (64,3 %) que les autres (51,0 %,  $p < 0,001$ ).

Parmi les nouvelles questions de l'enquête 2002, en figurait également une portant sur la proposition suivante : « La loi prévoit la création de centres de soins pour les toxicomanes, en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants. » La mesure décrite ici fait partie des décisions accompagnant la mise en place du Plan triennal de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT, 2000). Tout dans cette assertion invite l'enquêté à formuler une réponse affirmative : le rappel à la loi, que nul n'est censé ignorer et que chacun est censé respecter ; la concertation, terme éminemment consensuel ; le recours à un groupe mêlant acteurs locaux, experts et profanes. Ainsi, seuls 4,7 % se déclarent opposés à une telle proposition. Mais le ton change lorsque la mesure proposée se fait plus concrète et, surtout, concerne directement le répondant : 21,5 % des enquêtés refuseraient qu'une telle création ait lieu dans leur voisinage. Ainsi, 18 % de ceux qui trouvent que c'est une bonne chose ne sont pas d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans leur propre quartier <sup>66</sup>. De fait, l'enquêté se retrouve dans une situation inconfortable : d'accord sur le fond avec une mesure hypothétique, il est mis en position d'accepter lui-même les conséquences directes. Même si cette question intervient un bon moment après le début de l'enquête, la personne interrogée n'a pas forcément intégré le fait que ses réponses ne l'engagent pas et ne sont pas susceptibles d'être directement utilisées dans un programme concret au sein de son quartier, ce

66. On retrouve ici un résultat classique des études qui comparent l'accord sur le principe et celui sur la mise en pratique à proximité de l'enquêté, à savoir le syndrome NIMBY (*not in my backyard*) (Tapie-Grime, 1997), souvent évoqué à propos des programmes d'aide aux usagers de drogues (Druglink, 2002).

qui pourrait légitimement l'amener à souhaiter mûrir sa réflexion. En effet, Gibier (2002) a bien montré que l'effet NIMBY<sup>53</sup> ne s'estompait qu'à la faveur d'un réel effort pédagogique auprès des riverains et de beaucoup de patience.

### OPINIONS SUR L'INFORMATION SUR LES DROGUES DISPENSÉE À L'ÉCOLE

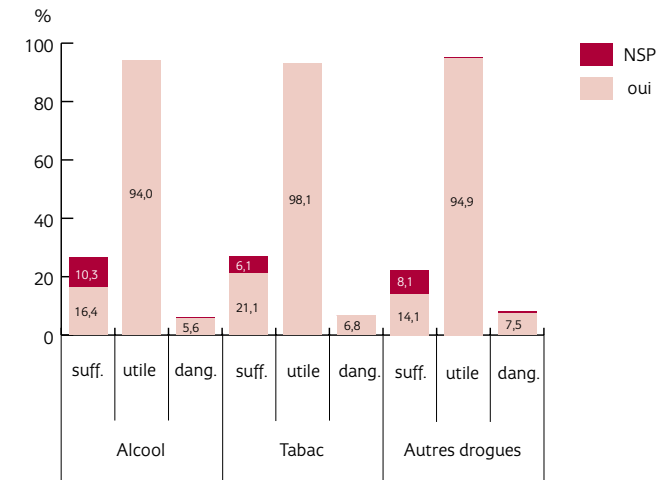
Pour l'alcool, le tabac, puis pour l'ensemble des autres drogues, trois questions étaient posées à l'ensemble de l'échantillon afin de recueillir le jugement porté sur l'information dispensée à l'école sur ces différents produits.

Une telle information est jugée utile par plus de neuf Français sur dix. Celle portant sur les produits licites, alcool ou tabac, n'est pas jugée moins utile ni moins dangereuse que celle sur les autres drogues. Les individus qui estiment que l'information est dangereuse n'y sont pas forcément opposés : les trois quarts d'entre eux jugent celle-ci utile, quel que soit le produit. Environ un Français sur dix ne sait pas si cette information est suffisante, ces réponses résultant vraisemblablement d'une méconnaissance de ce qui se passe en milieu scolaire.

Un peu plus souvent que les femmes, les hommes jugent dangereuse l'information sur le tabac (8,1 % vs 5,0 %,  $p < 0,01$ ) et les autres drogues (9,0 % vs 6,0 %,  $p < 0,05$ ). En revanche, s'agissant de l'alcool cette proportion est identique pour les deux sexes (6 %). Les femmes jugent plus souvent utile l'information sur le tabac (94,6 % vs 91,5 %,  $p < 0,05$ ) et sur les autres drogues (96,2 % vs 93,6 %,  $p < 0,01$ ). Dans le cas de l'alcool, l'écart n'est pas significatif (94,9 % vs 93,1 %, ns). Les hommes trouvent l'information sur l'alcool suffisante (18,7 % contre 14,2 %,  $p < 0,01$ ). Il faut par ailleurs noter que certains enquêtés semblent surpris par le troisième item (« information dangereuse »), au point que certains d'entre eux, en particulier ceux qui sont fatigués par l'entretien, pensent que le qualificatif s'applique au produit et non à l'information (mais cette incompréhension n'a pas trompé la vigilance des enquêteurs).

En 1999, ces trois questions n'avaient été posées que sur les drogues en général. Si l'on compare avec la question posée en 2002 sur les « autres drogues », les enquêtés trouvent cette information plus utile (94,9 % contre 85,7 % en 1999), moins dangereuse (7,5 % contre 15,1 % en 1999) mais la jugent plus fréquemment insuffisante (14,1 % contre 20,9 % en 1999, avec la même forte proportion de non-réponses). Cette comparaison doit toutefois être faite avec prudence dans la mesure où en 2002, seules deux modalités oui/non étaient proposées, alors qu'en 1999, les nuances tout à fait et plutôt étaient possibles.

Figure 18 - Jugements sur l'information à l'école pour l'alcool, le tabac et les autres drogues



Source : EROPP 2002, OFDT

## **QUATRIÈME PARTIE**

### **EXPLORATIONS THÉMATIQUES**

## LES OPINIONS À L'ÉGARD DU CANNABIS : TYPOLOGIE ET ÉVOLUTION AU DÉBUT DES ANNÉES 2000

---

Le cannabis est un produit illicite donc la consommation est de plus en plus largement répandue dans la société, notamment parmi les jeunes. Malgré l'élévation sensible de la prévalence de son usage au cours de la vie depuis le début des années 1990 (elle est passée de 19,6 % en 1999 à 23,2 % en 2002,  $p < 0,001$ ), la population se montre toujours très réticente à l'égard de l'autorisation d'en consommer sous condition (34 % des personnes interrogées y sont favorables, en 1999 comme en 2002). Seule la proposition de mise en vente libre reçoit plus d'assentiment aujourd'hui qu'il y a trois ans (23,9 % contre 17,1 %). La comparaison des réponses à chacune des questions d'opinions concernant le cannabis dans EROPP 1999 et EROPP 2002 a permis de mettre en évidence certaines évolutions des représentations de ce produit dans la population. Cependant, ce travail ne permet pas d'opérer une cartographie des principaux courants d'opinion dans leur ensemble. Pour ce faire, il est nécessaire de regrouper les individus qui ont répondu de manière similaire aux différentes questions : comme précédemment pour le cas du tabac et de l'alcool, il s'agira ici de procéder à une classification<sup>67</sup>. Pour observer simplement la diversité des opinions au tournant du millénaire, il a été décidé de travailler sur la base de l'ensemble des individus interrogés dans EROPP en 1999 et en 2002. Dans le même temps, au sein de chaque profil d'opinion obtenu, les individus interrogés lors des deux exercices d'EROPP ont été différenciés : le déséquilibre éventuel dans la contribution des enquêtés de 1999 et de 2002 à une classe donnée illustre alors la progression de cette opinion dans la société<sup>68</sup>.

---

67. Pour plus de détails sur les techniques utilisées, voir les méthodes d'analyse présentées en annexe p. 155-162.

68. D'autres méthodes étaient envisageables comme par exemple la réalisation d'une classification dans chaque enquête ; l'inconvénient de cette solution est qu'elle rend délicat le commentaire des différences entre les classifications censées refléter les évolutions des opinions.



Les questions communes aux deux enquêtes sont les suivantes : le seuil au-delà duquel il est dangereux de consommer du cannabis, l'opinion sur la vente libre (légalisation), la perception de l'interdiction de la consommation comme une atteinte à la liberté individuelle et enfin l'opinion sur la thèse de l'escalade<sup>69</sup>. Au final, sept profils d'opinion ont été distingués.

**Tableau 37 - Rejet radical (34,1 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard du cannabis :</b>		
dangerosité du cannabis : dès l'expérimentation	88	51
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : tout à fait d'accord	92	37
le cannabis devrait être mis en vente libre tout à fait contre	86	62
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : tout à fait contre	60	43
<b>Politiques de soin et de réduction des risques :</b>		
prescription de cannabis pour les grands malades : tout à fait d'accord	33	37
prescription de produits de substitution : tout à fait d'accord	40	44
<b>Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :</b>	48,3	50,1 ns

Légende : partie supérieure : variables actives ; parties inférieures : variables illustratives et composition de la classe en individus interrogés en 2002. Les écarts présentés sont significatifs au seuil 0,05 (ns : non significatif) : les tests réalisés portent sur la significativité de l'écart entre les proportions « % dans la classe » et « % global », c'est-à-dire entre la classe et l'ensemble de l'échantillon.

Source : EROPP 2002, OFDT

69. Il était également possible d'inclure la question concernant l'autorisation de consommation sous condition, mais les réponses à cette question sont très corrélées à celles concernant la légalisation.

La première classe regroupe 34,1 % de l'échantillon. Ces personnes sont un peu plus souvent des femmes (58 % contre 52 % en moyenne), plutôt âgées : elles ont 47 ans en moyenne (contre 42 dans l'ensemble de l'échantillon). Ces individus sont un peu plus souvent sans diplôme ou diplômés du certificat d'études (28 % contre 18 %), et appartiennent plus souvent à un ménage dont la personne de référence est un ouvrier (34 % contre 23 %). À peine 5 % d'entre eux ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (contre 22 %) et ils condamnent sans nuance le cannabis en choisissant presque toujours d'exprimer leurs opinions par des modalités extrêmes. Ainsi, près des neuf dixièmes pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation ou sont tout à fait d'accord avec la thèse de l'escalade. Sur le plan politique, près des neuf dixièmes se prononcent tout à fait contre sa mise en vente libre, tandis que six sur dix estiment que l'interdiction actuelle d'en consommer n'est pas du tout une atteinte à la liberté individuelle. Malgré leur hostilité déclarée au cannabis, ces personnes se montrent tout de même favorables aux mesures de soin ou de réduction des risques proposées, bien que moins souvent que la moyenne de la population. Ces personnes, qui représentent l'opinion majoritaire, manifestent donc un *rejet radical*.

**Tableau 38 - Condamnation franche (24,2 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard du cannabis :</b>		
dangerosité du cannabis : dès l'expérimentation	73	51
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : plutôt d'accord	100	33
le cannabis devrait être mis en vente libre : contre	94	79
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : contre	76	67
<b>Mesures de soin et de réduction des risques :</b>		
prescription de cannabis pour les grands malades : tout à fait d'accord	26	37
prescription de produits de substitution : tout à fait d'accord	39	44
<b>Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :</b>	52,1	50,1 ns

Source : EROPP 2002, OFDT

La deuxième classe regroupe 24,2 % de l'échantillon, un peu plus souvent des femmes (58 % contre 52 %), âgées de 42 ans en moyenne. Ces individus ne se distinguent pas clairement de la moyenne par leur niveau de diplôme ou l'activité du chef de ménage dont ils sont issus. Ils sont presque deux fois moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (10 % contre 22 %). Une large majorité pense que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation, et si tous sont plutôt d'accord avec la thèse de l'escalade, leur opinion à ce sujet est toujours modérée. Sur le plan politique, ils se montrent plus réticents que la moyenne vis-à-vis de la légalisation comme de l'idée selon laquelle l'interdiction de consommer du cannabis serait une entrave à la liberté individuelle. Par rapport aux personnes qui rejettent radicalement le cannabis cependant, leur opinion est moins souvent radicale. Malgré cela, ces personnes sont moins favorables aux mesures de soin et de réduction des risques que les membres de la classe précédente, en particulier à l'égard de la prescription de cannabis à certains grands malades. Ces personnes manifestent donc une *condamnation franche du cannabis*.

La troisième classe regroupe 11,8 % de l'échantillon, à peine plus souvent des hommes (52 % contre 48 %), âgés de 39 ans en moyenne. Ces individus se distinguent mal de la moyenne par leur niveau d'étude ou l'activité professionnelle du chef de ménage dont ils sont issus. Ils sont un peu moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (18 % contre 22 %), mais leur dernière expérience est souvent ancienne : ils sont presque trois fois moins nombreux que la moyenne à en avoir fumé au cours de l'année (3 % contre 8 %). Pour eux, le cannabis est dangereux dès qu'on en fume de temps en temps, et conduit plutôt à consommer par la suite, des produits plus dangereux. Ces individus rejettent massivement la légalisation du cannabis, et jugent que l'interdiction d'en consommer n'est pas une atteinte à la liberté individuelle. Toutefois, sur ces questions politiques, leurs avis sont plus souvent des rejets modérés que des rejets tranchés. Ces individus expriment également un assentiment moyen aux mesures de soin interrogées : ils sont en particulier un peu plus souvent défavorables à la prescription de cannabis à certains grands malades. Ils manifestent donc une *condamnation modérée du cannabis*.

**Tableau 39 - Condamnation modérée du cannabis (11,8 %)**

	% dans la classe	% global
Opinions à l'égard du cannabis :		
dangerosité du cannabis :		
dès qu'on en consomme de temps en temps	100	12
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : <i>plutôt d'accord</i>	42	33
le cannabis devrait être mis en vente libre : <i>tout à fait contre</i>	67	62
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : <i>plutôt contre</i>	29	23
Mesures de soin et de réduction des risques :		
prescription de cannabis pour les grands malades : <i>tout à fait d'accord</i>	33	37
Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :	49,7	50,1 ns

Source : EROPP 2002, OFDT

**Tableau 40 - Favorables et détachés (2,2 %)**

	% dans la classe	% global
Opinions à l'égard du cannabis :		
dangerosité du cannabis : <i>non-réponse</i>	100	2
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : <i>tout à fait contre</i>	25	14
le cannabis devrait être mis en vente libre : <i>plutôt d'accord</i>	21	14
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : <i>plutôt d'accord</i>	29	19
Mesures de soin et de réduction des risques :		
prescription de cannabis pour les grands malades : <i>tout à fait d'accord</i>	45	37
Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :	42,5	50,1 ns

Source : EROPP 2002, OFDT

La quatrième classe regroupe 2,2 % de l'échantillon, plus souvent des hommes (68 % contre 48 %), âgés (49 ans en moyenne). Comme précédemment, les caractéristiques sociales de ces individus sont très proches de la moyenne. Ces personnes sont aussi nombreuses que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis (22 %), mais manifestent des opinions plutôt favorables, quoique peu tranchées, à son égard. Ce qui les distingue est le fait qu'elles ont souvent refusé de répondre : ainsi, aucune ne s'est prononcée sur la dangerosité du cannabis. Néanmoins, ces individus n'y sont pas particulièrement hostiles : ils rejettent plus souvent que la moyenne la thèse de l'escalade (peut-être parce qu'ils auraient voulu préciser leur réponse et que, selon eux, la dangerosité ne se juge pas seulement à la fréquence d'usage), et acceptent plus souvent la proposition de mise en vente libre ou l'idée que l'interdiction de consommer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle. Ces personnes se montrent plus souvent que la moyenne tout à fait d'accord avec la prescription de cannabis à certains malades. Elles manifestent donc un *relatif détachement* vis-à-vis du cannabis, tout en lui étant *plutôt favorable*.

**Tableau 41 - Non concernés (2,0 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard du cannabis :</b>		
dangerosité du cannabis : <i>non-réponse</i>	14	2
L'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : <i>non-réponse</i>	100	2
<b>Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :</b>	35,8	50,1**

Source : EROPP 2002, OFDT

La cinquième classe regroupe 2 % de l'échantillon, en grande majorité des femmes (63 % contre 52 %), plutôt âgées (55 ans en moyenne). Ces individus sont peu diplômés (23 % contre 11 % ne possèdent que le certificat d'études) et sont deux fois moins nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (10 %). Ils expriment des positions peu tranchées et refusent tous de se prononcer sur la thèse de l'escalade. Ces personnes sont donc *non concernées par le cannabis* (et sans doute par le reste de l'enquête).

**Tableau 42 - Favorables modérés (21,7 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard du cannabis :</b>		
dangerosité du cannabis : <i>consommation quotidienne</i>	89	30
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : <i>contre</i>	84	28
le cannabis devrait être mis en vente libre : <i>plutôt d'accord</i>	37	14
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : <i>d'accord</i>	53	32
<b>Mesures de soin et de réduction des risques :</b>		
prescription de cannabis pour les grands malades : <i>tout à fait d'accord</i>	48	37
prescription de produits de substitution : <i>tout à fait d'accord</i>	53	44
<b>Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :</b>	56,0	50,1***

Source : EROPP 2002, OFDT

La sixième classe regroupe 26,7 % de l'échantillon, en grande majorité des jeunes hommes (59 % d'hommes, 35 ans en moyenne). Ces personnes ont un niveau d'étude élevé : 36 % (contre 27 %) possèdent au moins un diplôme équivalent à bac + 2 ; de même elles sont plutôt issues de ménages de cadres ou de professions intellectuelles supérieures (28 % contre 23 %). Ces individus sont 2,5 fois plus nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (53 % contre 22 %) et trois fois plus nombreux au cours de l'année (22 % contre 8 %). Ils n'occultent pas la dangerosité du cannabis, même s'ils la situent à un niveau de consommation élevée : les neuf dixièmes jugent qu'une consommation quotidienne est dangereuse. Leur rejet de la thèse de l'escalade est quasi unanime, mais si leurs positions politiques en faveur du cannabis sont souvent claires, elles sont rarement radicales. Ainsi, une courte majorité juge que l'interdiction actuelle de fumer du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle, et souhaiterait sa légalisation. Ces individus sont très favorables à la prescription de produits de substitution aux usagers dépendants ou de cannabis à certains grands malades. Ils sont donc *favorables et modérés* vis-à-vis du cannabis, dans la mesure où ils n'en occultent pas totalement la dangerosité.

**Tableau 43 - Négation du danger (4,1 %)**

	% dans la classe	% global
<b>Opinions à l'égard du cannabis :</b>		
dangerosité du cannabis : <i>jamais dangereux</i>	100	4
l'usage de cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : <i>tout à fait contre</i>	69	14
le cannabis devrait être mis en vente libre : <i>tout à fait d'accord</i>	41	7
l'interdiction de consommer est une atteinte à la liberté individuelle : <i>tout à fait d'accord</i>	34	13
<b>Mesures de soin et de réduction des risques :</b>		
prescription de cannabis pour les grands malades : <i>tout à fait d'accord</i>	68	37
prescription de produits de substitution : <i>tout à fait d'accord</i>	59	44
<b>Pourcentage d'individus interrogés en 2002 :</b>	33,9	50,1***

Source : EROPP 2002, OFDT

La septième classe regroupe 4,1 % de l'échantillon, en grande majorité des jeunes hommes (70 % d'hommes, 31 ans en moyenne). Ces individus se distinguent par un très haut niveau d'étude : 28 % (contre 16 %) ont un diplôme de niveau bac + 3. Ils sont trois fois plus nombreux que la moyenne à avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (77 % contre 22 %) et six fois plus nombreux au cours de l'année (47 % contre 8 %). Ces consommateurs expriment des opinions très radicales en faveur du cannabis. Ainsi, tous pensent que le cannabis n'est *jamais dangereux*, et les sept dixièmes jugent que sa consommation ne mène *pas du tout* à celle de produits plus dangereux. Sur le plan politique, un tiers juge que l'interdiction d'en consommer est *tout à fait* une atteinte à la liberté individuelle, et les quatre dixièmes sont *très favorables* à sa légalisation. Une très large majorité approuve *tout à fait* les mesures de prescription de produits de substitution ou de cannabis à certains grands malades. Au final, ces individus *nient la dangerosité* du cannabis et sont très radicalement en faveur de sa *légalisation*.

En 1999 et 2002, les personnes interrogées dans EROPP expriment des opinions assez proches à l'égard du cannabis. Les deux principales différences entre

les deux enquêtes concernent d'abord l'importante classe des *favorables et modérés* (classe 6), où les enquêtés de 2002 sont légèrement surreprésentés, et la très petite classe des radicaux qui *nient la dangerosité du cannabis*, où ce sont au contraire les enquêtés de 1999 qui sont surreprésentés. Cette légère évolution pourrait traduire l'élévation du niveau d'information sur les drogues et le cannabis en particulier, comme l'augmentation de la prévalence de la consommation de ce dernier, sensible entre les deux enquêtes.

L'examen de cette typologie laisse apparaître que les changements dans les courants d'opinions ont été relativement modestes entre 1999 et 2002. Trois classes seulement se distinguant par une composition déséquilibrée en enquêtés.

D'abord, la classe des *non concernés* (2,0 %) et la classe de ceux qui *nient la dangerosité du cannabis* (4,1 %), où les enquêtés de 2002 sont nettement minoritaires. En 2002, ces courants d'opinions ont donc sensiblement perdu de leur importance<sup>70</sup>. Deux hypothèses non exclusives peuvent expliquer ces écarts. Premièrement, la hausse de la prévalence de la consommation de cannabis : le nombre de non-usagers qui ne connaissent aucun usager de cannabis a donc décliné, ce qui pourrait expliquer que le nombre de non-réponses, vraisemblablement dues en partie à des personnes qui ignoraient tout du produit, ait chuté dans le même temps. Deuxième hypothèse, la hausse du niveau général d'information de la population sur les drogues. Il est possible que ce niveau se soit élevé entre les deux enquêtes ou que le climat général ait changé : une meilleure diffusion des connaissances sur les substances psychoactives, ou la part croissante que celles-ci ont pris dans le débat public ces dernières années pourraient également diminuer le nombre d'indécis concernant la théorie de l'escalade. La raréfaction du nombre de personnes déclarant que le cannabis n'est jamais dangereux pour la santé reste cependant plus difficile à interpréter. Peut-être que la place accrue des drogues dans le débat public a partiellement incité les plus gros utilisateurs de cannabis (qui ont tendance à minimiser les effets nocifs de leur consommation) à cesser de fournir des réponses radicales, militantes ou provocatrices aux questions concernant la dangerosité du cannabis.

Ces interprétations sont critiquables. D'abord, les classes concernées par ces changements sont de petites tailles, et il n'est pas à exclure que les phénomènes observés soient en partie dus aux légères différences qui existent nécessairement entre les deux enquêtes. Ensuite, il est difficile de mesurer précisément le niveau d'information général de la population sur les produits psychoactifs.

70. Ce point confirme les résultats obtenus sur chacune des questions : ainsi, la proportion de personnes déclarant ne pas savoir répondre à la question portant sur la thèse de l'escalade a chuté, passant de 2,7 % en 1999 à 1,2 % en 2002 ; la proportion de personnes déclarant que l'usage de cannabis n'est jamais dangereux pour la santé passant quant à elle de 5,4 % à 2,8 %.

L'évolution la plus importante concerne la classe des « favorables modérés » qui regroupe 21,7 % des personnes interrogées. Cette classe est la seule à être davantage composée de personnes interrogées en 2002, ce qui tend à montrer le développement de ce courant d'opinion au cours de ces trois dernières années. Les mêmes hypothèses que précédemment pourraient permettre d'interpréter ce changement. Ainsi, au sein de cette classe, les enquêtés de 2002 sont plus nombreux que ceux de 1999 à avoir fumé du cannabis au cours de l'année (24 % contre 19 %).

Il existe donc des modulations nettes dans les modes d'acceptation et de refus du cannabis, tant sur le plan de sa dangerosité, des croyances sur le fait que sa consommation conduirait à celle de drogues plus dures, que de son statut légal. Les clivages d'opinions recourent clairement certaines grandes oppositions classiques, dans les enquêtes sur les usages de produits psychoactifs, entre les sexes et les générations : les hommes, plus consommateurs que les femmes, sont plus tolérants voire plus favorables au cannabis ; les personnes plus âgées sont moins consommatrices, moins tolérantes et le jugent plus dangereux. Celles-ci se doublent d'oppositions en termes de diplômes, de catégories d'activités professionnelles et, dans une moindre mesure, de type d'habitat : les personnes plus diplômées ou occupant des postes des catégories socioprofessionnelles supérieures (cadres et professions intellectuelles supérieures), ont tendance à se montrer plus favorables au cannabis, et inversement, c'est parmi les habitants des grandes agglomérations urbaines et surtout de l'agglomération parisienne que les proportions de personnes favorables au cannabis sont les plus élevées<sup>71</sup>. Sans surprise, les opinions favorables à la consommation sous condition comme la vente libre du cannabis sont fréquentes parmi les usagers : elles expriment sans doute tout à la fois un désir de normalisation de leur situation comme une certaine rationalisation de leurs usages. Ces résultats illustrent en grande partie la diffusion relativement différenciée du cannabis dans les couches de la société, en particulier du point de vue de l'âge. Quoi qu'il en soit, ces résultats peuvent faire l'objet d'une remarque générale. Ce sont en effet les individus qui sont socialement favorisés qui prônent les mesures les plus libérales concernant le statut légal du cannabis et de sa consommation ; ce sont également eux qui rapprochent ces mesures du respect de la liberté individuelle d'un désir d'indépendance qui va de pair avec la responsabilité individuelle et l'autonomie. Ces personnes sont sans doute à même de pouvoir exercer cette liberté : elles ont probablement les moyens d'être responsables et auto-

nomes vis-à-vis de leur consommation de substances psychoactives. Mais ne faut-il pas déceler un effet du niveau d'éducation et de la position sociale qui, justement, donnent les moyens d'exercer cette liberté et d'être responsable ? Dans une certaine mesure, ce désir témoignerait donc d'une ignorance des autres et de leurs conditions de vie. La typologie permet donc ici de retrouver une opposition qui est au cœur de nombreuses réflexions en santé publique (Massé, 2000 ; Lazarus, 2000).

71. Dans la typologie présentée, les trois dernières classes comprennent davantage que la moyenne de résidents d'agglomérations de plus de 100 000 habitants et surtout de résidents de l'agglomération parisienne (en particulier les classes « favorables » et « négation du danger »).

## LE STÉRÉOTYPE DU TOXICOMANE DANS L'OPINION PUBLIQUE ET CHEZ LES USAGERS D'AUTRES DROGUES ILLICITES

---

### LE STÉRÉOTYPE DU TOXICOMANE

#### Stéréotypes et « démons populaires »

Les stéréotypes font partie du vaste réservoir d'opinions et de connaissances du sens commun, dans lequel chacun puise quotidiennement. Un stéréotype est une représentation sociale d'un type particulier, qui s'attache à une classe d'individus, pour en dresser un portrait unique, un cliché condensé, sans nuance et très schématique. En général, un stéréotype a aussi une connotation morale tranchée, positive ou négative. Walter Lippman (1922), qui a introduit cette notion dans le vocabulaire des sciences sociales, souligne que ce type de connaissance répond à un principe d'économie, qui nous permet au quotidien de réduire la diversité du réel à quelques types simples. Toutefois, il arrive aussi qu'un stéréotype s'attache à des individus que nous ne côtoyons pas couramment, qui nous restent dans une large mesure étrangers, ce qui facilite la réduction de leur variété à quelques traits simplifiés.

Mais à quoi cela sert-il de nous représenter des gens que nous ne voyons jamais ou rarement ? Cela peut servir à baliser nos désirs, nos envies, à réassurer nos valeurs, à nous donner des repères : notre imaginaire est peuplé de stéréotypes bons ou mauvais, qui nous fournissent des modèles auxquels ressembler et des repoussoirs à éviter. Ainsi, le sociologue britannique Stanley Cohen (1972) a bien montré qu'à des époques troublées, quand les repères moraux se brouillent, nous avons besoin de réaffirmer nos valeurs, de redéfinir clairement la frontière entre ce qui est bien et ce qui est mal : pour cela nous avons tendance à forger des « démons populaires » (*folk devils*), stéréotypes maléfiques censés représenter une menace pour toute la société, qui font office de bouc émissaire.



## Le stéréotype du toxicomane : l'injecteur d'héroïne dépendant

Le stéréotype du toxicomane tel que nous le connaissons aujourd'hui s'apparente aux démons populaires de Cohen : c'est une figure stylisée, caricaturale, qui condense de nombreux traits éminemment négatifs (le « toxico » ment, vole, parfois tue ; il est l'esclave de son vice...). C'est l'utilisateur d'héroïne dépendant, avec sa seringue et sa cuillère, qui sert de référence à ce stéréotype. En effet, en tant que substance emblématique des drogues dites « dures », l'héroïne est étroitement associée par l'opinion publique à l'addiction et à la marginalité. Le stéréotype de l'héroïnomane est relativement récent : des auteurs comme Numa Murard (1979) et Claude Olivenstein (1977) situent son apparition et sa diffusion dans les années 1970. Sous l'intertitre « L'Ennemi public numéro un », Murard évoque cette « figure familière, famélique, épiant les autres, prête à voler, sinon à tuer, qui hante aujourd'hui chaque foyer, chaque école, cachant sa drogue, prête à être utilisée, prête à être vendue, à répandre le mal. »

Ce stéréotype se renforcera lors de la décennie suivante, marquée par une recrudescence de l'usage d'héroïne. Ainsi, dans les années 1980, la Grande-Bretagne a connu une « épidémie » d'héroïne, en particulier parmi les jeunes adultes sans emploi et sans qualification des zones urbaines autour de Londres et des villes écossaises (Parker *et al.*, 1998). Ces usagers ont vite constitué un véritable problème social, d'autant que le lien entre délinquance prédatrice et usage régulier d'héroïne a rapidement été étayé par les criminologues. L'apparition du Sida a redoublé les inquiétudes suscitées par les injecteurs d'héroïne, le partage des seringues devenant un vecteur de diffusion de l'épidémie. Ici et là, des « légendes urbaines<sup>72</sup> » se sont propagées, mettant en scène un héroïnomane devenu fou, menaçant et rançonnant des innocents avec une seringue infectée, ou la dissimulant pointé en l'air dans des lieux publics.

La question n'est pas de savoir dans quelle mesure cette figure du « toxico » correspond ou non à une réalité : comme le mythe, le stéréotype repose toujours sur un substrat de réalité, mais n'en est jamais l'exact reflet, puisqu'il déforme et simplifie cette réalité. Précisons toutefois que malgré sa prégnance dans l'imaginaire populaire, aujourd'hui l'utilisateur d'héroïne injecteur et dépendant se fait rela-

tivement rare, tandis que de nouveaux types d'utilisateurs apparaissent. Les usagers « à problèmes », c'est-à-dire interpellés pour usage ou usage-revente, ou qui ont eu recours au système de soins, sont plus âgés (ils ont environ 30 ans en moyenne), et leur nombre est estimé entre 150 000 et 180 000 à la fin des années 1990 (Costes, 2001). Une consommation d'héroïne occasionnelle et « intégrée » se développe, sans seringue ni cuillère, par exemple en milieu festif, où ce produit est fumé pour gérer la « descente » consécutive à l'absorption de stimulants (Fontaine *et al.*, 2001).

L'objectif de ce chapitre est d'abord de décrire le stéréotype de l'héroïnomane injecteur tel qu'il apparaît dans la population générale au sein de l'enquête EROPP en 2002, puis de montrer à travers d'autres enquêtes quantitatives et qualitatives dans quelle mesure ce stéréotype est instrumentalisé par certaines catégories d'utilisateurs de substances psychoactives illicites pour justifier leurs propres consommations. Précisons qu'il existe bien sûr d'autres stéréotypes liés aux usages de drogues illicites (qui associent par exemple à tort ou à raison le cannabis, l'ecstasy ou la cocaïne à certaines catégories sociales, ou à certains styles vestimentaires ou musicaux). On ne s'intéressera ici qu'à celui de l'héroïnomane, dans la mesure où il est sans doute celui qui condense le plus de traits négatifs.

## STÉRÉOTYPE DE L'HÉROÏNOMANE ET POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Au-delà de la réduction immédiate des risques sanitaires, à plus long terme les objectifs de la politique de réduction des risques sont de faciliter un suivi médicalisé, de stabiliser la consommation de drogues illicites, de diminuer l'injection et enfin de favoriser l'intégration sociale des usagers. Or, il n'est pas possible d'intégrer ces usagers dans une société si celle-ci les rejette, en les associant à un stéréotype qui concentre tous les vices.

On retrouve ici un point de vue interactionniste de la sociologie de la déviance : les conditions de vie objectives des usagers d'héroïne et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes dépendent du regard que le reste de la société porte sur eux. S'ils sont perçus comme différents et étrangers, ils se sentiront comme tels, et seront victimes de pratiques discriminatoires qui élargiront le fossé qui les sépare du reste de la communauté, et ainsi de suite... (Finnigan, 1996). Si une bonne partie de la population assimile les usagers d'héroïne à des « démons populaires », et se prononce résolument contre la politique de réduction des risques, alors, sur le long terme, le succès de celle-ci, par l'intégration sociale des usagers, est impossible.

72. Une légende urbaine est une rumeur reposant sur une intrigue simple, dramatique, mettant en scène des stéréotypes (le monstre et sa victime innocente), censée être arrivée récemment, tout près d'ici, à des gens ordinaires mais anonymes. Porteuse d'une morale et d'une menace, une telle légende doit son succès à l'écho qu'elle trouve dans les peurs contemporaines (Goode et Ben-Yehuda, 1994).



## Comment les Français se représentent-ils les usagers d'héroïne ?

En 2002 comme en 1999, l'un des objectifs de l'enquête EROPP était de mieux comprendre comment les Français se représentent les usagers d'héroïne. Les questions relatives à ce thème portent sur le degré d'assentiment (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord) à neuf assertions (cf. tableau 44). Celles-ci qualifient les usagers d'héroïne, leur prêtent ou non des comportements répréhensibles et proposent des explications à leur pratique.

**Tableau 44 - Opinions sur « ceux qui prennent de l'héroïne » (% en ligne)**

Degré d'accord :	1999		2002	
	total d'accord	total pas d'accord	total d'accord	total pas d'accord
<b>Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne :</b>				
... le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société	56,4 %	42,1 %	47,9 % ***	50,8 %
... manquent de volonté	55,2 %	43,0 %	51,5 % *	47,0 %
... sont des personnes malades	50,6 %	48,0 %	41,4 % ***	57,7 %
... le font à cause de problèmes familiaux	59,4 %	37,8 %	51,6 % ***	47,1 %
... sont des parasites	21,8 %	76,5 %	21,4 % ns	77,7 %
... sont dangereux pour leur entourage	73,6 %	24,5 %	73,2 % ns	25,5 %
... cherchent à entraîner les jeunes	63,5 %	33,6 %	58,7 % **	39,3 %
<b>Certains pensent que :</b>				
... prendre de l'héroïne peut être un choix de vie	32,2 %	66,1 %	29,7 % ns	69,5 %
... il est possible de vivre normalement en prenant de l'héroïne (item ajouté en 2002)	–	–	7,1 %	91,9 %

Les tests réalisés ici portent sur la significativité de l'écart entre les proportions « total d'accord » des deux enquêtes. \*\*\* : différence significative au seuil 0,001 ; \*\* : au seuil 0,01 ; \* : au seuil 0,05 ; ns : non significatif.

Source : EROPP 2002, OFDT

Entre 1999 et 2002, les proportions d'enquêtés se déclarant d'accord avec les assertions qui « expliquent » l'usage d'héroïne reculent de façon significative : en 2002, 47,9 % des personnes interrogées sont d'accord pour estimer que cet usage est dû à une difficulté à trouver sa place dans la société (contre 56,4 % en 1999) ; 51,5 % incriminent le manque de volonté des usagers (contre 55,2 % en 1999) ; enfin 51,6 % expliquent l'usage par des problèmes familiaux (59,4 % en 1999). En 2002, les enquêtés sont aussi moins nombreux à penser que les usagers d'héroïne sont des personnes malades (41,4 % contre 50,6 %), ou qu'ils cherchent à entraîner les jeunes (58,7 % contre 63,5 %). En revanche, les proportions d'enquêtés assimilant ces usagers à des parasites ou estimant qu'ils sont dangereux pour leur entourage restent stables d'une enquête à l'autre (respectivement 21,4 % et 73,2 % en 2002). De même, la proportion jugeant que l'usage d'héroïne peut être un choix de vie ne varie pas significativement (29,7 % en 2002). Quant au nouvel item introduit dans le questionnaire, il apparaît que seules 7,1 % des personnes interrogées pensent qu'un usager d'héroïne peut vivre normalement. Notons que les enquêtés refusent rarement de se prononcer sur ces assertions : les non-réponses totalisent toujours moins de 3 %.

Toutefois, l'interprétation de ces résultats s'avère parfois délicate, du fait de l'ambiguïté de certaines assertions : le fait d'estimer que les usagers d'héroïne sont des personnes malades peut révéler une certaine tolérance, l'enquêté privilégiant une approche sanitaire plutôt que répressive ; mais cette opinion peut aussi renvoyer à la conviction que ces usagers ne sont pas comme les autres, qu'ils sont « anormaux », allant alors de pair avec une stigmatisation. Pour mieux interpréter les avis des enquêtés, il faut donc les étudier simultanément, grâce à des techniques de classification qui regroupent les enquêtés en types contrastés, en considérant conjointement toutes leurs réponses. La diversité de celles recueillies en 2002 a ainsi pu être synthétisée en cinq types, qui sont à bien des égards proches de ceux obtenus en 1999 (Peretti-Watel, 2000).

**Le refus de la stigmatisation** : cette classe regroupe 29,9 % des enquêtés. Ils se caractérisent par leur refus quasi-systématique des assertions qui stigmatisent les usagers d'héroïne, en particulier celles qui les présentent comme des parasites ou comme une menace pour autrui : par exemple, les quatre cinquièmes se déclarent « pas du tout d'accord » avec l'assertion selon laquelle ces usagers sont des parasites (contre la moitié dans l'ensemble de l'échantillon).

**Une position nuancée ou indécise** : ce type réunit un enquêté sur cinq (19,5 %). Ses membres optent en général pour les modalités intermédiaires. Ainsi, ils sont neuf sur dix à se déclarer « plutôt d'accord » ou « plutôt pas d'accord » avec l'assertion selon laquelle il est possible de vivre normalement en consommant de l'héroïne (contre le quart pour l'ensemble de l'échantillon). Ces réponses intermédiaires

traduisent soit des représentations modérées, soit l'indécision de ces individus, qui n'auraient pas d'opinion fermement établie.

**Sans opinion** : ce type réunit 7,1 % des enquêtés, lesquels ont souvent préféré ne pas répondre aux questions posées. Ainsi, près du tiers ne se prononce pas sur l'opinion selon laquelle les usagers d'héroïne cherchent à entraîner les jeunes.

**Des malades dangereux** : cette classe regroupe un enquêté sur quatre (24,9 %). La très grande majorité de ces individus estime que l'usage d'héroïne est dû à une difficulté à trouver sa place dans la société, ou à des problèmes familiaux. Une majorité pense que les usagers sont des personnes malades, près de neuf sur dix se déclarant « pas du tout d'accord » avec l'idée selon laquelle ceux-ci pourraient mener une vie normale. La plupart juge que les usagers d'héroïne tentent d'entraîner les jeunes, sont un danger pour leur entourage et manquent de volonté. En revanche, ils hésitent à stigmatiser ces usagers en les assimilant à des parasites : pour cette assertion, la moitié opte pour une modalité nuancée (plutôt, plutôt pas) et seul un sur dix choisit la réponse « tout à fait d'accord ».

**La discrimination ouverte** : ce type regroupe 18,5 % des répondants. La plupart estiment que les usagers d'héroïne sont dangereux pour leur entourage et cherchent à entraîner les jeunes, tout en refusant de leur concéder des « circonstances atténuantes », puisque ces enquêtés rejettent les explications en termes de problèmes familiaux ou de difficulté à trouver sa place dans la société. Enfin, la moitié de ces répondants se déclare d'accord pour dire que les usagers d'héroïne sont des parasites (contre un cinquième pour l'ensemble de l'échantillon).

Dans un registre plus qualitatif, le discours médiatique nous « parle » du stéréotype de l'héroïnomane, même lorsqu'il ne nous parle pas des usagers d'héroïne. En effet, en France ou ailleurs, la presse écrite mentionne des « épidémies » d'héroïne, parle de la « peste blanche », du « fléau » (Agar et Reisinger, 2000). En comparant l'usage d'héroïne à une maladie contagieuse, les médias décrivent en creux l'utilisateur comme l'hôte passif et impuissant d'une sorte de virus annihilant sa volonté. D'ailleurs, au sein des deux classes hostiles à l'égard des usagers d'héroïne, qui totalisent tout de même une petite moitié de l'échantillon (43,4 %), ces usagers sont décrits comme manquant de volonté.

D'un point de vue sociodémographique, ces profils sont peu sexués (le type *De dangereux malades* est un peu plus féminin, le type *Refus de la stigmatisation* un peu plus masculin). En revanche, l'âge révèle des disparités plus nettes : les *Sans opinion* sont les plus âgés (en moyenne 51 ans), suivis du type *Discrimination ouverte* (46 ans), les partisans du *Refus de la stigmatisation* étant les plus jeunes (38 ans). Le niveau d'étude est également discriminant : parmi les moins diplômés, 24 % appartiennent au type *Discrimination ouverte* (contre 10 % des diplômés du supérieur).

## Profils d'opinion sur les usagers et hostilité à l'égard de la réduction des risques

Six questions permettent d'apprécier la position de ces différents profils d'enquêtés à l'égard de la politique de réduction des risques (tableau 45).

**Tableau 45 - Représentations des usagers d'héroïne et hostilité à l'égard de la politique de réduction des risques (% en colonne)**

	Refus de la stigmatisation	Position nuancée ou indécise	Sans opinion	Des malades dangereux	Discrimination ouverte
On peut arriver à ce que personne ne se drogue : tout à fait d'accord	9 %	6 %	13 %	15 %	24 %
Afin de diminuer les risques pour la santé, il faut informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer : pas du tout d'accord	11 %	6 %	10 %	11 %	18 %
Il faudrait permettre aux usagers d'héroïne très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical : pas du tout d'accord	33 %	19 %	35 %	31 %	52 %
Obligation de soins pour les consommateurs de drogues interdites interpellés : une mauvaise chose	8 %	6 %	6 %	8 %	11 %
Prescription de produits de substitution pour remplacer l'effet de l'héroïne : pas du tout ou plutôt pas favorable	14 %	12 %	15 %	16 %	27 %
Vente des seringues sans ordonnance : pas du tout ou plutôt pas favorable	30 %	36 %	37 %	44 %	53 %

Source : EROPP 2002, OFDT

Examinons d'abord le niveau d'accord déclaré avec l'assertion selon laquelle « on peut arriver à ce que personne ne se drogue », dont la politique de réduction des risques prend justement le contre-pied. Au sein du type *refus de la stigmatisation*, moins d'un individu sur dix se déclare « tout à fait d'accord » avec cette assertion, contre près d'un sur quatre parmi les membres du type *discrimination ouverte*. De même, ces derniers sont presque deux fois plus nombreux que les autres à rejeter fermement un principe de base de la réduction des risques : informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer. Plus de la moitié des individus du type *discrimination ouverte* se déclare encore « pas du tout d'accord » avec la distribution d'héroïne sous contrôle médical, contre un tiers parmi ceux qui refusent la stigmatisation et un cinquième parmi les indécis.

Concernant cette fois-ci des mesures concrètes mises en place en France depuis plusieurs années, les enquêtés qui discriminent ouvertement les usagers d'héroïne, et, dans une moindre mesure, ceux qui les considèrent comme de dangereux malades, se distinguent aussi par des opinions plus souvent défavorables, en particulier pour les traitements de substitution et la vente de seringues sans ordonnance (respectivement 53 % et 44 % se déclarent défavorables à cette dernière mesure). Quant à l'obligation de soins, elle fait l'objet d'un large consensus, puisque la proportion d'enquêtés jugeant qu'il s'agit d'une « mauvaise chose » atteint au maximum 11 % parmi les individus les plus hostiles à l'égard des usagers d'héroïne. Il importe toutefois de remarquer que cette mesure est ambivalente : il est probable que les enquêtés hostiles aux usagers y sont favorables du fait de son caractère coercitif, tandis que les personnes qui refusent de stigmatiser ces usagers sont sans doute plus sensibles au fait que cette obligation constitue une alternative thérapeutique à l'emprisonnement.

En première approximation, il apparaît donc que près d'un Français sur deux (44,3 %) adhère à un stéréotype très négatif de l'usager d'héroïne, parfois assimilé à un « parasite », et en tout cas vu comme un individu qui manque de volonté, qui est dangereux pour son entourage et qui cherche à entraîner les jeunes. À ce stéréotype est associée une hostilité plus fréquente à l'égard de la politique de réduction des risques, dans son principe comme dans ses modalités concrètes.

### L'héroïnomane vu par les usagers de cannabis et d'ecstasy

En mobilisant d'autres données antérieures à EROPP 2002, à la fois qualitatives et quantitatives, il apparaît que le phénomène de stigmatisation des usagers d'héroïne s'observe aussi parmi les consommateurs de cannabis et d'amphétamines (et d'ecstasy en particulier), et qu'il leur permet par contraste de nier les risques

induits par leur propre consommation, puisqu'ils semblent faire une distinction très nette entre leur usage, supposé inoffensif, et celui supposé au contraire très dangereux des « vrais drogués » (en l'occurrence les usagers d'héroïne). Les données d'EROPP ne permettent pas d'approfondir ce point, car elles restent très sommaires concernant les usages de drogues illicites, et parce qu'elles concernent une tranche d'âge très large, globalement peu consommatrice de ces produits. Notons tout de même que les enquêtés d'EROPP qui ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois estiment un peu plus souvent que les autres que les usagers d'héroïne sont des malades et que leur comportement s'explique par des problèmes familiaux, et qu'ils sont surtout plus nombreux à désigner l'héroïne comme produit le plus dangereux (62 %, contre 51 % pour ceux qui ont déjà pris du cannabis mais pas au cours de l'année, et 39 % de ceux qui n'ont jamais expérimenté ce produit).

Il convient de noter aussi au préalable que la consommation de cannabis et d'ecstasy concerne plutôt des adolescents et des jeunes adultes, et que, dans cette population, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les opinions exprimées à l'égard des « toxicomanes » ne sont guère plus clémentes qu'en population adulte. C'est ce que montre la comparaison des résultats des Baromètres Santé adultes 95/96 et jeunes 97/98 (Velter et Arènes, 1999) : fin 1997, parmi les 12-19 ans, 76 % estiment que « les toxicomanes sont responsables de ce qui leur arrive » (contre 45 % des adultes interrogés deux ans plutôt) ; 66 % les jugent « agressifs et dangereux » (54 % des adultes) ; enfin 40 % pensent qu'ils « doivent être punis » (contre 21 % des adultes).

### L'usager d'héroïne vu par les consommateurs de cannabis

En général, le consommateur d'une drogue illicite connaît le discours que tiennent à son égard les institutions ou les médias, et il semble qu'il passe souvent une partie non négligeable de son temps à gérer les effets de cette étiquette, et, en l'occurrence, à tenter de la décoller. Par exemple, dans l'Amérique de l'immédiat après-guerre, la marijuana restait très stigmatisée par les campagnes orchestrées par le Federal Bureau of Narcotics, qui avait obtenu sa prohibition en 1937. Cette substance était à l'époque décrite comme une *killer drug*, provoquant des crises de démence meurtrières<sup>73</sup>. Les fumeurs de marijuana interrogés par Howard

73. Ainsi H. Anslinger lui attribue plusieurs faits divers sanglants, dont le cas d'un jeune homme ayant massacré à coups de hache toute sa famille après avoir fumé de la marijuana (Anslinger et Cooper, 1998 [1937]).

Becker (1963) connaissaient ces histoires, et leur niveau de consommation dépendait étroitement de leur capacité à argumenter un contre-discours légitimant leur usage, en les différenciant du stéréotype du « toxico » dépendant et asservi par son vice.

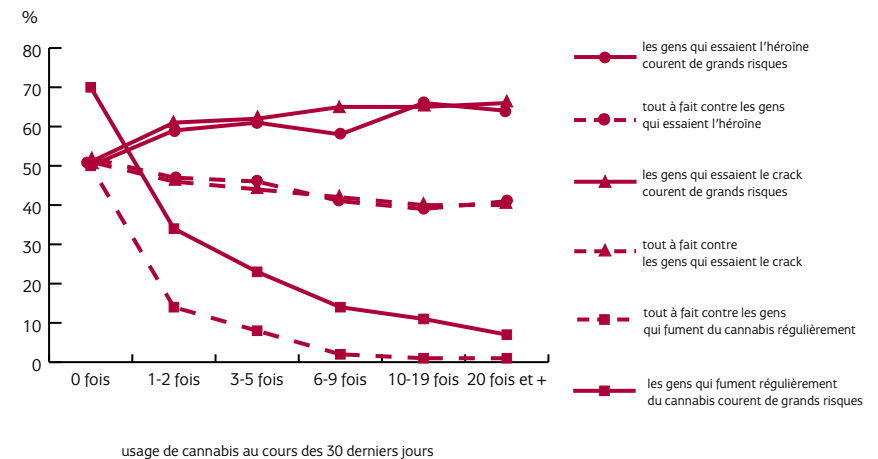
Les données qualitatives recueillies en France depuis les années 1980 mettent en évidence un phénomène similaire : les usagers de cannabis justifient l'innocuité de leur consommation en se démarquant du stéréotype du « toxico », en l'occurrence l'héroïnomanie. Ce clivage se traduit par exemple par l'opposition entre « drogues douces » (en théorie le cannabis) et « drogues dures » (avant tout l'héroïne). François Dubet écrivait ainsi : « *À écouter les propos des jeunes plus ou moins marginalisés qui "galèrent" dans des cités de banlieue où circule la drogue, ou ceux des lycéens qui la perçoivent ainsi, il apparaît un clivage relativement stable entre les drogues dures et les drogues douces. Il ne convient pas ici de se prononcer sur la pertinence pharmacologique de cette distinction, et moins encore de n'y voir qu'un effet publicitaire, qu'une vague rationalisation de jeunes fascinés par les drogues. En effet, cette opposition constante porte moins sur la nature des produits, qu'elle n'est grosse d'une définition "spontanée" du social et de ce qui ne l'est plus* » (Dubet, 1992, p. 100).

Les jeunes interrogés par Dubet (1987) ou par d'autres sociologues (Kokoreff et Mignon, 1994 ; Duprez et Kokoreff, 2000) opposent terme à terme le cannabis et l'héroïne. Selon ces jeunes, le cannabis est « convivial », il participe de la sociabilité juvénile, il se donne et s'échange, se partage, se consomme en groupe, servant même de « lubrifiant » aux relations sociales, tandis qu'au contraire l'héroïne est présentée comme une drogue « anomique », consommée en solitaire par des marginaux qui l'achètent au prix fort, et qui n'appartiennent plus au groupe des pairs. De même, pour ces jeunes, les motivations de la consommation de cannabis sont banales (curiosité, puis envie de se relaxer, d'imiter les autres..., cf. Beck *et al.*, 2001b), alors qu'ils se représentent l'usage d'héroïne comme quelque chose de mystérieux, d'incompréhensible, ou comme la conséquence de graves problèmes personnels. Enfin, les jeunes interrogés soulignent leur capacité supposée à maîtriser leur consommation, à la cantonner à un registre récréatif, par opposition à l'usage dépendant et compulsif des héroïnomanes. Cette opposition entre cannabis et héroïne prend aussi parfois une dimension territoriale : pour les jeunes de banlieue interrogés par Kokoreff et Mignon, lorsqu'il y a du trafic ou des héroïnomanes visibles dans la cité, ils viennent toujours d'une autre ville ou d'une autre cité.

Pour neutraliser le discours conventionnel qui condamne l'usage de drogues illicites, les usagers de cannabis auraient donc tendance à déplacer le stigmate, à désigner « une marge dans la marge », en niant ce discours pour le cannabis mais

en l'acceptant pour l'héroïne. Les enquêtes auto-administrées en milieu scolaire confirment ce phénomène. Ainsi, dans l'enquête réalisée par Robert Ballion en 1997 pour l'OFDT auprès de dix mille lycéens, plus les élèves interrogés consomment de cannabis, plus ils distinguent « drogues douces » et « drogues dures », et plus ils rejettent la « thèse de l'escalade » (selon laquelle les premières mèneraient aux secondes). Par exemple, parmi ceux qui n'ont pas fumé de cannabis au cours des 12 derniers mois, 64 % font une différence entre « drogues douces » et « drogues dures », contre 94 % parmi ceux qui en ont fumé au moins dix fois dans l'année (Ballion, 1999).

**Figure 19 - opinions sur l'essai du crack et de l'héroïne et sur l'usage régulier du cannabis, selon la fréquence de consommation du cannabis au cours des 30 derniers jours**



Source : ESPAD 1999 (INSERM - OFDT - MENRT)

La figure 19, réalisée à partir des données d'une autre enquête auto-administrée en milieu scolaire (le volet français de l'enquête européenne ESPAD, *European school survey on alcohol and other drugs*, réalisé par l'INSERM sous la direction de Marie Choquet et Sylvie Ledoux, en collaboration avec l'OFDT et le MENRT<sup>74</sup>), met également en évidence une relation étroite entre usage de cannabis et opinions sur le cannabis et les drogues dites « dures ». En effet, concernant d'abord le « jugement moral » porté sur les usagers, plus les adolescents interrogés consomment de cannabis, moins ils ont tendance à se déclarer « contre » les gens qui prennent des drogues illicites, qu'il s'agisse d'un usage régulier de cannabis ou d'un essai d'héroïne, de cocaïne ou de crack. En revanche, concernant cette fois les risques encourus, plus les adolescents consomment de cannabis, moins ils ont tendance à juger dangereux l'usage régulier de ce produit (ce qui n'est pas surprenant), mais plus ils ont tendance à souligner le danger que l'on court à essayer des « drogues dures ».

### L'usager d'héroïne vu par les consommateurs d'ecstasy

Comparativement aux pays anglo-saxons, et à la Grande-Bretagne en particulier, la consommation d'ecstasy est sans doute moins répandue et surtout plus récente en France, ce qui explique le fait que les données actuellement disponibles proviennent le plus souvent d'Outre-Manche. Deux sociologues irlandais ont par exemple consacré un article à la « diabolisation » de l'héroïne par les usagers d'ecstasy, à partir d'une centaine d'entretiens approfondis réalisés en Irlande du Nord (Mc Elrath et Mc Evoy, 2001). Tout comme les fumeurs de cannabis, il apparaît que les consommateurs d'ecstasy définissent leur pratique comme socialisante et récréative, par opposition à l'usage solitaire et compulsif de l'héroïne. Cette opposition concerne aussi les « gros » consommateurs d'ecstasy, qui stigmatisent volontiers les héroïnomanes : ainsi un homme de 26 ans, qui, lors de sa dernière prise d'ecstasy, a bu vingt-cinq bières et pas une goutte d'eau, déclare que « *ceux qui s'injectent de l'héroïne sont complètement stupides* ». De même, un jeune homme de 19 ans estime que « *l'héroïne ça rend très, très dépendant, et ça oblige à voler* », sachant que lui-même a déjà consommé de l'ecstasy à plus de 100 reprises et reconnaît en outre avoir déjà volé son employeur pour financer sa consommation. Évidemment, au moins deux interprétations sont envisageables pour ces exemples qui mettent en scène ce que l'on pourrait probablement appeler des usa-

gers à problèmes : soit ces usagers d'ecstasy sont de mauvaise foi et stigmatisent l'héroïne pour se justifier devant l'enquêteur, soit le stéréotype de l'héroïnomanie est suffisamment prégnant et signifiant pour que ces enquêtés puissent penser de bonne foi que leur propre usage reste relativement inoffensif en comparaison.

La répugnance, voire la répulsion que manifestent ces usagers d'ecstasy à l'égard de l'héroïne repose en particulier sur le mode d'administration des deux produits : ingérer, gober un cachet leur semble naturel, alors que « se piquer », s'injecter un produit avec une seringue ne l'est pas. Pour ces usagers interrogés, s'injecter une drogue, c'est « sale », « dégoûtant », « avilissant », adjectifs que l'on retrouve dans d'autres études ethnographiques similaires menées auprès de consommateurs d'ecstasy (Power *et al.*, 1996 ; Klee, 1998). Par exemple, au sein d'un réseau amical d'adolescents londoniens âgés de 16 à 19 ans et consommateurs d'ecstasy et de LSD, l'injection, synonyme d'héroïne, est très mal vue : les injecteurs ne sont pas acceptés dans le groupe, et si un membre le devenait, il en serait exclu. L'un de ces jeunes déclare à propos de l'usage d'héroïne : « *C'est sale et dangereux... les gens qui font ça sont stupides ou désespérés.* » Cette stigmatisation de l'héroïne et de ses usagers n'est pas cantonnée aux adolescents : on la retrouve parmi des consommateurs adultes (Pearson, 2001), ainsi que parmi des consommateurs de cocaïne, qui se sentent « supérieurs » aux héroïnomanes injecteurs (Dunlap *et al.*, 1990 ; Coomber, 1997). Par ailleurs, outre l'injection et l'héroïne, le crack apparaît également comme un produit très stigmatisé par les usagers d'ecstasy ou d'autres amphétamines (Klee, 1998 ; Pearson, 2001). Comme pour le cannabis, cette stigmatisation prend parfois une dimension territoriale : pour certains usagers d'ecstasy des classes moyennes anglaises des quartiers « tranquilles », l'usage d'héroïne est considéré comme propre à des zones géographiques lointaines et marquées par un fort chômage (Fraser *et al.*, 1991), tandis que le crack est associé aux « quartiers noirs » (Pearson, 2001).

Comment ce déni du risque s'accorde-t-il avec les expériences des usagers ? Sur ce point, ces travaux ethnographiques rappellent curieusement les observations des psychologues qui montrent que, le plus souvent, les automobilistes accidentés ne changent pas durablement leur comportement au volant, parce qu'ils interprètent l'accident d'une façon qui ne remet pas en cause leur conviction d'être de bons conducteurs. Ainsi, lorsque des usagers d'ecstasy font un « mauvais trip », certains l'expliquent parfois par le fait que le cachet qu'ils ont pris devait sans doute contenir de l'héroïne (Mc Elrath et Mc Evoy, 2001) : de leur point de vue, c'est donc l'héroïne qui est dangereuse, pas l'ecstasy. De même, au sujet des accidents mortels qui surviennent suite à la prise d'amphétamines, de jeunes usagers anglais rétorquent que ce n'est pas le produit qui est en cause, mais le consommateur : soit

74. Enquête réalisée auprès d'environ 12 000 élèves de la quatrième à la terminale.



la victime a été imprudente (par exemple en ne s'hydratant pas), soit elle était prédisposée à l'accident en raison d'une fragilité physiologique particulière (Klee, 1998).

Ce déni du risque peut avoir des conséquences dommageables en termes de prévention. En effet, en stigmatisant l'héroïne et ses dangers, les usagers d'autres drogues se rassurent, se sentent sans doute moins concernés par les messages préventifs, et jugent peut-être avec moins de discernement les dangers de leur propre pratique. En outre, dans les enquêtes anglo-saxonnes précitées (Klee, 1998 ; Mc Elrath et Mc Evoy, 2001), certains usagers d'ecstasy ou d'autres amphétamines déclarent qu'ils n'iraient pas demander des conseils ou de l'aide dans une structure d'accueil ou de soins spécialisée, ou qu'ils ont déjà envisagé une telle démarche mais y ont finalement renoncé, en avançant comme motif le fait qu'ils ne veulent pas y côtoyer de vrais « toxicos », ni être identifiés à eux. Dans le cas de la France, une bonne partie des résultats évoqués ici se retrouvent dans une étude réalisée auprès d'une quarantaine d'usagers de drogues dites « rares » (kétamine, rachacha, DMT, GHB...), âgés pour la plupart de 20 à 30 ans, qui fréquentent les milieux festifs et consomment de l'ecstasy (Fontaine *et al.*, 2001). Ces usagers stigmatisent l'héroïne (« drogue de coma », « drogue de défonce » ou « drogue de rue ») et l'injection (« atroce », « suicidaire ») mais, en outre, ceux qui sont justement injecteurs d'héroïne ont conscience des réactions que leur pratique suscite au sein de leur entourage : cela les gêne et les conduit à s'isoler, ce qui renforce donc leur marginalité.

## CONCLUSION

Quelles sont les conséquences possibles de la prégnance du stéréotype du toxicomane dans la population en général et parmi les usagers d'autres substances psychoactives en particulier ? Ce stéréotype de l'héroïnomanie injecteur est susceptible de faire obstacle aux politiques publiques, et cela à au moins deux niveaux. D'une part, tel qu'il est répandu dans l'opinion publique, ce stéréotype stigmatisant rend certainement plus délicate l'intégration sociale des usagers d'héroïne telle qu'elle est visée à terme par la politique de réduction des risques. D'autre part, il est probable que les consommateurs de cannabis et d'ecstasy ne se sentent pas concernés par le discours préventif tant qu'ils ont le sentiment que celui-ci s'adresse au stéréotype du « toxico » ou du « drogué », ce stéréotype leur permettant de mettre le risque à distance pour eux-mêmes.

Ce déni du risque a le tort de s'appuyer sur une conception des drogues et de leurs effets qui distingue des produits au lieu de différencier des usages, en opposant ici le cannabis et l'ecstasy à l'héroïne. Or, il importe au contraire de mettre l'accent sur les usages : Aquatias (1999) a bien montré qu'il existe des « usages durs » de cannabis, ce qui lui fait d'ailleurs dire que cette substance ne serait pas « douce » mais « molle ». De même, dans les exemples cités plus haut, certains usagers d'ecstasy visiblement « à problèmes » se rassurent en opposant ce produit à l'héroïne. Cette remarque est aussi valable pour l'alcool : dans l'enquête ESPAD, la dangerosité estimée de l'héroïne et du crack augmente à mesure que croît la consommation de cannabis, mais cette dangerosité perçue augmente aussi avec la consommation d'alcool fort.

Enfin, des observations récentes (Bello *et al.*, 2002) montrent qu'aujourd'hui l'héroïne connaît un certain regain d'intérêt chez les consommateurs, d'autant que les revendeurs, pour ne pas effaroucher leurs clients, évitent souvent de parler d'héroïne, et emploient d'autres appellations : dreu, citizen, rabla, meca... De même, toujours dans le souci d'éviter de recourir à une appellation stigmatisée, le crack est souvent vendu sous le nom de free base ou de cocaïne fumée<sup>75</sup>. Autrement dit, le stigmate attaché à l'héroïne, au crack et à leurs usagers ne contribue même pas forcément à dissuader les consommateurs potentiels, puisqu'en changeant le nom d'un produit il est possible de contourner ou d'atténuer son image stéréotypée et stigmatisée.

75. Par ailleurs, si son usage tend à augmenter, la kétamine semble en passe de rejoindre l'héroïne et le crack parmi les produits diabolisés par la majorité des consommateurs de drogues illicites.

## ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE SUR LIGNE FIXE OU PAR PORTABLE : QUELLES DIFFÉRENCES ?

---

### LISTE ROUGE, PORTABLES ET REPRÉSENTATIVITÉ DES ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES

Le sondage téléphonique reste aujourd'hui encore en France le moyen le plus commode et le plus sûr d'interroger des échantillons représentatifs et de taille suffisante en population générale, en particulier pour les enquêtes d'opinions, avec de bonnes conditions de passation et la possibilité pour les chercheurs de suivre facilement le « terrain » de l'enquête en se rendant au central téléphonique d'où les entretiens sont réalisés. Toutefois, depuis quelques années, ce mode de collecte se heurte à deux phénomènes qui menacent de détériorer la représentativité des données recueillies<sup>76</sup> :

- Le nombre important de ménages inscrits sur liste rouge. Par définition, ces ménages échappent aux enquêtes pour lesquelles des numéros de téléphone sont tirés au hasard dans une base de numéros issue d'un annuaire fourni par France Télécom. Or, ces ménages peuvent très bien avoir des caractéristiques particulières, de sorte que leur non-inclusion dans la base de sondage met en péril la représentativité de l'échantillon. Pour contourner ce problème, il est possible de générer au hasard des numéros de téléphone, ce qui permet d'obtenir des numéros sur liste rouge<sup>77</sup>.

- Le nombre croissant de ménages qui ne disposent plus d'une ligne fixe, les individus préférant se limiter au téléphone portable, ou réservant la ligne fixe pour l'usage d'Internet. Ces individus posent les mêmes problèmes que les listes rouges. Il est là encore possible de générer des numéros aléatoirement. Toutefois, l'enquête se heurte alors à une difficulté supplémentaire : si les conditions de passation sont *a priori* les mêmes pour un individu interrogé par téléphone à son

---

76. Pour davantage de précision sur ces problèmes méthodologiques, cf. Beck et al., 2001a.

77. Ainsi que de nombreux numéros inutilisables : numéros non attribués, fax, lignes professionnelles... et, bien sûr, des numéros sur liste blanche.



domicile, que sa ligne soit sur liste rouge ou non, en revanche, l'individu interrogé sur son portable se trouve souvent ailleurs qu'à son domicile, il ne lui est pas forcément facile de s'isoler ou de se concentrer sur les questions posées, sans compter que la communication a plus de chances d'être coupée suite à un problème de réception du signal.

Concernant les listes rouges, l'enquête Baromètre Santé 2000 du CFES a permis de mettre en évidence les spécificités des ménages concernés (Beck *et al.*, 2001b). Ces derniers correspondent à une population plus jeune, plus urbaine, plus diplômée et aux revenus plus élevés. Comme ces caractéristiques sont aussi associées à une expérimentation plus fréquente de cannabis, ainsi qu'à des opinions plus fréquemment en faveur d'une mise en vente libre de ce produit, il n'est pas surprenant que les enquêtés des listes rouges aient plus souvent déjà consommé du cannabis et se prononcent plus souvent en faveur de sa légalisation. En revanche, une fois contrôlées ces spécificités sociodémographiques au moyen de techniques statistiques appropriées, il n'existe plus de relation significative entre l'expérimentation du cannabis et l'opinion sur sa légalisation d'une part, et l'inscription sur liste rouge d'autre part. Par conséquent, si pour sonder l'opinion sur les drogues il ne semble pas crucial d'interroger les listes rouges, il s'avère nécessaire, le cas échéant, de redresser l'échantillon sur la structure réelle de la population et non pas seulement sur celle des ménages inscrits hors liste rouge, ce que permettent les données de cadrage issues du recensement de l'INSEE.

Dans le prolongement de ces enseignements apportés par le Baromètre Santé 2000, l'exercice 2002 d'EROPP a inclus un volet « portables », avec 201 entretiens réalisés auprès d'enquêtés joints sur leur téléphone portable (numéros générés au hasard à partir des préfixes des principaux opérateurs), et ayant déclaré que leur ménage ne disposait d'aucune ligne téléphonique fixe. Dans la mesure où les personnes jointes sur leur portable sont généralement moins disponibles (elles peuvent se trouver dans un train, dans un supermarché, dans un bar, en réunion...), ces enquêtés ont répondu à une version abrégée du questionnaire<sup>78</sup>.

### LES DISPARITÉS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ENTRE LES ÉCHANTILLONS « LIGNES FIXES » ET « PORTABLES »

L'échantillon « portables » se distingue d'abord par un profil sociodémographique très spécifique. En effet, relativement à l'échantillon de l'enquête principale,

78. Pour la liste des questions posées à ces enquêtés, cf. le questionnaire en annexe : l'icône « téléphone portable » indique les questions qui sont communes aux volets « lignes fixes » et « portables » d'EROPP 2002.

les personnes interrogées sur leur portable (et dont le foyer ne disposait pas d'une ligne fixe) sont un peu plus souvent des hommes (54 % contre 49 %), mais sont surtout beaucoup plus jeunes (78 % ont moins de 35 ans, avec un âge moyen à 29 ans, contre 36 % et 42 ans dans l'échantillon « fixes »). Les enquêtés de l'échantillon « portables » s'avèrent également moins nombreux aux niveaux d'études les plus faibles : seuls 18 % sont sans diplôme, ont le certificat d'études ou le brevet des collèges, contre 29 % dans l'échantillon « fixes ».

**Tableau 46 - Profil sociodémographique des échantillons « fixes » et « portables\* »**

	<b>lignes fixes : n = 2009</b>	<b>portables : n = 201</b>
Répartition hommes/femmes	49 %/51 %	54 %/46 %
Structure par âge :		
15-24 ans	17 %	44 %
25-34 ans	19 %	34 %
35-49 ans	29 %	16 %
50-64 ans	22 %	5 %
65-75 ans	13 %	1 %
âge moyen	42 ans	29 ans
Diplôme le plus élevé obtenu :		
sans diplôme, certificat d'études, brevet des collèges	29 %	18 %
CAP, BEP	25 %	29 %
bac	18 %	24 %
enseignement supérieur	26 %	27 %

\* : Pour l'échantillon « fixes », les données sont calées sur le recensement 1999. Pour l'échantillon « portables », les données sont brutes (non redressées).

Source : EROPP 2002, OFDT

Avant de pouvoir comparer les réponses de ces deux échantillons, il importe donc de les rendre comparables. Étant donné que l'échantillon « portables » est de petite taille, et que les 50-75 ans y sont très peu nombreux, la comparaison se limitera à la tranche d'âge 15-49 ans, afin de limiter l'ampleur des distorsions que cet

échantillon devra subir pour être rapproché de l'enquête « fixes »<sup>79</sup>. La région et le type de commune de résidence n'étant pas renseignées dans l'enquête « portables »<sup>80</sup>, les critères retenus pour « caler » les 15-49 ans de cet échantillon sur les 15-49 ans interrogés sur ligne fixe sont : le sexe, la tranche d'âge, le diplôme et la catégorie socioprofessionnelle de l'enquêté (en seulement trois catégories : d'abord agriculteur, commerçant, artisan, chefs d'entreprise ; puis cadre, profession intellectuelle supérieure et profession intermédiaire ; enfin ouvrier et employé).

Cette procédure de calage sur marge aboutit à imputer un poids à chaque individu interrogé sur portable, ces poids permettant aux deux échantillons de 15-49 ans de présenter une structure quasi-identique du point de vue des critères donnés ci-dessus. Par exemple, avant redressement, l'âge moyen des 15-49 ans de l'enquête « portables » était de 27 ans, contre 32 ans après redressement, soit le même âge moyen (à quelques mois près) que celui des 15-49 ans interrogés sur ligne fixe.

### LES DISPARITÉS DE STYLE DE VIE ENTRE LES ENQUÊTÉS « LIGNES FIXES » ET « PORTABLES »

Une fois opéré le redressement qui vient d'être décrit, les écarts de réponses observés entre les deux échantillons pour les questions d'opinion deviennent souvent faibles et non significatifs. Toutefois, ce redressement reste un moyen sommaire de « rapprocher » les deux échantillons. En effet, les facteurs généralement évoqués pour expliquer les opinions exprimées sur les drogues ne se limitent pas au sexe, à l'âge, au niveau de diplôme ou à la catégorie socioprofessionnelle. En outre, ces facteurs ne sont pas forcément très liés à ces critères de redressement, de sorte qu'à leur niveau le calage ne rapprocherait pas les deux échantillons. En revanche, ces facteurs peuvent se révéler fortement associés au fait de disposer d'un téléphone portable à l'exclusion d'une ligne fixe.

Par exemple, les opinions sur les drogues peuvent dépendre du fait d'avoir des enfants : les parents se sentiraient concernés et inquiets pour leur progéniture. Par ailleurs, avoir un portable mais pas de ligne fixe est révélateur d'un style de vie « allocentrique », c'est-à-dire centré davantage sur les sorties ou sur le milieu pro-

fessionnel, et moins sur le foyer. Or, ce style de vie correspond sans doute davantage à des jeunes adultes célibataires et/ou sans enfants. De fait, 72 % des 15-49 ans de l'enquête « portables » n'avaient pas d'enfant, contre seulement 45 % dans l'enquête « fixes ». Après correction des écarts sociodémographiques, notamment concernant l'âge, la première proportion descend à 62 % : le fait d'avoir des enfants n'est donc pas suffisamment dépendant des critères de redressement pour que le calage permette de résorber totalement cette divergence entre les deux échantillons. De même, les opinions sur les drogues dépendent évidemment des consommations de l'enquêté, lesquelles sont étroitement liées à la sociabilité, aux sorties, donc indirectement à la possession exclusive d'un portable. Ainsi, dans l'échantillon « portables » non redressé, 51 % des 15-49 ans ont connu au moins une ivresse au cours de l'année et 41 % ont déjà expérimenté le cannabis, contre respectivement 34 % et 32 % dans l'échantillon « fixes ». Après redressement, l'écart diminue mais reste significatif, les deux premières proportions passant à 44 % (ivresse au cours de l'année) et 37 % (expérimentation de cannabis). On observe un phénomène similaire pour le fait de connaître des consommateurs de drogues illicites ou de s'en être déjà vu proposer.

### OPINIONS SUR LES DROGUES ET « EFFET PORTABLE »

Parmi les questions d'opinion communes aux deux échantillons, nous avons sélectionné les trois items donnant les résultats les plus divergents entre les deux enquêtes pour illustrer « l'effet portable », à savoir :

- le fait d'avoir choisi la drogue comme motif de préoccupation pour la société française ;
- l'opinion sur la thèse de l'escalade (fumer du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux) ;
- l'opinion sur la distribution d'héroïne sous contrôle médical pour les usagers très dépendants ou marginalisés.

Entre 15 et 49 ans, 22 % des enquêtés « fixes » classent la drogue parmi les deux premiers motifs de préoccupation pour la société française, contre 19 % parmi les enquêtés « portables », cet écart n'étant pas significatif. Dans une régression logistique visant à « expliquer » cette préoccupation au sein d'un échantillon agrégant les 15-49 ans des deux enquêtes, avec comme seule variable « explicative » le fait d'avoir été interrogé au téléphone portable (et donc de ne pas posséder de ligne fixe), l'odds ratio correspondant à cet « effet portable » est estimé à 0,81 et n'est pas significativement différent de 1.

79. Par exemple, étant donné que les 65-75 ans « pèsent » 13 % dans l'échantillon « fixes » contre seulement 1 % dans l'échantillon « portables », il aurait fallu affecter d'énormes poids aux très rares 65-75 ans de ce dernier.

80. Dans l'enquête « fixes » ces renseignements sont donnés directement par l'annuaire des numéros téléphoniques appelés.

En revanche, une fois pondéré l'échantillon « portables », la proportion citant la drogue comme motif de préoccupation recule à 15 %, l'écart avec les 22 % de l'enquête « fixes » devenant significatif ( $p < 0,05$ ). En réitérant la régression précédente, cette fois-ci sur un échantillon pondérant les enquêtés « portables », on obtient ainsi un odds ratio significatif de 0,63 ( $p < 0,05$ ) pour « l'effet pondéré » du portable. Ce résultat est compréhensible au regard de la relation entre âge et motifs de préoccupation : les 15-17 ans classent beaucoup plus souvent que les autres tranches d'âge la drogue parmi leurs motifs de préoccupation, et ils sont par ailleurs surreprésentés dans l'échantillon « portables ». Une fois cet échantillon « vieilli » artificiellement par la pondération, le score obtenu pour ce motif de préoccupation baisse logiquement.

Pour tenter de prendre en compte les écarts de style de vie entre les deux échantillons, et plus particulièrement les consommations de produits psychoactifs et la familiarité avec les drogues illicites, les variables suivantes ont été ajoutées dans la régression logistique : le statut tabagique (se déclarer ou non fumeur), la consommation d'alcool récente (en avoir bu ou pas au cours des sept derniers jours) ; les ivresses au cours de l'année (aucune ou au moins une) ; le fait d'avoir déjà consommé du cannabis ou de s'en être simplement déjà vu proposer ; enfin la connaissance personnelle d'un consommateur de cannabis. Une fois ces variables introduites dans le modèle, « l'effet résiduel » associé à l'interrogation par portable est associé à un odds ratio de 0,63, non significatif de justesse ( $p = 0,06$ ). La prise en compte des consommations et de la familiarité avec le cannabis contribue ainsi à gommer partiellement l'écart entre les deux sous-échantillons (cf. tableau 47 pour un récapitulatif).

Concernant cette fois la thèse de l'escalade, l'écart « brut » entre les 15-49 ans des deux échantillons est très significatif : 63 % des enquêtés sur ligne fixe valident cette thèse, contre seulement 51 % des enquêtés sur portable ( $p < 0,001$ ). Une fois ces derniers calés sur la structure sociodémographique des premiers, l'écart se réduit, puisque la seconde proportion passe de 51 à 55 % (avec un seuil de significativité juste au-dessus de 5 %). Dans les deux régressions logistiques correspondantes, on obtient de même un « effet brut » très significatif, puis un effet pondéré significatif de justesse ( $p = 0,05$ ). Une fois ajoutées dans le modèle les variables relatives aux consommations et à la familiarité avec le cannabis, l'odds ratio associé à « l'effet résiduel » de l'interrogation par portable passe à 0,86 et s'avère très largement négligeable ( $p = 0,44$ ). Ainsi, à profil sociodémographique comparable, les opinions des deux échantillons sur la thèse de l'escalade se rapprochent, pour ensuite se confondre une fois prises en compte des variables relatives au style de vie, et plus précisément aux rapports entretenus avec les substances psychoactives licites ou illicites.

Pour l'opinion émise sur la distribution contrôlée d'héroïne, les résultats obtenus sont moins concordants. En effet, l'écart initial entre les deux échantillons (50 % d'opinions favorables pour les « fixes », 42 % pour les « portables »,  $p < 0,05$ ) reste inchangé une fois pondérés les avis des enquêtés de l'enquête sur portable, cela se traduisant par des odds ratios identiques et significatifs dans les deux régressions logistiques correspondantes. En outre, une fois introduites les variables relatives aux consommations et à la familiarité avec le cannabis, l'odds ratio reste le même : pour cette opinion, l'écart observé entre les deux enquêtes ne semble donc pas réductible à un effet de structure associé à des facteurs sociodémographiques, de consommation ou de familiarité.

**Tableau 47 - Comparaison entre les échantillons « fixes » et « portables » pour trois opinions sur les drogues, effets brut, pondéré et résiduel estimés par régression logistique (odds ratios)**

	Effet brut	Effet pondéré	Effet résiduel
Drogue citée comme l'un des deux principaux motifs de préoccupation pour la société française	0,81 ns	0,63 *	0,67 ns
Fumer du cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux : <i>tout à fait ou plutôt d'accord</i>	0,61***	0,74 *	0,86 ns
Distribution d'héroïne sous contrôle médical pour les usagers très dépendants ou marginalisés : <i>tout à fait ou plutôt d'accord</i>	0,71 *	0,71 *	0,70 *

Source : EROPP 2002, OFDT

Évidemment, « l'effet résiduel » de l'interrogation est difficile à interpréter, dans la mesure où les effets de structure évoqués à l'instant ne sont qu'imparfaitement contrôlés : les modèles mis en œuvre ici ne permettent pas réellement de comparer des enquêtés qui auraient des caractéristiques sociodémographiques et un style de vie identiques, et qui ne différeraient que par le mode d'interrogation. Cet effet résiduel pourrait aussi provenir du questionnaire, plus court dans l'enquête sur portable (la longueur du questionnaire et l'enchaînement des questions

est susceptible d'avoir un certain impact sur les réponses obtenues), ou encore d'une certaine méfiance découlant du fait d'avoir été contacté par téléphone sans apparaître dans l'annuaire.

### LIGNES FIXES, PORTABLES ET CONDITIONS DE PASSATION

Si les personnes disposant d'un téléphone portable mais pas d'une ligne fixe se distinguent à la fois par un profil sociodémographique et un style de vie particuliers, il importe également de souligner que l'interrogation sur un portable induit des distorsions des conditions de passation standard d'une enquête téléphonique. En effet, l'enquêté n'est plus forcément interrogé dans son foyer : selon les circonstances, cela peut compliquer la passation, ou au contraire la faciliter. À l'issue des entretiens, les enquêteurs avaient pour consigne de donner leurs impressions sur la qualité de la passation.

Ainsi, dans l'échantillon « portables », il semble que dans 30 % des cas, l'enquêté n'ait pas été seul au moment de l'entretien. Pour 10 entretiens sur 201 (soit 5 %) l'enquêteur a jugé que cette présence s'était révélée gênante pour l'enquête. Dans l'enquête « fixes », les enquêtés étant plus souvent seuls (78 % contre 70 %,  $p < 0,05$ ), mais au final la proportion d'entretiens pour lesquels l'enquêteur a jugé gênante la présence d'un tiers est la même (5 %). De fait, s'il est sans doute parfois plus difficile de s'isoler au portable (par exemple dans un train, dans une voiture ou même dans des lieux moins confinés : restaurant, rue...), en revanche, les tiers en présence sont plus souvent des anonymes, qui fréquemment ne font que passer à proximité du répondant, de sorte que la confidentialité de ses réponses ne semble pas mise en péril. À l'inverse, sur ligne fixe, le tiers présent est *a priori* un membre du foyer, qui, de façon informelle, exerce un certain contrôle sur les réponses de l'enquêté, surtout s'il est installé dans la même pièce, et non pas juste de passage.

Dans l'échantillon « fixes », dans 86 % des cas l'enquêteur ne signale aucun problème de passation, contre 80 % dans l'échantillon « portables » ( $p < 0,05$ ). Plus précisément, dans le premier échantillon 6 % des enquêtés ont été jugés « pas sincères », « incohérents, confus », ou encore « méfiants », contre 15 % dans le second échantillon ( $p < 0,001$ ). De ce point de vue, il semble bien que la qualité de passation soit plus hasardeuse par portable. Lors du débriefing, les enquêteurs ayant travaillé sur les deux enquêtes ont précisé que les individus interrogés sur portable se sont sentis plus agressés et se sont dit plus fréquemment dérangés. Si techniquement le résultat paraît très probant, il a souvent fallu faire l'enquête en

deux fois en demandant à l'enquêté son numéro de portable et les enquêteurs ont attiré notre attention sur le fait que de nombreux enquêtés ont utilisé leur répondeur comme filtre.

### SYNTHÈSE

Les individus qui possèdent un téléphone portable mais dont le foyer ne dispose pas d'une ligne fixe présentent un profil sociodémographique particulier : ce sont plus souvent des hommes, ils sont aussi plus jeunes et plus diplômés. Cette spécificité implique de limiter la comparaison entre les enquêtes « fixe » et « portable » aux seuls 15-49 ans, les 50 ans et plus étant trop peu nombreux dans la seconde. Une fois opéré un redressement qui donne une structure sociodémographique similaire aux deux échantillons, les opinions déclarées à l'égard des substances psychoactives sont généralement similaires dans les deux enquêtes, même si en revanche les niveaux de consommation de ces produits restent contrastés, les enquêtés par portable s'avérant nettement plus consommateurs. Autrement dit, le fait de n'avoir qu'un portable mais pas de ligne fixe est associé à un profil sociodémographique particulier, mais aussi à un style de vie spécifique. Une fois contrôlée cette spécificité, presque plus aucune disparité d'opinion ne subsiste entre les deux enquêtes (sachant qu'une telle disparité serait délicate à interpréter). Au final, dans la mesure où les données recueillies sur ligne fixe sont calées sur le recensement, qui inclut tous les ménages qu'ils aient ou non une telle ligne, le fait de ne pas interroger les personnes ne disposant que d'un portable ne biaise pas la mesure des opinions exprimées à l'égard des substances psychoactives. Enfin, il importe de souligner que la qualité de la passation semble plus hasardeuse par portable.

## ANNEXES

<b>Méthodes d'analyse</b>	<b>159</b>
<b>Niveaux et tendances des usages de substances psychoactives dans l'enquête EROPP 2002</b>	<b>165</b>
<b>Détermination des facteurs associés aux opinions « toutes choses égales par ailleurs »</b>	<b>177</b>
<b>Questionnaire et tris à plat</b>	<b>183</b>
<b>Carte des régions Sofop</b>	<b>213</b>
<b>Structure de l'échantillon</b>	<b>214</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>217</b>
<b>Liste des tableaux et figures</b>	<b>223</b>

## MÉTHODES D'ANALYSE

---

Cette présentation des méthodes restera littéraire, afin de ne pas rebuter un lecteur réticent aux formules mathématiques, en présentant simplement le principe de chaque méthode, ainsi que leurs modalités d'interprétation. Trois logiciels ont été utilisés : SPADN pour l'analyse factorielle et la classification, SPSS et SAS pour la statistique descriptive (univariée et bivariée) et les modèles logistiques. Avant de présenter les deux types d'outils multivariés utilisés, méthodes descriptives (analyses factorielles et classification) et modélisations (régression logistique), il convient de rappeler le sens de la notion de significativité.

### LA NOTION DE SIGNIFICATIVITÉ EN STATISTIQUE

Dans les analyses, il est souvent question de « significativité » (par exemple pour évaluer l'intensité d'une relation entre deux variables qualitatives croisées dans un tableau). Lorsqu'un statisticien doit se prononcer sur le caractère significatif ou non d'une relation entre deux grandeurs statistiques, il teste une « hypothèse d'indépendance ». Si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant doit avoir une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse que l'expérimentation de cannabis est indépendante du sexe des enquêtés, lorsque l'on croise ces deux variables, la proportion d'expérimentateurs devrait être la même parmi les femmes et les hommes. Or, il apparaît que 29,4 % des hommes interrogés ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, contre seulement 17,2 % des femmes. Cet écart est très élevé, et il est donc très peu vraisemblable que le sexe et l'expérimentation du cannabis soient indépendants dans l'ensemble de la population. Un test statistique permet d'évaluer cette vraisemblance, qui est ici de l'ordre d'une chance sur plusieurs milliards. Plus cette probabilité est faible, plus on aura tendance à considérer que l'hypothèse d'indépendance est fautive, et donc *a contrario* que les deux variables sont fortement liées l'une à l'autre. Cette probabilité est appelée « seuil de significativité » (ou « risque de première espèce ») : plus elle est faible, plus les variables croisées sont significativement liées.

On dira donc d'une relation statistique qu'elle est significative au seuil  $p$  si la probabilité de se tromper en rejetant l'hypothèse d'indépendance est inférieure ou égale à  $p$ . En général, les seuils les plus usités sont 5 %, 1 %, 0,1 %. Lorsque l'on dit d'une relation qu'elle est significative sans préciser à quel seuil, il s'agit généralement de 5 % : on a moins de cinq chances sur cent de se tromper en concluant qu'il y a bien une relation, et non indépendance. Les hypothèses que l'on peut ainsi tester ne sont pas toujours des hypothèses d'indépendance entre deux variables. Supposons qu'un joueur fasse l'hypothèse que son dé à six faces est bien équilibré, il a alors une chance sur six de faire 6 à chaque jet. Au bout de 50 jets, il n'a toujours pas fait de 6. Si le dé est bien équilibré, la probabilité de réaliser cette série de jets vaut  $(5/6)^{50}$ , soit à peu près 0,0001. Cette série est donc très peu probable, et il est douteux que le dé soit bien équilibré. On a donc très peu de chances de se tromper en rejetant l'hypothèse testée : on peut raisonnablement conclure que le dé est pipé.

## ANALYSES FACTORIELLES ET CLASSIFICATIONS

Ces analyses reposent toutes sur un principe simple : il s'agit de résumer au mieux l'information contenue dans une grande masse de données. Pour les analyses factorielles, la démarche est la suivante. Soit un tableau croisant  $n$  individus et  $p$  variables, par exemple les 2 009 individus de l'enquête et leurs réponses à une dizaine de questions. Géométriquement, à ce tableau correspond un nuage de 2 009 points situés dans un espace d'une dizaine de dimensions. Évidemment, nous vivons en dimension trois, la quatrième relève déjà de la science-fiction et il n'est donc pas question de visualiser un tel espace qui n'est concevable que d'un point de vue mathématique. Les analyses factorielles permettent de réaliser des coupes de cet espace abstrait, et de les visualiser graphiquement (donc en deux dimensions), afin de mettre en évidence les plus fortes relations statistiques qui s'établissent entre les variables considérées.

La classification permet de compléter l'analyse factorielle. L'objectif est de regrouper les individus en un petit nombre de classes chacune très homogène, mais très différentes les unes des autres. On réduit donc la diversité d'un échantillon à quelques types très contrastés : il s'agit encore d'une technique visant à résumer une grande quantité d'information, afin de mettre en évidence les traits saillants. Pour mettre en évidence les caractéristiques de chaque classe, il suffit ensuite de comparer son profil au profil moyen. Par exemple, si une classe donnée est constituée de 80 % d'hommes, alors que ceux-ci ne représentent que la moitié de l'ensemble de l'échantillon, on pourra dire de cette classe qu'elle est « masculine ».

Chaque variable qui participe à la construction de cet espace est appelée « variable active ». On cherche à détecter les directions dans lesquelles le nuage de points s'étend le plus (par exemple une porte est plus haute que large, et plus large qu'épaisse) pour le projeter ensuite dans un plan, en déformant le moins possible la forme initiale du nuage. Par exemple, s'il s'agit de représenter en deux dimensions un ballon de rugby, suivant le plan de projection choisi on aboutira soit à un ovale, soit à un rond : l'ovale représente mieux le ballon que le rond. Techniquement, ces analyses se traduisent par un calcul matriciel lourd mais simple. Les directions dans lesquelles le nuage s'étend le plus (c'est-à-dire les axes factoriels) sont en fait des combinaisons linéaires des  $p$  variables actives. Un axe factoriel sera interprété à partir des variables qui séparent le mieux les individus le long de cet axe (et dont on dit qu'elles ont « une forte contribution à l'axe »). L'interprétation pourra être enrichie à l'aide de variables illustratives, qui ne participent pas à l'analyse proprement dite mais sont projetées sur les axes factoriels. Les analyses factorielles diffèrent selon le type de variables utilisées : Analyse en Composantes Principales (ACP) si elles sont quantitatives, Analyse des Correspondances Multiples (ACM) si elles sont qualitatives.

Pour la classification, la méthode la plus courante est la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) : au départ, les  $n$  individus constituent  $n$  classes « singletons », répartis dans l'espace des variables à  $p$  dimensions. À la première étape, les deux individus les plus proches sont réunis. Il reste donc  $(n-1)$  classes. Puis, étape par étape, les individus sont regroupés, jusqu'à obtenir ainsi un emboîtement de partitions allant de  $n$  classes (avant la première étape) à une seule classe (réunissant tout l'échantillon). Pour avoir les classes les plus homogènes, il faudrait choisir  $n$  classes, mais cette partition-là ne résume pas du tout l'information. Chaque fois que des individus sont réunis, les classes perdent en homogénéité, mais l'analyste gagne en interprétabilité. On choisit en général un nombre de classes « raisonnable ». La typologie obtenue est consolidée par la méthode des centres mobiles, qui permet de réaffecter éventuellement des individus d'une classe à l'autre, pour renforcer l'homogénéité de chaque classe. On cumule ainsi les avantages des deux méthodes : la CAH est très robuste (elle ne dépend pas du tirage initial des centres de classe) et la méthode des centres mobiles optimise l'homogénéité des classes (elle lève la « contrainte d'emboîtement » à laquelle sont soumises les partitions).



## RÉGRESSION LOGISTIQUE

Les analyses factorielles ont un inconvénient majeur : elles mettent en évidence les liaisons statistiques multiples existant entre un grand nombre de variables, mais ne permettent pas de démêler l'écheveau des effets de structure. Prenons l'exemple des opinions relatives à la peine de mort, question non posée dans l'enquête EROPP 2002, mais présente en 1999 : quelques tris croisés permettent de dresser le portrait des enquêtés favorables à son rétablissement. Ce sont plutôt des femmes, des 50-75 ans, des retraités et des individus peu diplômés (pas de diplôme ou certificat d'études). Évidemment, ces différentes caractéristiques sont liées entre elles. Les retraités sont forcément âgés, et les générations les plus anciennes sont structurellement les moins diplômées (en particulier, les trois quarts des enquêtés dont le diplôme le plus élevé est le certificat d'études ont plus de 50 ans). Par ailleurs, les femmes sont aussi un peu plus âgées que les hommes (puisque leur espérance de vie est supérieure) et moins diplômées. Les tris croisés doivent donc être interprétés avec prudence : la situation professionnelle, le sexe et le diplôme n'influencent pas forcément l'opinion sur la peine de mort, ils ne font peut-être que retraduire de façon indirecte la forte influence de l'âge.

Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans la régression. Elles font ainsi disparaître les « effets de structure ». Ici, en l'occurrence, une fois pris en compte l'âge et le diplôme, la situation professionnelle et le sexe cessent d'influencer l'opinion sur la peine de mort. Ainsi, à âge et diplôme égaux, un homme et une femme n'ont pas plus de chances l'un que l'autre de se déclarer favorable à son rétablissement. Par contre, l'âge et le diplôme restent associés à l'opinion sur la peine de mort, mais le diplôme bien davantage que l'âge : à âge égal, le diplôme a un fort impact sur cette opinion, tandis qu'à diplôme équivalent, l'âge n'a qu'un impact marginal. Plus généralement, les méthodes de régression permettent donc de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Pour interpréter les résultats de nos régressions, on aura recours à la notion anglo-saxonne d'« odds ratio ». Supposons par exemple que l'on s'intéresse à l'influence du niveau de diplôme sur l'opinion relative à la peine de mort. Dans notre exemple, l'odds ratio associé à la modalité « sans diplôme » vaut 5. La convention d'interprétation que nous utiliserons sera la suivante : toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire à sexe, âge et situation professionnelle contrôlés, un individu sans diplôme a cinq fois plus de chances d'être favorable au rétablissement de la peine

de mort qu'un individu diplômé de l'enseignement supérieur. Précisons qu'il n'y a pas en français de traduction précise pour « odds ratio ». Il faut simplement garder à l'esprit qu'il ne s'agit ni d'une probabilité, ni d'un rapport de probabilités.

Une régression vise à analyser une « variable expliquée » en fonction de « variables explicatives » (ou covariables). Si la variable expliquée est qualitative, et en particulier dichotomique (deux modalités), le modèle linéaire doit être aménagé. Ici, on modélisera plus précisément la probabilité  $P$  qu'un individu se dise favorable au rétablissement de la peine de mort, en supposant qu'elle dépend d'une combinaison linéaire de ses caractéristiques individuelles (les covariables). Comme cette combinaison est numérique, et peut prendre n'importe quelle valeur, on ne modélisera pas  $P$ , qui varie de 0 à 1, mais le logarithme du rapport  $P/(1-P)$ , qui prend ses valeurs dans l'ensemble des nombres réels. Les résultats seront interprétés en termes d'« odds ratios ». Cette notion anglo-saxonne consiste à caractériser un événement aléatoire non par sa probabilité  $P$ , mais par le rapport entre cette probabilité et sa complémentaire, soit  $P/(1-P)$ , autrement dit son odds. En lançant un dé à six faces, un joueur a une chance sur six de faire 6, et cinq chances de ne pas faire 6 : l'odds vaut  $(1/6)/(5/6)=1/5$ . S'il doit faire un 6 pour gagner, on dira qu'il a une chance de gagner contre cinq de perdre. Dans une régression logistique, pour évaluer l'impact d'une covariable sur la probabilité de se déclarer favorable au rétablissement de la peine de mort, on comparera les odds de deux individus identiques, sauf pour cette covariable. Si  $i$  et  $j$  sont du même sexe, ont la même situation professionnelle et le même âge, mais différent par leur niveau d'études (aucun diplôme pour  $i$ , et un diplôme de l'enseignement supérieur pour  $j$ ), l'odds ratio de  $i$  par rapport à  $j$  mesure l'impact du diplôme sur l'opinion relative à la peine de mort. Si la covariable est qualitative, on choisit une modalité de référence à laquelle les autres modalités sont comparées (pour le diplôme, la modalité de référence est ici « diplômé du supérieur »). Si l'odds ratio est proche de 1, les modalités comparées ont le même impact sur la probabilité expliquée. Ainsi, entre hommes et femmes, l'odds ratio vaut 0,9. Le sexe n'influence donc pas l'opinion modélisée. Pour voir si un odds ratio est significativement différent de 1, on construit un « intervalle de confiance » à 95 % : si la valeur 1 est dans l'intervalle, l'odds ratio n'est pas significativement différent de 1 au seuil de 5 %. Sinon, on dira au contraire que l'odds ratio est significativement différent de 1 à 5 %.

## BIBLIOGRAPHIE STATISTIQUE

### Pour en savoir plus sur les analyses factorielles et les classifications :

SAPORTA (G.), *Probabilités, analyse des données et statistique*, 1990, éd. Technip.

LEBART (L.), MORINEAU (A.), PIRON (M.), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*, 1995, éd. Dunod.

VOLLE (M.), *Analyse des données*, 1981, éd. Economica.

### Pour en savoir plus sur la régression logistique :

GOURIÉROUX (C.), *Économétrie des variables qualitatives*, deuxième édition, 1989, éd. Economica.

MC CULLAGH (P.), NELDER (J.), *Generalized Linear Models*, 1989, éd. Chapman and Hall.

STOKES (M.), DAVIS (C.), KOCH (G.), *Categorical Data Analysis Using the SAS System*, 1995, Cary, NC : SAS Institute Inc.

## NIVEAUX ET TENDANCES D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS L'ENQUÊTE EROPP 2002

Quelques questions présentes dans l'enquête EROPP 2002 permettaient de disposer d'indicateurs de la consommation de substances psychoactives afin de mesurer leur impact sur certaines opinions. Ces questions permettent également de mettre à jour les niveaux d'usage dans la population.

### LE TABAC

Sur l'ensemble de l'échantillon, 34,3 % des individus se déclarent fumeurs actuels de tabac, soit 28,5 % de fumeurs quotidiens et 5,8 % d'usagers occasionnels. Ces chiffres sont très proches de ceux obtenus dans le Baromètre Santé 2000, enquête au cours de laquelle 34,5 % des individus de 15-75 ans se déclaraient fumeurs actuels de tabac et 28,4 % fumeurs quotidiens.

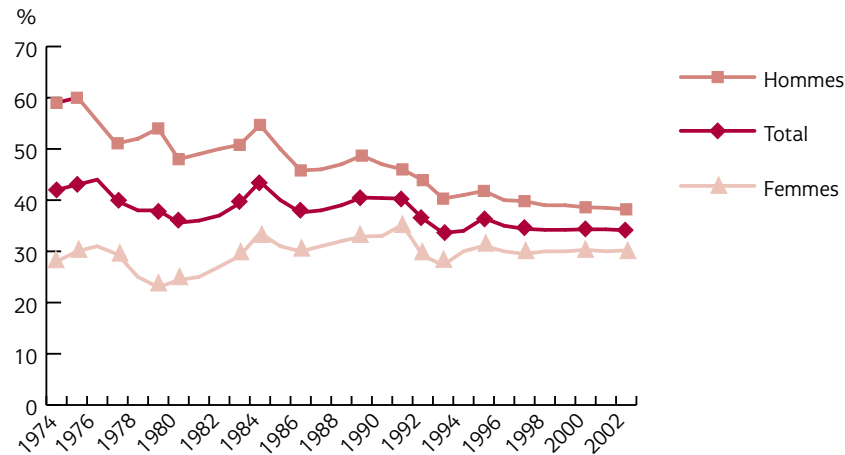
Malgré une tendance de la prévalence d'usage depuis les années 1970 à la baisse parmi les hommes (Baudier *et al.*, 2000), ceux-ci restent en 2002 plus souvent consommateurs que les femmes (37,9 % vs 31,0 %,  $p < 0,001$ ). Pour les femmes, la tendance apparaît légèrement orientée à la hausse sur cette période.

L'écart homme/femmes concerne en particulier les grosses consommations. Parmi les fumeurs actuels, environ la moitié est composée de fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour (54 % pour les hommes et 40 % pour les femmes).

Parmi les 15-75 ans, la prévalence d'usage actuel de tabac diminue fortement avec l'âge, en particulier après 45 ans, passant de 47,6 % parmi les 15-24 ans à 12,1 % parmi les 65-75 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente<sup>81</sup>. Ainsi, l'écart homme/femme est plus important au-delà de 45 ans.

81. Elle traduit sans doute un effet génération déjà observé dans le Baromètre Santé 2000 (Oddoux *et al.*, 2001).

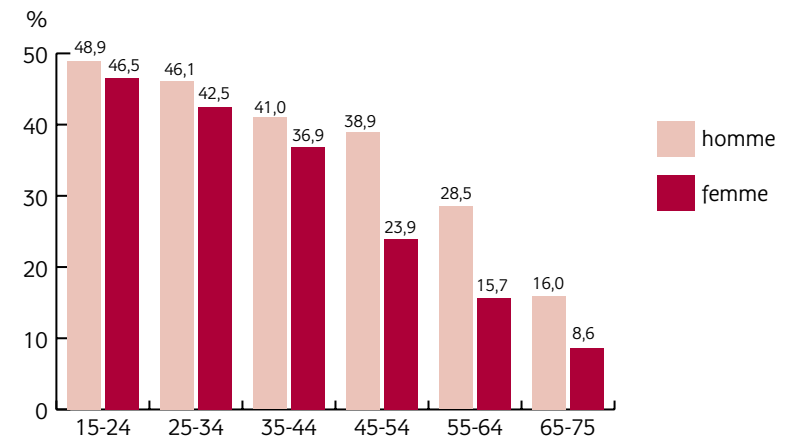
Figure 20 - Proportion de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans de 1974 à 2002



NB : Les méthodologies mises en œuvre dans ces enquêtes étant souvent différentes, il convient d'accorder moins d'importance aux niveaux d'usage figurant sur cette courbe qu'à la tendance de long terme qu'elle décrit.

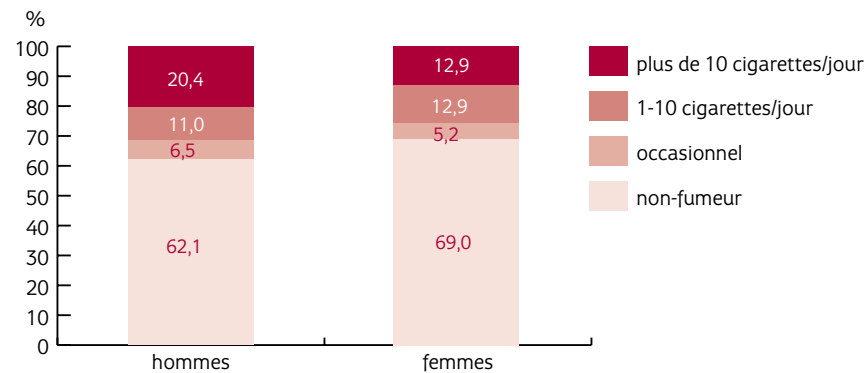
Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT

Figure 22 - Prévalences de l'usage actuel de tabac selon l'âge et le sexe



Source : EROPP 2002, OFDT

Figure 21 - Prévalences de l'usage actuel de tabac selon le sexe



Source : EROPP 2002, OFDT

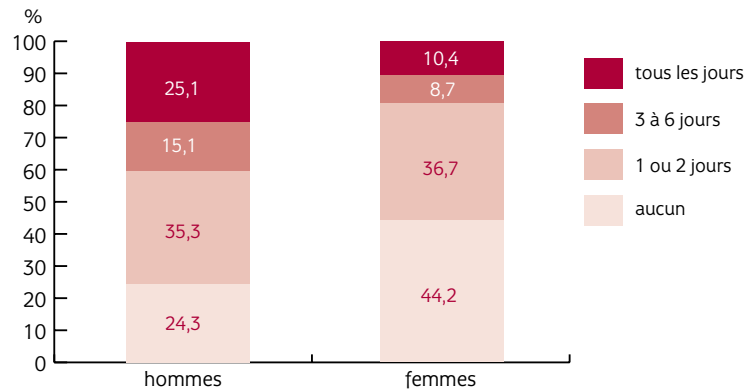
## L'ALCOOL ET L'IVRESSE

Au cours de la semaine précédant l'enquête, les deux tiers des 15-75 ans déclarent avoir bu au moins une boisson alcoolisée. La question précisait un certain nombre d'exemples tels que vin, bière, apéritif, alcool fort, mais aussi champagne et cidre, ces derniers étant parfois implicitement exclus du lot des boissons alcoolisées, eu égard respectivement à la faible teneur en alcool et au caractère résolument festif et exceptionnel de la consommation. La majorité de ceux qui ont bu au cours des sept derniers jours a bu une ou deux fois (36,0 % de l'ensemble), 11,8 % des 15-75 ans ayant bu plus souvent, mais pas quotidiennement et 17,6 % ayant bu tous les jours. Ces résultats sont proches de ceux du Baromètre Santé 2000 qui révélait que 35,1 % des 15-75 ans avaient bu une ou deux fois, 11,8 % plus souvent mais pas quotidiennement, et enfin 20,2 % tous les jours<sup>82</sup>.

82. La plus forte prévalence d'usage quotidien au cours de la semaine observée dans le Baromètre Santé 2000 résulte vraisemblablement du découpage de la question en quatre items (vin, bière, alcools forts et autres alcools) fournissant au répondant autant d'opportunités de déclarer un usage.

Les hommes restent plus consommateurs de boissons alcoolisées que les femmes, les trois quarts en ayant consommé au moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête, alors que ce n'est le cas que de 55,8 % des femmes.

**Figure 23 - Prévalences de l'usage d'alcool au cours des 7 derniers jours, selon le sexe**



Source : EROPP 2002, OFDT

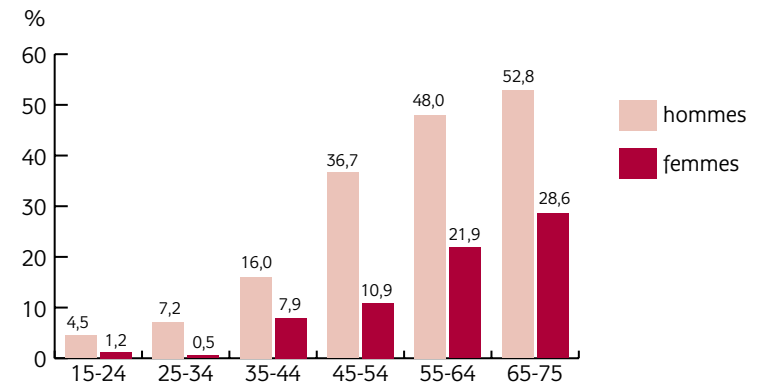
L'enquête EROPP 2002 ne permet pas de détailler les particularités des différents types d'alcool, mais l'étude des données du Baromètre Santé 2000 a bien montré la spécificité du vin dont la consommation quotidienne augmente de façon quasi-linéaire avec l'âge (Legleye *et al.*, 2001) et qui reste le produit alcoolisé le plus consommé en France. Au global, l'usage quotidien d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête passe de 2,9 % pour les 15-24 ans à 40,0 % pour les 65-75 ans.

Par ailleurs, un quart de l'échantillon (24,7 %) déclare avoir été ivre au cours des douze derniers mois. Par rapport à l'enquête Baromètre Santé 2000, le niveau de déclaration est plus élevé (ils étaient 16,0 % en 2000). Si la formulation de la question est rigoureusement la même dans les deux enquêtes<sup>83</sup>, cet écart peut s'ex-

83. « Combien de fois avez-vous été ivre au cours des douze derniers mois ? »

pliquer en partie par celle des modalités de réponse : si en 2000 l'enquêteur attendait un chiffre sans rien énoncer, en 2002 il proposait les modalités « 1 ou 2 fois », « 3 à 5 fois », « 6 à 9 fois » et « 10 fois et plus ». Certains enquêtés ont été perturbés par l'absence d'une modalité « jamais ». Cette absence a sans doute contribué à rendre à certains l'ivresse plus facilement dicible, mais elle a peut-être « forcé » aussi certaines réponses d'individus qui se seraient volontiers placés en « jamais » si cette possibilité avait été plus explicite.

**Figure 24 - Prévalences de l'usage quotidien d'alcool au cours des 7 derniers jours, selon l'âge et le sexe**



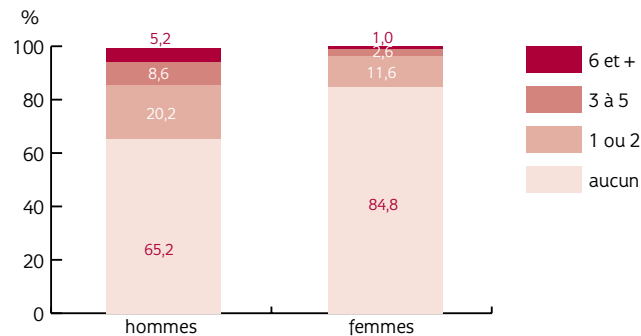
Source : EROPP 2002, OFDT

Il faut par ailleurs noter que la question posée a parfois suscité des réticences dans la mesure où le terme « ivre » est apparu un peu choquant. Ce terme pose un problème de définition commun à toutes les enquêtes qui interrogent sur ce thème : comme l'ont demandé certains enquêtés, être gai signifie-t-il être ivre ? Ce terme véhicule sans doute une connotation moralisatrice (avec notamment la proximité sémantique du terme « ivrogne », clairement péjoratif).

Les grandes tendances restent toutefois les mêmes que celles révélées dans le Baromètre Santé 2000 : en 2002, les hommes déclarent plus souvent que les femmes avoir été ivres au cours de l'année (34,5 % vs 15,2 %,  $p < 0,001$ ) et ceci est

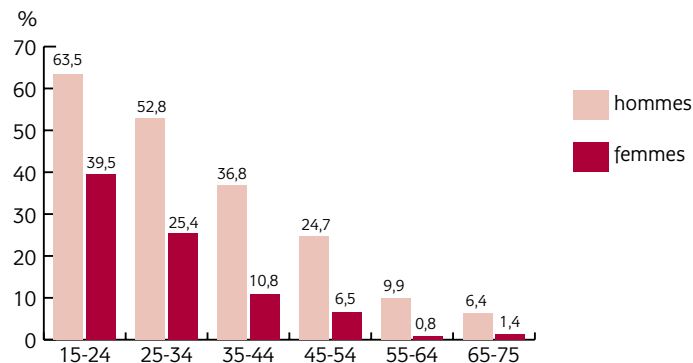
d'autant plus vrai que les épisodes se sont répétés au cours de cette période. Seuls 2,7 % des hommes et 0,3 % des femmes ont été ivres plus de dix fois au cours de l'année.

**Figure 25 - Nombre d'épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois, selon le sexe**



Source : EROPP 2002, OFDT

**Figure 26 - Prévalence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

Avoir connu une ivresse au cours de l'année est très lié à l'âge : pour les deux sexes, la prévalence diminue nettement, passant de 51,6 % pour les 15-24 ans à 3,4 % pour les 65-75 ans.

## LE CANNABIS ET LES AUTRES DROGUES ILLICITES

Les Français sont plus nombreux qu'en 1999 à connaître personnellement, dans leur entourage, quelqu'un qui consomme (ou a consommé) du cannabis (40,8 % vs 35,8 %,  $p < 0,01$ ) ou à connaître personnellement quelqu'un qui consomme (ou a consommé) une autre drogue illicite (16,5 % vs 13,3 %,  $p < 0,01$ ). Les hommes sont significativement plus nombreux à connaître personnellement des usagers de cannabis, le sexe n'ayant en revanche pas d'influence significative sur les connaissances moins directes ou pour les autres drogues illicites.

**Tableau 48 - Connaissance d'un usager de produit illicite (% en ligne)**

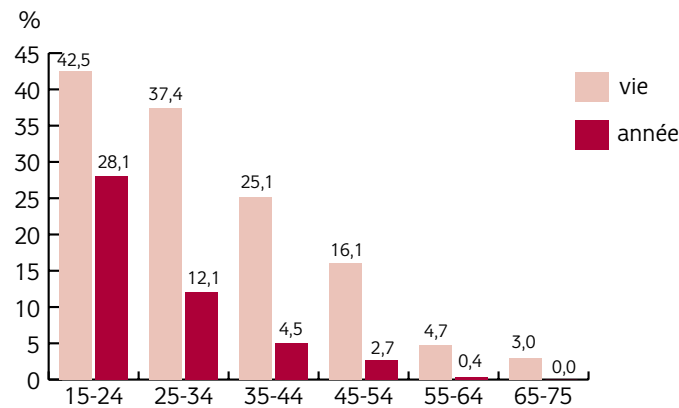
	connaissance d'un usager de cannabis		connaissance d'un usager d'autres drogues	
	personnellement	pas personnellement	personnellement	pas personnellement
Hommes	43,6 %	6,4 %	17,1 %	6,1 %
Femmes	36,7 %	6,4 %	15,4 %	5,7 %
15-24 ans	70,9 %	6,0 %	27,2 %	7,2 %
25-34 ans	59,1 %	5,2 %	25,7 %	6,8 %
35-44 ans	38,5 %	6,9 %	15,6 %	6,7 %
45-54 ans	32,0 %	6,3 %	10,5 %	5,1 %
55-64 ans	18,3 %	5,4 %	8,6 %	4,7 %
65-75 ans	7,5 %	9,4 %	3,8 %	3,8 %
<b>Total</b>	<b>40,1 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>16,2 %</b>	<b>5,9 %</b>

Source : EROPP 2002, OFDT

Alors que l'âge influe peu sur le fait de connaître indirectement un usager de drogues illicites, la probabilité d'avoir un proche consommateur diminue nettement avec l'âge, en particulier concernant le cannabis.

Du point de vue de l'expérimentation, une hausse assez nette apparaît entre 1999 et 2002, de 19,6 % à 23,2 % ( $p < 0,001$ ), dans la continuité de celle observée depuis le début des années 1990. L'usage au cours des douze derniers mois suit la même tendance, passant de 6,4 % à 8,5 % ( $p < 0,05$ ), confirmant ainsi la banalisation du cannabis en France. Celle-ci se vérifie en particulier chez les plus jeunes de l'échantillon : parmi les 15-34 ans, quatre individus sur dix l'ont déjà expérimenté et deux sur dix en ont consommé au cours de l'année.

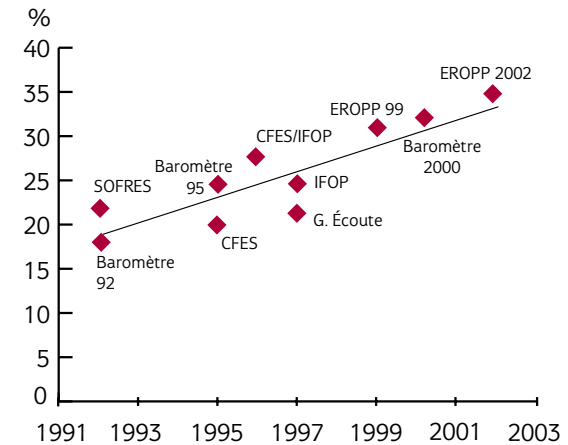
Figure 27 - Prévalences de l'usage de cannabis selon l'âge



Source : EROPP 2002, OFDT

Il est possible de comparer EROPP 2002 avec d'autres données, en mesurant les prévalences sur une tranche d'âge commune à toutes les enquêtes françaises récentes portant sur les « jeunes adultes » : les 18-44 ans. Pour cette catégorie, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie atteint 35,1 %, et la prévalence au cours de l'année 13,0 %. La figure 28 ci-contre montre les résultats de différentes enquêtes menées dans les années 1990 concernant l'expérimentation du cannabis.

Figure 28 - Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie parmi les 18-44 ans



Sources : SOFRES 1992 ; CFES 1992, 1995, 1996, 2000 ; IFOP 1997 ; Publitérie Grande Écoute, 1997 ; EROPP-OFDT 1999, 2002

Chaque point du graphique représente la prévalence au cours de la vie du cannabis relevée dans chacune des enquêtes. La droite tracée au milieu du nuage de points est la droite de régression. Celle-ci figure une nette tendance à la hausse sur la décennie 1992-2002 (1,57 points d'augmentation en moyenne annuelle ;  $r^2 = 0,83$ ).

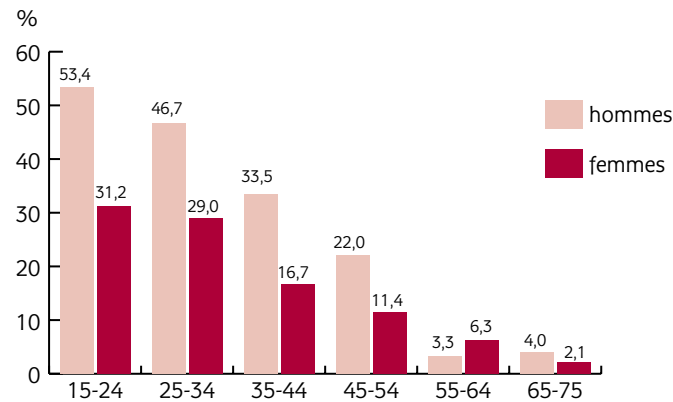
Les hommes restent nettement plus concernés que les femmes : parmi les 15-34 ans, la moitié des hommes l'ont déjà expérimenté alors que ce n'est le cas que de trois femmes sur dix.

Au-delà de 55 ans, l'expérimentation est suffisamment rare pour que la différence ne soit plus significative. Ainsi, l'écart constaté dans la tranche 55-64 ans en faveur des femmes n'est-il pas significatif.

La question de la proposition de cannabis n'était posée qu'aux individus n'ayant pas consommé ( $n = 1523$ ). Ce choix correspond implicitement à l'hypothèse selon laquelle l'expérimentation implique qu'il y ait eu proposition préalable. Celle-ci répond à des considérations sociologiques qui tendent à situer l'expérimentation dans un contexte d'initiation collective plus que dans un processus de recherche indivi-

duelle (Becker, 1985). Cette hypothèse se trouve en grande partie vérifiée par les enquêtes qui posent les deux questions à l'ensemble de l'échantillon : dans le Baromètre Santé 2000, seuls 5,6 % des expérimentateurs de cannabis déclarent ne pas s'en être vu proposer.

**Figure 29 - Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge**

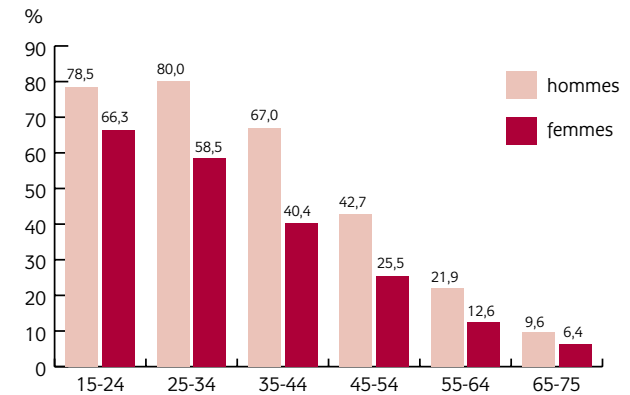


Source : EROPP 2002, OFDT

Une petite moitié des 15-75 ans (45,4 %) s'est déjà vu proposer du cannabis, les hommes (53,6 %) plus souvent que les femmes (37,4 %). Près des trois quarts (72,6 %) des 15-24 ans ont déjà été sollicités et, dans cette tranche d'âge comme parmi les 25-34 ans, quatre hommes sur cinq sont concernés. Si les femmes sont moins souvent consommatrices, elles sont aussi moins sollicitées.

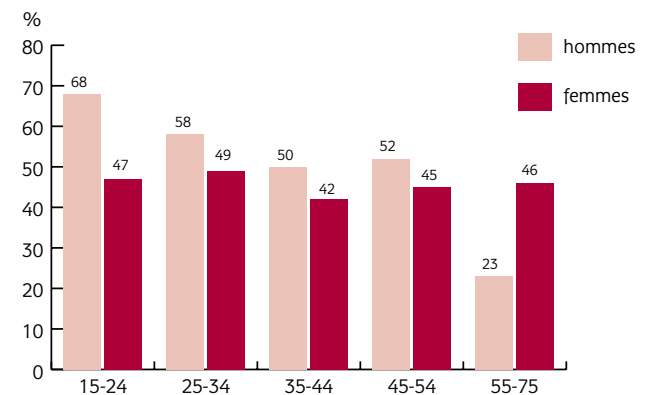
En outre, la propension des femmes à accepter favorablement une proposition du cannabis est, à tous les âges, inférieure à celle des hommes : 46,0 % des femmes en ayant reçu une ont déjà consommé du cannabis contre 54,8 % des hommes. Cette propension à consommer du cannabis diminue avec l'âge chez les hommes alors que la réaction des femmes varie peu avec l'âge.

**Figure 30 - Proposition de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge**



Source : EROPP 2002, OFDT

**Figure 31 - Propension à consommer du cannabis selon le sexe et l'âge**



Lecture : La propension à consommer du cannabis est le rapport entre ceux qui en ont pris au cours de leur vie sur ceux qui s'en sont déjà vu proposer.

Source : EROPP 2002, OFDT



Contrairement au cannabis, le niveau d'expérimentation des autres drogues illicites semble stable parmi les 15-75 ans (4,4 % en 2002 vs 3,6 % en 1999, ns). La prévalence au cours de la vie atteint 5,5 % des 15-34 ans (et 1,6 % au cours de l'année). Le tableau 49 donne le détail par substance sur cette tranche d'âge qui reste la plus concernée. Seuls la cocaïne, les champignons hallucinogènes, le LSD et l'ecstasy ont une prévalence supérieure à 1 %. Ces produits sont surtout consommés par les jeunes adultes. L'héroïne et les amphétamines ont été plus expérimentées par les 35-75 ans que par les 15-34 ans.

**Tableau 49 - Prévalence d'autres substances illicites au cours de la vie pour les 15-75 ans, les 15-34 ans et les 35-75 ans<sup>84</sup>**

	15-75	15-34	35-75
Cocaïne	1,9 %	3,0 %	1,3 %
LSD	1,0 %	1,5 %	0,8 %
Ecstasy	1,1 %	1,9 %	0,2 %
Champignons hallucinogènes	1,1 %	2,1 %	0,6 %
Héroïne	0,7 %	0,5 %	0,9 %
Amphétamines*	0,4 %	0,1 %	0,6 %
Autres	0,1 %	0,3 %	0,1 %

\* L'usage d'amphétamines apparaît particulièrement bas car dans EROPP 2002, la question portant sur les drogues illicites autres que le cannabis était ouverte, ce qui minimise les déclarations d'individus ayant eu des usages de type coupe-faim ou maintien de l'éveil.

Source : EROPP 2002, OFDT

Les usages au cours de l'année sont, quant à eux, très rares en population générale, ne dépassant pas 0,3 % pour les 15-75 ans et atteignant 0,8 % pour l'ecstasy, 0,7 % pour la cocaïne et 0,6 % pour les produits hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes) pour les 15-34 ans.

84. À titre de comparaison, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie atteint 39,9 % des 15-34 ans et 13,7 % des 35-75 ans.

## DÉTERMINATION DES FACTEURS ASSOCIÉS AUX OPINIONS « TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS »

La plupart des analyses présentes dans le corps du rapport ne permettent pas de mesurer l'association entre une caractéristique sociodémographique donnée et une opinion en tenant compte des autres caractéristiques qui lui sont liées, c'est-à-dire « toutes choses égales par ailleurs », ou en « contrôlant les effets de structure » (voir supra, méthodes d'analyse). Par exemple, l'opinion selon laquelle le cannabis est dangereux dès qu'on l'essaye est liée au sexe ainsi qu'à l'âge et au fait d'en avoir déjà pris. Pour pouvoir mesurer l'association de chacune de ces caractéristiques en tenant compte des autres, il faut utiliser un modèle de régression : le lecteur intéressé trouvera ici le détail des analyses résumées dans des notes de bas de page présentes tout au long du rapport.

## DÉTERMINATION D'UN INDICATEUR DE PROXIMITÉ AVEC LE CANNABIS

Les analyses présentées dans le corps du rapport insistent sur le fait que l'expérimentation des substances licites ou illicites détermine fortement les opinions des personnes interrogées, en particulier lorsqu'il s'agit du cannabis, qui est la plus répandue des drogues illicites. Toutefois, le questionnaire EROPP permet de définir un indicateur composite plus fin que la simple expérimentation, qui permet, dans une certaine mesure, de graduer la proximité que l'on entretient avec le cannabis. En plus de la déclaration d'expérimentation, cet indicateur de proximité est construit à partir des réponses aux questions suivantes : « vous en a-t-on déjà proposé (du cannabis ou du haschich) ? », « y a-t-il dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues) des personnes qui consomment (ou ont consommé) du cannabis ? ». C'est cet indicateur qui a été utilisé dans les modélisations qui suivent.

La répartition de la population est résumée dans le tableau suivant :

**Tableau 50 - Degré de proximité avec le cannabis (% en colonne)**

	Hommes	Femmes	Total
aucune	37,2 %	47,7 %	42,6 %
s'en est vu proposer	9,1 %	7,3 %	8,2 %
connait un usager	9,3 %	15,2 %	12,3 %
s'en est vu proposer et connait un usager	15,1 %	12,6 %	13,8 %
expérimentateur (a consommé au cours de la vie mais pas de l'année)	18,6 %	10,8 %	14,6 %
consommateur récent (au cours de l'année)	10,8%	6,4%	8,6%

Source : EROPP 2002, OFDT

### COMMENT LIRE LES TABLEAUX SUIVANTS ?

Chaque colonne présente le résultat de l'estimation des facteurs associés à une opinion en particulier ; les mêmes facteurs associés ont été utilisés pour toutes ces opinions dans les trois tableaux. Pour chaque facteur associé, par exemple l'âge, la première ligne est la modalité de référence : son odds-ratio vaut 1 par construction ; les autres lignes présentent la valeur de l'odds-ratio de chaque modalité comparativement à la modalité de référence. Par exemple, les femmes ont 1,46 fois plus de chances que les hommes de citer la drogue comme motif de préoccupation pour la société, toutes choses égales par ailleurs (cette association est significative, ce qui est signalé par les trois astérisques).

### Modélisations logistiques de la perception de la dangerosité de quelques produits psychoactifs

#### Seuils de dangerosité perçus : il est dangereux de prendre un produit à partir de ....

	alcool au moins 3 verres/jour		tabac au moins 11 cigarettes vs 10 maximum		cannabis expérimentation vs usages plus fréquents		cocaïne expérimentation vs usages plus fréquents		héroïne expérimentation vs usages plus fréquents		ecstasy expérimentation vs usages plus fréquents	
âge												
15-17	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
18-24	0,87 ns	1,48 ns	1,48 ns	1,48 ns	1,86*	1,86*	1,23 ns	1,23 ns	1,42 ns	1,42 ns	1,10 ns	1,10 ns
25-34	1,07 ns	1,21 ns	1,21 ns	1,21 ns	1,97**	1,97**	1,51 ns	1,51 ns	2,86**	2,86**	1,61 ns	1,61 ns
35-49	1,04 ns	1,22 ns	1,22 ns	1,22 ns	2,50***	2,50***	1,16 ns	1,16 ns	1,56 ns	1,56 ns	1,00 ns	1,00 ns
50-64	1,26 ns	1,48 ns	1,48 ns	1,48 ns	2,45***	2,45***	1,16 ns	1,16 ns	1,46 ns	1,46 ns	1,04 ns	1,04 ns
65-75	2,08*	1,68 ns	1,68 ns	1,68 ns	2,26**	2,26**	0,95 ns	0,95 ns	1,51 ns	1,51 ns	0,83 ns	0,83 ns
sexe												
hommes	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
femmes	0,93 ns	0,95 ns	0,95 ns	0,95 ns	1,54***	1,54***	1,16 ns	1,16 ns	1,39*	1,39*	1,41**	1,41**
diplôme												
aucun, CEP	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
inférieur au bac	0,77 ns	0,78 ns	0,78 ns	0,78 ns	1,08 ns	1,08 ns	1,63**	1,63**	1,54*	1,54*	1,58**	1,58**
bac	0,86 ns	0,43***	0,43***	0,43***	0,85 ns	0,85 ns	1,90**	1,90**	1,58*	1,58*	1,50*	1,50*
supérieur	0,77 ns	0,38***	0,38***	0,38***	0,85 ns	0,85 ns	2,23***	2,23***	2,87***	2,87***	2,55***	2,55***
agglomération												
0-20 000 h	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
20 000 h-100 000 h	0,85 ns	0,81 ns	0,81 ns	0,81 ns	0,89 ns	0,89 ns	0,87 ns	0,87 ns	0,97 ns	0,97 ns	1,09 ns	1,09 ns
100 000 h et +	1,18 ns	1,12 ns	1,12 ns	1,12 ns	0,81 ns	0,81 ns	0,88 ns	0,88 ns	0,97 ns	0,97 ns	0,89 ns	0,89 ns
proximité du cannabis												
aucune	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
s'est vu proposer	0,76 ns	1,05 ns	1,05 ns	1,05 ns	0,73 ns	0,73 ns	1,58 ns	1,58 ns	1,41 ns	1,41 ns	0,72 ns	0,72 ns
connait un usager	0,87 ns	1,10 ns	1,10 ns	1,10 ns	0,83 ns	0,83 ns	1,36 ns	1,36 ns	1,28 ns	1,28 ns	1,38 ns	1,38 ns
s'est vu proposer et connait un usager	0,57*	0,78 ns	0,78 ns	0,78 ns	0,47***	0,47***	1,53 ns	1,53 ns	1,60 ns	1,60 ns	1,55*	1,55*
expérimentateur	1,16 ns	1,06 ns	1,06 ns	1,06 ns	0,14***	0,14***	1,00 ns	1,00 ns	1,33 ns	1,33 ns	0,82 ns	0,82 ns
consommateur récent	1,39 ns	0,96 ns	0,96 ns	0,96 ns	0,05***	0,05***	0,64 ns	0,64 ns	1,42 ns	1,42 ns	0,48***	0,48***

\* : p < 0,05. \*\* : p < 0,01. \*\*\* : p < 0,001. ns : non significatif (test du  $\chi^2$  de Wald).

Source : EROPP 2002, OFDT

### Modélisations logistiques de quelques opinions relatives à la place des drogues dans la société

	Possible de parvenir à un monde sans drogue : d'accord	Citer l'alcool ou le tabac parmi les drogues	Citer la drogue comme motif de préoccupation	Le tabac pose plus de problèmes à la société que les drogues : d'accord	L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que les drogues : d'accord	Thèse de l'escalade : d'accord
<b>âge</b>						
15-17	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
18-24	1,47 ns	1,14 ns	0,35***	1,11 ns	1,28 ns	1,09 ns
25-34	1,18 ns	1,29 ns	0,44***	1,29 ns	1,81*	1,40 ns
35-49	1,63 ns	1,50 ns	0,54***	1,56*	2,14***	1,58 ns
50-64	1,95*	1,91*	0,49**	1,83**	2,06**	1,54 ns
65-75	1,72 ns	1,41 ns	0,51*	2,27***	2,26**	2,26*
<b>sexe</b>						
hommes	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
femmes	0,70***	1,07 ns	1,46***	0,91 ns	0,97 ns	1,35*
<b>diplôme</b>						
aucun, CEP	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
inférieur au bac	0,68**	1,51*	0,69*	1,26 ns	1,16 ns	1,10 ns
bac	0,40***	2,14***	0,61**	1,42*	1,18 ns	0,95 ns
supérieur	0,34***	2,96***	0,59**	1,50*	1,52*	0,77 ns
<b>agglomération</b>						
0-20 000 h	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
20 000 h-100 000 h	0,89 ns	1,11 ns	0,80 ns	1,03 ns	0,94 ns	1,02 ns
100 000 h et +	1,12 ns	0,81 ns	0,60**	0,97 ns	1,04 ns	0,91 ns
<b>proximité du cannabis</b>						
aucune	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
s'est vu proposer	0,86 ns	1,22 ns	0,57*	0,90 ns	1,03 ns	0,80 ns
connait un usager	0,77 ns	0,94 ns	1,16 ns	0,86 ns	1,24 ns	0,72 ns
s'est vu proposer et connaît un usager	0,95 ns	1,34 ns	0,90 ns	0,96 ns	1,53*	0,33***
expérimentateur	0,40***	1,39 ns	0,65*	1,21 ns	1,69**	0,12***
consommateur récent	0,25***	2,03*	0,36***	1,63*	2,78***	0,03***

\* : p < 0,05. \*\* : p < 0,01. \*\*\* : p < 0,001. ns : non significatif (test du  $\chi^2$  de Wald).

Source : EROPP 2002, OFDT

### Modélisations logistiques de quelques opinions relatives aux politiques publiques actuelles ou envisageables concernant les drogues

	interdiction du cannabis est une atteinte à la liberté d'accord	l'obligation de soin des usagers de drogues : une très bonne chose	l'obligation de soin des usagers de cannabis : une bonne chose	la vente libre de seringues : une très bonne chose	autoriser l'usage de cannabis sous condition : d'accord	autoriser la vente libre de cannabis : d'accord
<b>âge</b>						
15-17	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
18-24	1,02 ns	1,08 ns	0,63 ns	2,72**	0,54*	0,54*
25-34	0,77 ns	0,90 ns	0,71 ns	6,23***	0,41***	0,53*
35-49	0,85 ns	1,07 ns	0,69 ns	7,58***	0,46***	0,52*
50-64	0,72 ns	1,17 ns	0,86 ns	6,44***	0,45***	0,78 ns
65-75	0,75 ns	0,97 ns	0,72 ns	7,13***	0,39***	0,54 ns
<b>sexe</b>						
hommes	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
femmes	0,90 ns	1,13 ns	1,64***	1,02 ns	0,88 ns	0,67***
<b>diplôme</b>						
aucun, CEP	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
inférieur au bac	0,84 ns	0,68**	1,52*	1,80***	1,15 ns	1,03 ns
bac	0,91 ns	0,63**	1,50*	2,82***	1,45*	2,08***
supérieur	0,85 ns	0,67**	1,29 ns	3,18***	1,57*	1,73**
<b>agglomération</b>						
0-20 000 h	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
20 000 h-100 000 h	0,97 ns	1,01 ns	0,83 ns	1,01 ns	1,08 ns	1,17 ns
100 000 h et +	1,10 ns	0,96 ns	0,92 ns	1,47**	1,25 ns	1,22 ns
<b>proximité du cannabis</b>						
aucune	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
s'est vu proposer	1,24 ns	0,90 ns	0,65 ns	1,36 ns	2,09***	2,42***
connait un usager	0,62*	1,09 ns	1,23 ns	1,53**	1,21 ns	0,72 ns
s'est vu proposer et connaît un usager	1,47*	0,93 ns	0,60**	1,81***	1,49 ns	2,32***
expérimentateur	2,44***	0,76 ns	0,37***	2,39***	4,21***	6,21***
consommateur récent	6,58***	0,36***	0,13***	4,18***	12,88***	16,18***

\* : p < 0,05. \*\* : p < 0,01. \*\*\* : p < 0,001. ns : non significatif (test du  $\chi^2$  de Wald).

Source : EROPP 2002, OFDT

## QUESTIONNAIRE ET TRIS À PLATS

---

Chaque question est accompagnée des fréquences des réponses aux différentes modalités de réponses proposées. Lorsqu'une question est soulignée, c'est qu'elle figurait déjà en 1999 ; lorsqu'elle est précédée d'une petite icône, c'est qu'elle a été utilisée dans le volet « portables ». Enfin, le gras indique que le texte a été lu aux enquêtés, et les consignes aux enquêteurs apparaissent en majuscules.

### **Bonjour/Bonsoir.**

**Je suis X de l'institut de sondage SOFRES. Je vous appelle pour une enquête d'opinion sur un sujet de santé publique. Cette enquête est commandée par un institut de recherche rattaché au ministère de la Santé. L'entretien durera une vingtaine de minutes et vos réponses seront traitées anonymement conformément à la loi informatique et libertés. Je vous remercie d'avance de votre participation.**

Dans le volet de l'enquête consacré à l'interrogation des individus possesseurs de téléphones portables, cette phrase d'introduction était immédiatement suivie de la question filtre suivante :

**Avez-vous un abonnement pour une ligne de téléphone fixe à votre domicile ?**

- 1. oui**
- 2. non**
3. refuse

**Pour des raisons statistiques, nous allons commencer par quelques questions individuelles.**



Sexe

- |          |      |
|----------|------|
| 1. Homme | 48,9 |
| 2. Femme | 51,1 |



**Pouvez-vous me préciser votre âge ?**

1. 15 à 17 ans	6,1
2. 18 à 24 ans	11,3
3. 25 à 34 ans	18,9
4. 35 à 49 ans	28,7
5. 50 à 64 ans	21,7
6. 65 à 75 ans	13,2

Habitat (information récupérée grâce aux premiers chiffres du numéro de téléphone) :

Moins de 2 000 habitants	25,6
2 000-20 000 habitants	17,1
20 000-100 000 habitants	12,7
100 000-et plus habitants	28,9
Agglomération parisienne	15,8

**Q43) Quelle est la profession du chef de ménage (la fonction exacte) ?**

1. Agriculteurs exploitants	2,2
2. Artisans, commerçants et chef d'entreprises	6,0
3. Professions libérales et cadres	12,0
4. Professions intermédiaires, techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise	15,3
5. Employés et personnels de services	11,4
6. Ouvriers	23,8
7. Retraités - autres inactifs	28,7
99. NSP	0,5

**Q46) Quel est le statut d'activité (actuel) du chef de ménage ?**

UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

SI CHÔMEUR OU RETRAITÉ, CODER DIRECTEMENT LA RÉPONSE

<b>1. Travailleur indépendant, à votre compte</b>	<b>8,7</b>
<b>2. Salarié du secteur public</b>	<b>23,5</b>
<b>3. Salarié du secteur privé</b>	<b>39,0</b>
<b>4. Chômeur</b>	<b>2,0</b>
<b>5. Étudiant – lycéen</b>	<b>1,5</b>

<b>6. Retraité</b>	<b>22,4</b>
<b>7. Autres Inactifs</b>	<b>2,4</b>
8. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,5



**Q78) Je vais vous proposer des motifs de préoccupation pour la société française, pouvez-vous me dire les deux qui vous inquiètent le plus ?**  
CITER 2 RÉPONSES MAXIMUM

1. Le chômage	32,2
2. La pollution (ou dégradation de l'environnement)	29,2
3. La drogue	24,2
4. La pauvreté	33,6
5. L'insécurité	49,6
6. Le Sida	29,8
Pas de réponse	0,1
99. NSP	0,2



**Q83) Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ?**

NE RIEN SUGGÉRER - CODER LES RÉPONSES - PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES

BIEN RELANCER : MAIS ENCORE ?

SI SYNONYME NOTER EN CLAIR, NE PAS RECODER DIRECTEMENT

1. Acides	1,7
2. Alcool	18,8
3. Amphétamines	3,6
4. Café	0,9
5. Cannabis	32,9
6. Certains médicaments	4,5
7. Champignons hallucinogènes	2,4
8. Cocaïne	59,7
9. Colle	1,7
10. Crack	13,4
11. Ecstasy	37,4

12. Ether	1,3
13. Haschisch	34,2
14. Herbe	8,1
15. Héroïne	48,1
16. Joint	3,0
17. Les médicaments	4,1
18. LSD	26,6
19. Marijuana	16,2
20. Morphine	5,4
21. Opium	10,0
22. Pétard	2,7
23. Produits dopants	0,3
24. Shit	13,7
25. Solvants	0,5
26. Tabac	19,7
27. Ne veut rien dire	1,2
28. Autres drogues	0,7
29. Autre, non drogue	3,2
0. Autres, préciser	11,9
99. NSP, ne veut rien dire	1,2

**Q84) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du haschisch ou du cannabis ?**

SI NE CONNAIT PAS LE PRODUIT RELANCER EN EMPLOYANT LE TERME DROGUE DOUCE  
LIRE L'ÉCHELLE

<b>1. C'est dangereux dès qu'on essaye</b>	<b>50,8</b>
<b>2. C'est dangereux à partir du moment où on en fume de temps en temps</b>	<b>11,9</b>
<b>3. À partir du moment où on en fume tous les jours</b>	<b>32,5</b>
<b>4. Ce n'est jamais dangereux pour la santé</b>	<b>2,8</b>
5. Ne veut pas dire	0,2
6. Autres, préciser	0,9
99. NSP	1,0

**Q86) Selon vous, à partir de combien de verres devient-il dangereux pour la santé de boire de l'alcool ?**

ENQUÊTEUR : NE RIEN SUGGÉRER - CODER LA RÉPONSE  
SI RÉPONSE EN NOMBRE DE VERRERES, DIRE : « PAR JOUR OU EN UNE SEULE OCCASION »

1. Réponse en nombre de verres par jour	77,2
2. Réponse à partir d'un certain nombre de verres en une seule occasion	14,5
3. Dès qu'on essaye	4,8
4. Dès qu'on en boit de temps en temps	0,5
5. Ce n'est jamais dangereux pour la santé	0,0
6. Ne veut pas dire	0,1
7. Autres, préciser	1,7
99. NSP	1,2

**Q89) Selon vous, à partir de combien de cigarettes devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ?**

ENQUÊTEUR : NE RIEN SUGGÉRER - CODER LA RÉPONSE  
SI RÉPONSE EN NOMBRE DE CIGARETTES, DIRE : « PAR JOUR OU EN UNE SEULE OCCASION »

1. Réponse en nombre de cigarettes par jour	72,5
2. Réponse en nombre de cigarettes en une seule occasion	0,8
3. Dès qu'on essaye	24,9
4. Dès qu'on en fume de temps en temps	0,4
5. Ce n'est jamais dangereux pour la santé	0,0
6. Ne veut pas dire	0,1
7. Autres, préciser	0,5
99. NSP	0,8



**Q92 0) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre de la cocaïne ?**

LIRE L'ÉCHELLE

<b>1. C'est dangereux dès qu'on essaye</b>	<b>82,1</b>
<b>2. C'est dangereux à partir du moment où on en prend de temps en temps</b>	<b>8,6</b>

3. À partir du moment où on en prend tous les jours	8,0
4. Ce n'est jamais dangereux pour la santé	0,1
5. Ne connaît pas le produit	0,5
6. Ne veut pas dire	0,1
7. Autres, préciser	0,2
99. NSP	0,5



**Q92 A) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre de l'héroïne ?**

LIRE L'ÉCHELLE

1. C'est dangereux dès qu'on essaye	87,4
2. C'est dangereux à partir du moment où on en prend de temps en temps	5,7
3. À partir du moment où on en prend tous les jours	5,5
4. Ce n'est jamais dangereux pour la santé	0,0
5. Ne connaît pas le produit	0,6
6. Ne veut pas dire	0,1
7. Autres, préciser	0,3
99. NSP	0,4

**Q92 B) Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de prendre de l'ecstasy ?**

LIRE L'ÉCHELLE

1. C'est dangereux dès qu'on essaye	78,6
2. C'est dangereux à partir du moment où on en prend de temps en temps	8,0
3. À partir du moment où on en prend chaque semaine	3,0
4. À partir du moment où on en prend tous les jours	5,9
5. Ce n'est jamais dangereux pour la santé	0,2
6. Ne connaît pas le produit	3,3
7. Ne veut pas dire	0,0
8. Autres, préciser	0,1
99. NSP	0,8



**Q108) Quel est, selon vous, le produit le plus dangereux parmi ceux cités précédemment ?**

LIRE LES RÉPONSES - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE  
SI L'ENQUÊTÉ NE CONNAÎT PAS LE CANNABIS, PRÉCISER QUE C'EST DU HASCHISCH

1. Alcool	6,9
2. Cocaïne	19,3
3. Ecstasy	21,4
4. Cannabis	2,0
5. Héroïne	42,6
6. Tabac	3,4
7. Ne veut pas dire	0,4
8. Autres, préciser	0,9
99. NSP	3,1



**Q108B) Selon vous, de quel produit est-il plus difficile de se passer quand on a commencé à en consommer ?**

LIRE LES RÉPONSES - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE  
SI L'ENQUÊTÉ NE CONNAÎT PAS LE CANNABIS, PRÉCISER QUE C'EST DU HASCHISCH

1. Alcool	27,1
2. Cannabis	21,0
3. Tabac	47,7
4. Ne veut pas dire	0,6
99. NSP	3,7



**Q108C) Et ensuite ?**

LIRE LES RÉPONSES - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE  
SI L'ENQUÊTÉ NE CONNAÎT PAS LE CANNABIS, PRÉCISER QUE C'EST DU HASCHISCH

1. Alcool	42,6
2. Cannabis	23,3
3. Tabac	28,1
4. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	1,6
0. Pas de réponse	4,2





**Q109) Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux, êtes-vous :  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	36,1
2. Plutôt d'accord	33,7
3. Plutôt pas d'accord	14,9
4. Pas du tout d'accord	13,9
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	1,2

**Q110) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société, êtes-vous :  
SI NE CONNAÎT PAS LE PRODUIT, RELANCER EN EMPLOYANT LE TERME « TOXICOMANES »  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	15,3
2. Plutôt d'accord	32,6
3. Plutôt pas d'accord	22,5
4. Pas du tout d'accord	28,3
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	1,2



**Q111) Certains pensent que prendre de l'héroïne peut être un choix de vie, êtes-vous :  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	11,0
2. Plutôt d'accord	18,7
3. Plutôt pas d'accord	18,3
4. Pas du tout d'accord	51,2
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,7



**Q112) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté, êtes-vous :  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	28,2
2. Plutôt d'accord	23,3
3. Plutôt pas d'accord	24,1
4. Pas du tout d'accord	22,9
5. Ne veut pas dire	0,3
99. NSP	1,2



**Q113) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont des personnes malades, êtes-vous :  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	18,4
2. Plutôt d'accord	23,0
3. Plutôt pas d'accord	22,8
4. Pas du tout d'accord	34,9
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,8



**Q114) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne le font à cause de problèmes familiaux, êtes-vous :  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE**

1. Tout à fait d'accord	10,9
2. Plutôt d'accord	40,7
3. Plutôt pas d'accord	24,8
4. Pas du tout d'accord	22,3
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	1,2



**Q115) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont des parasites, êtes-vous :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	9,4
2. Plutôt d'accord	12,2
3. Plutôt pas d'accord	27,4
4. Pas du tout d'accord	50,3
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,6



**Q116) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne sont dangereux pour leur entourage (voisinage, proches...), êtes-vous :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	34,0
2. Plutôt d'accord	39,2
3. Plutôt pas d'accord	16,4
4. Pas du tout d'accord	9,1
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	1,1



**Q117) Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne cherchent à entraîner les jeunes, êtes-vous :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	25,7
2. Plutôt d'accord	33,0
3. Plutôt pas d'accord	25,5
4. Pas du tout d'accord	13,8
5. Ne veut pas dire	0,3
99. NSP	1,8



**Q118) Certains pensent qu'il est possible de vivre normalement en prenant de l'héroïne, êtes-vous :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	1,9
2. Plutôt d'accord	5,2
3. Plutôt pas d'accord	22,3
4. Pas du tout d'accord	69,6
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,9

**En France, la consommation de stupéfiants est interdite par la loi**

**Q119A<sup>85</sup>) Pour le cannabis, pensez-vous que cette interdiction est une atteinte à la liberté individuelle ? Êtes-vous :**

SI NE CONNAÎT PAS LE PRODUIT, RELANCE EN EMPLOYANT « C'EST DU HASCHISCH » ET EMPLOYER LE TERME DROGUE DOUCE SI BESOIN

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	12,8
2. Plutôt d'accord	18,2
3. Plutôt pas d'accord	20,7
4. Pas du tout d'accord	47,3
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,9

**Q119B<sup>86</sup>) Et pour la consommation d'héroïne : pensez-vous que cette interdiction est une atteinte à la liberté individuelle ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	6,4
2. Plutôt d'accord	7,4

85. En 1999, l'intitulé exact était : « Certains pensent que cette interdiction est une atteinte au droit de faire ce que l'on veut avec son corps. Êtes-vous ? »

86. *Idem.*

3. Plutôt pas d'accord	14,5
4. Pas du tout d'accord	70,5
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	1,1



**Q120A) Certains disent que l'on pourrait autoriser la consommation de stupéfiants sous certaines conditions, en maintenant l'interdiction dans certains cas, par exemple avant de conduire ou pour les mineurs. Pour la consommation du cannabis, êtes-vous ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	13,6
2. Plutôt d'accord	20,9
3. Plutôt pas d'accord	13,4
4. Pas du tout d'accord	51,8
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,3



**Q120B) Certains disent que l'on pourrait autoriser la consommation de stupéfiants sous certaines conditions, en maintenant l'interdiction dans certains cas, par exemple avant de conduire, ou pour les mineurs. Et pour la consommation d'héroïne, êtes-vous ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	6,4
2. Plutôt d'accord	5,4
3. Plutôt pas d'accord	10,2
4. Pas du tout d'accord	77,7
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,2



**Q121) Certains pensent que le cannabis pourrait être mis en vente libre comme le tabac ou l'alcool. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	8,3
2. Plutôt d'accord	15,6
3. Plutôt pas d'accord	14,6

4. Pas du tout d'accord	60,9
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,4



**Q122A) La loi prévoit une obligation de soins pour tous les consommateurs de drogues interdites, lorsqu'ils sont interpellés par la police. Pensez-vous que cette obligation est :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE - RELANCE : Le consommateur n'est pas jugé à condition qu'il suive un traitement médical

1. Une très bonne chose	41,5
2. Plutôt une bonne chose	49,7
3. Plutôt une mauvaise chose	4,8
4. Une très mauvaise chose	3,5
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,5



**Q122B) Et dans le cas des fumeurs de cannabis, pensez-vous que cette obligation de soins est ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Une très bonne chose	28,8
2. Plutôt une bonne chose	48,2
3. Plutôt une mauvaise chose	15,6
4. Une très mauvaise chose	6,7
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,6

**Q123) Certains pensent qu'on peut arriver à ce que personne ne se drogue. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec cette opinion ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	13,1
2. Plutôt d'accord	12,1
3. Plutôt pas d'accord	30,4
4. Pas du tout d'accord	44,0
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,4



**Q124) Certains pensent qu'il faudrait permettre aux consommateurs d'héroïne très dépendants et marginalisés de recevoir de l'héroïne sous contrôle médical, êtes-vous ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	15,7
2. Plutôt d'accord	35,1
3. Plutôt pas d'accord	14,4
4. Pas du tout d'accord	33,5
5. Ne veut pas dire	0,3
99. NSP	1,0



**Q125) Certains pensent qu'il faudrait permettre à certains grands malades de recevoir du cannabis sur prescription pour soulager leurs douleurs, êtes-vous ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Tout à fait d'accord	38,6
2. Plutôt d'accord	36,0
3. Plutôt pas d'accord	8,3
4. Pas du tout d'accord	15,8
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	1,1



**Q126A) Depuis quelques années, les médecins sont autorisés à prescrire des produits de substitution (méthadone, Subutex®) pour remplacer l'effet de l'héroïne. Le saviez-vous ?**

1. Oui	70,4
2. Non	29,6
3. Ne veut pas dire	0,0



**Q126B) Y êtes-vous favorable ? (à la prescription de produits de substitution)**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Oui, tout à fait	44,0
2. Oui, plutôt	38,1

3. Non, plutôt pas	6,4
4. Non, pas du tout	9,9
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	1,6



**Q128) Depuis quelques années, les pharmaciens sont autorisés à vendre des seringues sans ordonnance. Le saviez-vous ?**

1. Oui	63,8
2. Non	36,2
3. Ne veut pas dire	0,0



**Q129) Y êtes-vous favorable ? (à la vente de seringues sans ordonnance)**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Oui, tout à fait	42,7
2. Oui, plutôt	17,2
3. Non, plutôt pas	10,6
4. Non, pas du tout	29,1
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,4

**Q130A) La loi prévoit la création de centres de soins pour les toxicomanes, en concertation avec les mairies, les hôpitaux, la police et les habitants. Selon vous c'est :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

1. Une très bonne chose	51,0
2. Plutôt une bonne chose	43,9
3. Plutôt une mauvaise chose	2,6
4. Une très mauvaise chose	2,1
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,3

**Q130B) Et seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier ?**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

<b>1. Oui, tout à fait</b>	<b>38,9</b>
<b>2. Oui, plutôt</b>	<b>39,1</b>
<b>3. Non, plutôt pas</b>	<b>10,6</b>
<b>4. Non, pas du tout</b>	<b>10,9</b>
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,5



**Q131) Afin de diminuer les risques pour la santé, certains pensent qu'il faut informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer. Êtes-vous :**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

<b>1. Tout à fait d'accord</b>	<b>51,9</b>
<b>2. Plutôt d'accord</b>	<b>29,5</b>
<b>3. Plutôt pas d'accord</b>	<b>6,7</b>
<b>4. Pas du tout d'accord</b>	<b>11,1</b>
5. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,6

**Q132a\_0) Selon vous, l'information à l'école sur l'alcool est-elle suffisante ?**

<b>1. Oui</b>	<b>16,4</b>
<b>2. Non</b>	<b>73,4</b>
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	10,1

**Q132a\_1) Cette information est-elle utile ?**

<b>1. Oui</b>	<b>94,0</b>
<b>2. Non</b>	<b>5,8</b>
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,1

**Q132a\_2) Cette information est-elle dangereuse ?**

<b>1. Oui</b>	<b>5,6</b>
<b>2. Non</b>	<b>94,0</b>
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,3

**Q132b\_0) Et pour le tabac, cette information est-elle suffisante ?**

<b>1. Oui</b>	<b>21,1</b>
<b>2. Non</b>	<b>72,7</b>
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	6,0

**Q132b\_1) Cette information est-elle utile ?**

<b>1. Oui</b>	<b>93,1</b>
<b>2. Non</b>	<b>6,8</b>
3. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,0

**Q132b\_2) Cette information est-elle dangereuse ?**

<b>1. Oui</b>	<b>6,5</b>
<b>2. Non</b>	<b>93,2</b>
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,1

**Q132c\_0) Selon vous, l'information à l'école sur les autres drogues est-elle suffisante ?**

<b>1. Oui</b>	<b>14,1</b>
<b>2. Non</b>	<b>77,8</b>
3. Ne veut pas dire	0,4
99. NSP	7,7

**Q132c\_1) Cette information est-elle utile ?**

<b>1. Oui</b>	<b>94,9</b>
<b>2. Non</b>	<b>4,9</b>
3. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,1

**Q132c\_2) Cette information est-elle dangereuse ?**

<b>1. Oui</b>	<b>7,5</b>
<b>2. Non</b>	<b>92,0</b>
3. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,3



**Q134) Vous-même, pensez-vous être très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé ou très mal informé sur les drogues ?**

UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

<b>1. Très bien informé</b>	<b>10,4</b>
<b>2. Plutôt bien informé</b>	<b>50,6</b>
<b>3. Plutôt mal informé</b>	<b>29,9</b>
<b>4. Très mal informé</b>	<b>8,5</b>
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,5

**La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) est un organisme public. Elle a publié un livret d'information sur les drogues que l'on trouve dans les kiosques.**

**Q135A) À propos de ce livret d'information, l'avez-vous ?**

LIRE LES RÉPONSES

<b>1. lu</b>	<b>5,1</b>
<b>2. eu entre les mains</b>	<b>5,1</b>
<b>3. en avez-vous entendu parler</b>	<b>13,9</b>
<b>4. vous n'en avez pas entendu parler</b>	<b>75,7</b>
5. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,1

**Q135B) Connaissez-vous le titre de ce livret ?**

ENQUÊTEUR : NE RIEN SUGGÉRER - CODER LA RÉPONSE

1. « Savoir plus, risquer moins »	1,1
2. Non	21,1
3. Ne veut pas dire	0,0
0. Autres, préciser	1,9
99. NSP	0,3
Pas de réponse	75,7

**Q136) Si un de vos proches avait un problème lié à l'usage d'une drogue, à qui vous adresseriez-vous ?**

NE RIEN SUGGÉRER - CODER LA RÉPONSE - BIEN RELANCER

1. Ami	4,2
2. Conjoint	0,9
3. Membre de la famille	12,2
4. Médecin	68,8
5. Organisme spécialisé	23,6
6. Association	6,3
7. Hôpital	4,3
8. Lui-même (le proche)	8,2
9. Un psychologue (psychiatre ou psychanalyste)	4,5
10. La police ou la gendarmerie	2,0
11. Autres	4,0
12. Ne sait pas	4,2

**Nous allons maintenant parler un peu du tabac et de l'alcool. Voici certaines opinions qu'on entend parfois au sujet du tabac et de l'alcool. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec chacune d'entre elles ?**



**Q140) « Il faut interdire la vente de tabac aux mineurs »**

CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

<b>1. Tout à fait d'accord</b>	<b>53,7</b>
<b>2. Plutôt d'accord</b>	<b>23,2</b>
<b>3. Plutôt pas d'accord</b>	<b>14,7</b>
<b>4. Pas du tout d'accord</b>	<b>8,2</b>

5. Ne veut pas dire 0,1  
99. NSP 0,2

**Q141) « Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac »**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

**1. Tout à fait d'accord 38,4**  
**2. Plutôt d'accord 18,2**  
**3. Plutôt pas d'accord 16,5**  
**4. Pas du tout d'accord 26,4**  
5. Ne veut pas dire 0,1  
99. NSP 0,4

**Q143) « Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation »**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

**1. Tout à fait d'accord 29,2**  
**2. Plutôt d'accord 31,9**  
**3. Plutôt pas d'accord 21,3**  
**4. Pas du tout d'accord 14,3**  
5. Ne veut pas dire 0,2  
99. NSP 2,6

**Q145) « L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage de drogues interdites à la consommation »**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

**1. Tout à fait d'accord 35,1**  
**2. Plutôt d'accord 35,3**  
**3. Plutôt pas d'accord 17,7**  
**4. Pas du tout d'accord 9,3**  
5. Ne veut pas dire 0,3  
99. NSP 2,3

**Q142) Vous-même dans votre vie quotidienne, êtes-vous exposé(e) à la fumée des autres sans fumer vous-même ?**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

**1. Très fortement 8,2**  
**2. Fortement 19,8**  
**3. Faiblement 41,5**  
**4. Pas du tout 30,1**  
5. Ne veut pas dire 0,0  
99. NSP 0,4

**Q142B) Est-ce que cela vous gêne ?**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

**1. Très fortement 12,1**  
**2. Fortement 17,3**  
**3. Faiblement 23,8**  
**4. Pas du tout 16,7**  
5. Ne veut pas dire 0,0  
99. NSP 0,0  
Pas de réponse 30,1



**Q147 1 à Q147 11) Vous personnellement, auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois :**  
CITER - UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

	Très peur	Plutôt peur	Plutôt pas peur	Pas du tout peur	Ne connaît pas le produit	Refuse la mise en situation	NSP	Ne veut pas dire
Cocaïne	63,9	24,7	2,9	4,8	0,0	3,6	0,1	0,0
LSD	65,6	22,8	2,3	1,9	4,7	2,6	0,1	0,0
Haschich	40,9	24,3	16,6	15,2	0,0	2,9	0,1	0,0
Héroïne	76,8	17,3	1,3	1,8	0,0	2,6	0,2	0,0
Ecstasy	66,6	24,1	2,4	2,8	1,2	2,7	0,1	0,0
Amphétamines	49,4	34,0	5,8	4,7	2,9	3,0	0,2	0,0
Dopants	42,5	39,6	9,0	5,5	0,1	3,2	0,2	0,0
Médicaments	17,1	35,0	27,1	18,9	0,0	1,7	0,2	0,0



Inhalants	57,4	30,2	5,0	4,0	0,4	3,0	0,1	0,0
Crack	69,0	20,4	2,2	1,7	4,0	2,7	0,1	0,0
Champ. hall.	56,7	26,8	5,8	4,2	3,8	2,4	0,4	0,0



**Q148A) Est-ce que vous fumez du tabac, ne serait-ce que de temps en temps ?**

1. Oui	34,3
2. Non	65,7
3. Ne veut pas dire	0,1



**Q148B) En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous ?**  
LIRE LES RÉPONSES

1. Moins d'une par jour	17,0
2. Une ou deux par jour	8,8
3. Entre 3 et 9 par jour	26,0
4. Entre 10 et 19 par jour	28,8
5. 20 par jour ou plus	19,5

(% parmi les fumeurs)



**Q149A) Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous bu de l'alcool (par exemple du vin, de la bière, un apéritif, un alcool fort, du champagne ou du cidre) ?**

LIRE L'ÉCHELLE

1. Tous les jours	17,6
2. 3 à 6 jours	11,8
3. 1 ou 2 jours	36,0
4. Jamais	34,5
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,1



**Q149B) Combien de fois avez-vous été ivre au cours des 12 derniers mois ?**

LIRE L'ÉCHELLE

SI L'ENQUÊTÉ DEMANDE DES PRÉCISIONS, LEUR DEMANDER DE RÉPONDRE SELON LEUR APPRÉCIATION DE L'IVRESSE

1. 1 à 2 fois	15,8
2. 3 à 5 fois	5,6
3. 6 à 9 fois	1,6
4. 10 fois et plus ?	1,5
5. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,1
Pas de réponse	75,2



**Q150) Y a-t-il, dans votre entourage (voisinage, amis, famille, collègues), des personnes qui consomment (ou ont consommé) du cannabis ?**

LIRE LES RÉPONSES

1. Oui, j'en connais au moins une personnellement	40,1
2. Oui, mais je n'en connais pas personnellement	6,4
3. Non	50,1
4. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,4



**Q151) Et y a-t-il, dans votre entourage, des personnes qui consomment (ou ont consommé) une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschisch ?**

LIRE LES RÉPONSES

1. Oui, j'en connais au moins une personnellement	16,2
2. Oui, mais je n'en connais pas personnellement	5,2
3. Non	76,3
4. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	1,6



**Q152A) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ou du haschisch ?**

1. Oui	23,2
2. Non	76,6
3. Ne veut pas dire	0,2
99. NSP	0,0



**Q152B) L'avez vous fait au cours des douze derniers mois ? (consommer du cannabis ou du haschisch)**

1. Oui	8,5
2. Non	14,7
3. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,0
Pas de réponse	76,8



**Q152C) Vous en a-t-on déjà proposé ? (du cannabis ou du haschisch)**

1. Oui	21,4
2. Non	55,4
Pas de réponse	23,2



**Q153A) Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une drogue interdite autre que le cannabis ou le haschisch ?**

1. Oui	4,2
2. Non	95,7
3. Ne veut pas dire	0,1
99. NSP	0,0

Lesquelles ?/ \_\_\_\_\_/



**Q153B) L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ? (consommer une drogue interdite autre que cannabis ou haschisch)**

1. Oui	0,6
2. Non	3,5

Pas de réponse 95,8

Lesquelles ?/ \_\_\_\_\_/



**Q153C) Vous en a-t-on déjà proposé ? (une drogue interdite autre que cannabis ou haschisch)**

1. Oui	14,5
2. Non	81,2
Pas de réponse	4,3

Lesquelles ?/ \_\_\_\_\_/

**Q154) À votre avis, aujourd'hui en France, combien de personnes ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie ?**

NE RIEN SUGGÉRER - NOTER EN CLAIR TOUT CE QUE DIT L'INTERVIEWÉ

Réponse en %	74,6
Réponse en effectif	10,7
99. NSP	14,6

Pour finir, je vais vous poser quelques questions d'ordre général

**Q48) Qui est le chef de ménage ?**

1. Vous	54,3
2. Votre conjoint	29,5
3. Votre père	11,9
4. Votre mère	2,8
5. Une autre personne	0,3
99. NSP	1,1



**Q51) Quelle est votre profession ?**

1. Agriculteurs exploitants	0,7
2. Artisans, commerçants et chef d'entreprises	0,6
3. Professions libérales et cadres	2,3

4. Professions intermédiaires, techniciens contremaîtres et agents de maîtrise	5,7
5. Employés et personnels de services	10,5
6. Ouvriers	3,1
7. Inactifs, retraités	22,7
Pas de réponse	54,4



**Q53) Quel est votre statut d'activité (actuel) ?**

UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE

SI CHÔMEUR OU RETRAITÉ, CODER DIRECTEMENT LA RÉPONSE

1. Travailleur indépendant, à votre compte	2,0
2. Salarié du secteur public	7,8
3. Salarié du secteur privé	12,5
4. Chômeur	1,3
5. Étudiant – lycéens	10,8
6. Retraité	5,7
7. Autres inactifs	5,6
Pas de réponse	54,3



**Q54) Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?**

LIRE LES RÉPONSES

1. Aucun diplôme	6,4
2. Certificat d'études (Primaire)	11,0
3. CAP (Certificat d'aptitude professionnelle)	14,3
4. Brevet des collèges, BEPC	11,8
5. BEP (Brevet d'enseignement professionnel)	11,4
6. Bac d'enseignement technique	8,3
7. Bac d'enseignement général	9,8
8. Bac +2 (DEUG, IUT, BTS)	10,8
9. Grande école, 2° ou 3° cycle	16,0
10. Ne veut pas dire	0,2



**Q56) Vivez-vous en couple ?**

1. Oui	67,0
2. Non	32,9
Pas de réponse	0,1



**Q57) Avez-vous des enfants ?**

1. Oui, un	15,9
2. Oui, deux	29,7
3. Oui, trois ou plus	21,2
4. Non, pas d'enfant	33,1
Pas de réponse	0,2



**Q57B) Quel est l'âge du plus jeune ?**



**Q58) Quel est l'âge du plus vieux ?**



**Q59) Quel est votre statut matrimonial ?**

1. Célibataire	23,8
2. Concubinage	11,3
3. Pacsé(e)	0,4
4. Marié(e) ou remarié(e)	53,8
5. Divorcé(e)	5,5
6. Veuf (ve)	5,2
7. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,0

**Q155) Avez-vous une activité de loisir, de type association, sport ou activité socioculturelle ?**

1. Oui	58,2
2. Non	41,8
3. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,0

**Q156) Pouvez-vous me dire quelle est votre religion si vous en avez une ?**

1. Catholique	63,7
2. Protestante	2,2
3. Juive	0,6
4. Musulmane	1,6
5. Autre religion	1,4
6. Sans religion	29,5
7. Ne veut pas dire	1,0
99. NSP	0,0

**Q156B) Tous les combien allez-vous à la messe, au culte ou aux offices religieux ?**

LIRE LES RÉPONSES - UNE SEULE RÉPONSE

1. Plusieurs fois par semaine	1,0
2. Une fois par semaine	4,5
3. Une ou deux fois par mois	5,4
4. De temps en temps, aux grandes fêtes religieuses	17,2
5. Uniquement pour les cérémonies, les baptêmes, les mariages, les enterrements	37,1
6. Jamais	3,9
7. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,4
Pas de réponse	30,5



**Q157<sup>87</sup>) Sur le plan politique, comment vous classez-vous ?**

LIRE LES RÉPONSES - UNE SEULE RÉPONSE

1. Très à gauche	2,9
2. À gauche	23,6
3. Au Centre gauche	6,4
4. Au Centre droit	8,3
5. À droite	13,1

87. En 1999, l'intitulé exact était : « Pourriez-vous me dire où vous vous situez sur une échelle politique gauche-droite ? » ; les modalités étaient : très à gauche, à gauche, plutôt à gauche, plutôt à droite, à droite, très à droite.

6. Très à droite	1,1
7. Ni à gauche, ni à droite	38,9
99. NSP	5,7



**Q158) Étiez-vous vraiment seul pour répondre à ce questionnaire ?**

1. Oui	94,2
2. Non	5,8
3. Ne veut pas dire	0,0
99. NSP	0,0



**Q159) Nous avons maintenant terminé, souhaitez vous ajouter quelque chose sur l'un des thèmes abordés dans l'enquête ?**

NE RIEN SUGGÉRER - NOTER EN CLAIR LA RÉPONSE COMPLÈTE SI POSSIBLE

1. Non, rien de particulier	67,4
2. Autres, préciser	32,6



**Q160) Merci beaucoup de votre participation. Cette étude a été réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT : Tél. : 01 53 20 16 08 pour toute question sur l'enquête). Nous tenons enfin à vous informer qu'il existe un numéro de téléphone gratuit et anonyme, qui peut être contacté 24 h/24 pour toute question concernant les drogues, l'alcool ou le tabac. Il s'agit du 113, le numéro d'appel de Drogues-Alcool-Tabac Info Service.**

**Merci encore**

CETTE QUESTION PORTE SUR LE NUMÉRO DE L'OFDT

1. Récupère le numéro de l'OFDT	17,0
2. Ne note pas le numéro	78,3
3. Fait semblant de noter le numéro	2,6
99. NSP	2,1

**Q161) Souhaitez-vous laisser votre adresse pour recevoir les résultats de l'enquête ?**

1. Oui	58,7
2. Non	41,3



Q70<sup>88</sup>) La personne interrogée était à votre avis  
PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES :

1. Aucun problème	86,4
2. Pas sincère dans ses réponses	1,0
3. Incohérente, confuse	4,0
4. Méfiante	1,8
5. Agressive	1,1
6. Peu coopérative, passive	2,9
7. Distraite	2,1
8. Sceptique quand à l'intérêt de l'enquête	1,6
0. Autre, préciser	3,8
99. NSP	0,3



Q72) À votre avis, l'enquêté était-il seul pendant l'entretien ?

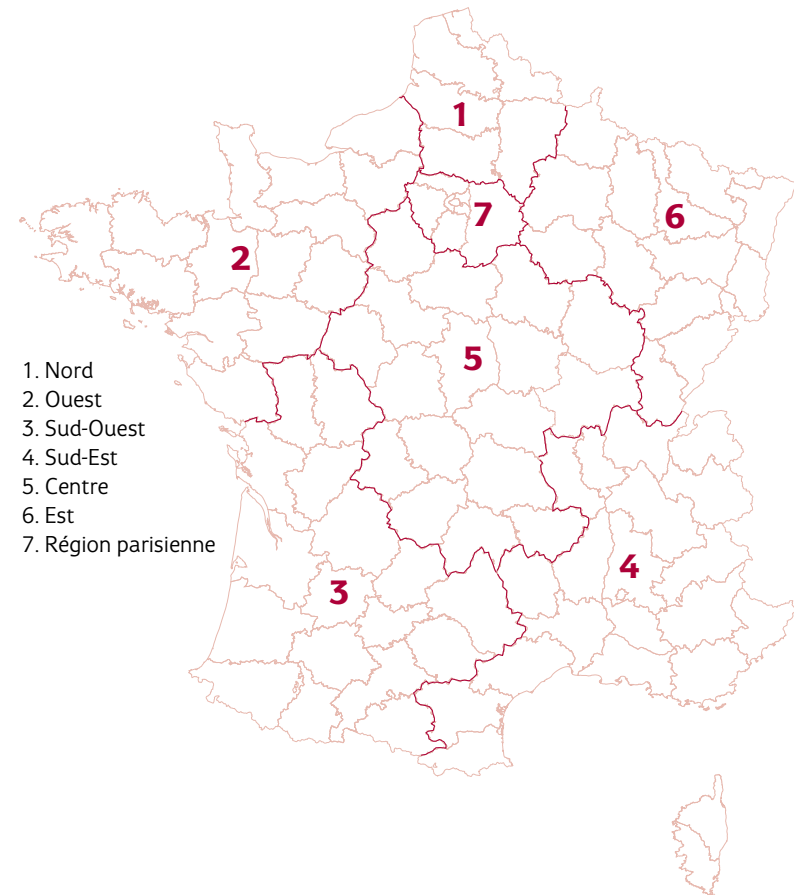
<b>1. Oui</b>	<b>78,0</b>
<b>2. Non</b>	<b>16,5</b>
3. Autre (télé ou radio allumée)	3,5
4. Difficile à savoir	2,0
99. NSP	0,1



Q73) Cela vous a-t-il semblé gênant pour l'enquêté ?

<b>1. Oui</b>	<b>4,9</b>
<b>2. Non</b>	<b>16,9</b>
99. NSP	0,3

**Carte des régions sofop**



88. En 1999, l'intitulé exact était : « La personne interrogée était à votre avis (plusieurs réponses possibles) » ; les modalités étaient : sincère dans ses réponses, incohérente, confuse, méfiante, agressive, peu coopérative passive, distraite, sceptique quant à l'intérêt de l'enquête, autre, précisez.

### Structure de l'échantillon

Variable	Modalités	Effectif non pondéré	% non pondéré	Coefficient de pondération	Effectif pondéré	% pondéré
<b>Sexe</b>						
	Homme	984	49.0	0,9980	982	48.9
	Femme	1025	51.0	1,0020	1027	51.1
<b>Âge</b>						
	15-17 ans	122	6.0	1,0000	122	6.1
	18-24 ans	225	11.2	1,0133	228	11.3
	25-34 ans	379	18.9	1,0026	380	18.9
	35-49 ans	581	28.9	0,9931	577	28.7
	50-64 ans	439	21.9	0,9977	438	21.8
	65-75 ans	265	13.2	0,9962	264	13.2
<b>Sexe X âge</b>						
	Homme 15-17 ans	70	7.1	1,0286	72	7.3
	Homme 18-24 ans	105	10.7	1,0095	106	10.7
	Homme 25-34 ans	180	18.3	1,0000	180	18.3
	Homme 35-49 ans	275	27.9	0,9855	271	27.6
	Homme 50-64 ans	229	23.3	1,0000	229	23.3
	Homme 65-75 ans	125	12.7	1,0000	125	12.7
	Femme 15-17 ans	50	4.9	1,0000	50	4.9
	Femme 18-24 ans	120	11.7	1,0167	122	11.9
	Femme 25-34 ans	199	19.4	1,0050	200	19.5
	Femme 35-49 ans	306	29.9	1,0000	306	29.8
	Femme 50-64 ans	210	20.5	0,9905	208	20.3
	Femme 65-75 ans	140	13.7	1,0000	140	13.6
<b>PCS du chef de ménage</b>						
	Agriculteurs	43	2.1	1,0233	44	2.2
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	104	5.2	1,1538	120	6.0
	Cadres, professions intellectuelles	243	12.1	0,9959	242	12.0
	Professions intermédiaires	318	15.8	0,9686	308	15.3
	Employés	230	11.4	1,0000	230	11.4
	Ouvriers	473	23.5	1,0127	479	23.8
	Inactifs, retraités	598	29.7	0,9833	588	29.3

Région	Effectif non pondéré	% non pondéré	Coefficient de pondération	Effectif pondéré	% pondéré
Nord	186	9.3	1,1237	209	10.4
Ouest	346	17.2	0,9711	336	16.7
Sud-Ouest	256	12.7	1,0039	257	12.8
Sud-Ouest	424	21.1	0,9811	416	20.7
Centre	218	10.9	0,9587	209	10.4
Est	221	11.0	1,0543	233	11.1
Paris	358	17.8	1,0028	359	17.9
<b>Catégorie d'agglomération</b>					
- moins de 2 000	509	25.3	1,0098	514	25.6
- de 2 000 à 20 000	351	17.5	0,9772	343	17.1
- de 20 000 à 100 000	246	12.2	1,0366	255	12.7
Plus de 100 000	587	29.2	0,9881	580	28.9
Agglomération parisienne	316	15.7	1,0032	317	15.8

## BIBLIOGRAPHIE

---

AGAR (M.) et REISINGER (H.), 2000, « Read All About It : Media Construction of a Heroin Epidemic », *Substance use & misuse*, 35-11, p. 1551-1571.

ANSLINGER (H.) et COOPER (C.R.), 1998, « Marijuana : Assassin of Youth », in (Inciardi J.A. et Mc Elrath K. (dir.), *The American drug scene : an anthology*, Los Angeles : Roxbury Publishing Company, p. 64-69 (première publication en 1937).

AQUATIAS (S.), 1999, « Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de haschich dans des cités de la banlieue parisienne », *Sociétés contemporaines*, 36, p. 53-66.

BALLION (R.), *Les conduites déviantes des lycéens*, Paris, OFDT, 1999.

BAUDIER (F.), ORLANDINI (C.), GUIONET (M.), ODDOUX (K.), « La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des 10 dernières années », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 48, 2000, p. 213-214.

BECK (F.), *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie, état des lieux et évolutions depuis la fin des années quatre-vingt*, OFDT, 1998.

BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), *EROPP 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, OFDT, 2000, 204 p.

BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), « L'héroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ? », *Sociétés Contemporaines*, n° 41/42, 2001, p. 133-158.

BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), « Les perceptions sur les politiques publiques en matière d'addictions », *Actes du colloque THS 5 de Grasse 11-15 septembre 2001*, éd. Frison-Roche, Paris, 2002, p. 185-202.

BECK (F.), ARWIDSON (P.), FIRDION (J.-M.), JASPARD (M.), GRÉMY (I.), WARSZAWSKI (J.), « L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications », in Droesbeke (J.-J.) et Lebart (L.), (dir.), *Enquêtes, modèles et applications*, éd. Dunod, Paris, 2001a, p. 285-293.



BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », in : Guilbert (P.), Baudier (F.), Gautier (A.), *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001b, p. 237-274.

BECKER (H. S.), *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.), *Tendances récentes, rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001.

BERGMAN (M.), CATTACIN (S.), LUCAS (B.), WERNLI (B.), *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer ? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*, Travaux et communications du département de science politique de l'Université de Genève, août 1997.

BROSSIER (G.), DUSSAIX (A.-M.), *Enquêtes et sondages : Méthodes, modèles, applications, nouvelles approches*, Paris, 1999, éd. Dunod.

CALLEMIEN (M.), *Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues : Eurobaromètre 57.2*, rapport à la Direction générale Justice et Affaires intérieures de la Commission européenne, septembre 2002, 45 p, disponible sur [http://europa.eu.int/comm/justice\\_home/unit/drogu\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/drogu_fr.htm)

CFES - IFOP, *Qu'est-ce que la drogue aujourd'hui ?* Rapport CFES, 1993.

CFES - IFOP, *Les Français et la drogue en 1996*. Rapport CFES, 1996.

CFES - IPSOS, *Les habitudes de consommation d'alcool des Français*, rapport d'étude, 1998.

COHEN (S.), *Folk Devils and Moral Panics*, Londres : MacGibbon & Kee Ltd, 1972.

Commission européenne, 1995 *Eurobarometer survey*, Office of Publication of the European Communities, 1996, 112 p.

Conseil national de l'évaluation du commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : Rapport d'évaluation*, Paris, La Documentation française, 1999, 555 p.

COSTES (J.-M.), *Country report : France in Prevalence and patterns of problem drug use for all European Union member states*, Final report, EMCDDA, 2001.

COOMBER (R.), « The adulteration of drugs : what dealers do to illicit drugs, and what they think is done to them », *Addiction Research*, 5, 1997, p. 297-306.

D'HAUTEVILLE (F.), LAPORTE (J.-P.), MORROT (G.), SIRIEIX (L.), *La consommation de vin en France : comportements, attitudes et représentations*, ONIVINS – INRA 2000, 2001.

Direction générale de la santé, groupe de travail relatif à la vente de tabac aux mineurs, *L'interdiction de vente de tabac aux mineurs*, Paris, La Documentation française, 2002, 160 p.

Druglink, *NIMBY threat to drug strategy*, vol. 19, issue 2, march/april 2002.

DUBET (F.), *La Galère. Jeunes en survie*, Paris, 1987, éd. Fayard.

DUBET (F.), « Les deux drogues », dans EHRENBERG (A.) et MIGNON (P.), (dir.), *Drogues, politique et société*, Paris, éd. Descartes, 1992, p. 99-111.

DUNLAP (E.), JOHNSON (B.), SANABRIA (H.), HOLLIDAY (E.), LIPSEY (V.), BARNETT (M.), HOPKINS (W.), SOBEL (I.), RANDOLPH (D.) et CHIN (K.), « Studying crack users and their criminal careers : the scientific and artistic aspects of locating hard-to-reach subjects and interviewing them about sensitive topics », *Contemporary Drug Problems*, 17, 1990, p. 121-144.

DUPREZ (D.) et KOKOREFF (M.), *Les mondes de la drogue*, Paris, 2000, éd. Odile Jacob.

EHRENBERG (A.) (dir), *Vivre avec les drogues*, Paris, éditions du Seuil, 1996, 275 p.

FAUGERON (C.), KOKOREFF (M.), « Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France », *Sociétés contemporaines*, n° 36, 1999, p. 5-17.

FONTAINE (A.), FONTANA (C.), VERCHÈRE (C.) et VISCHI (R.), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France*, Paris, OFDT, 2001.

FINNIGAN (F.), « How non-heroin users perceive heroin users and how heroin users perceive themselves », *Addiction Research*, 4, 1996, p.25-32.

FRASER (A.), GAMBLE (L.) et KENNETT (P.), « Into the Pleasuredome... », *Druglink*, novembre-décembre, 1991, p. 12-13.

Globe Hebdo, *Les Français et les drogues douces*, rapport IFOP, 1993.

GIBIER (L.), « L'individu dans la cité, approches cliniques : le NIMBY syndrome », *Interventions*, n° 1, vol. 19, mars 2002.

GOODE (E.) et BEN-YEHUDA (N.), *Moral Panics*, Malden : Blackwell, 1994.

GRANDE ÉCOUTE – SOFRES, *Le haschisch parmi les 12-44 ans*, rapport de synthèse, 1992.

GRANDE ÉCOUTE – PUBLIMÉTRIE, *Prévention et usage de drogue*, rapport de synthèse, 1997.

GRÉMY (I.) et HALFEN (S.), *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*, ORS Ile de France, 2002.

HEBEL (P.), LE QUEAU (P.), MAHIEU (A.), VAROQUAUX (D.), ZORZIN (M.-L.), *Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme*, Crédoc, Credes, 1998.

HENMAN (A.), *Drogues légales, l'expérience de Liverpool*, Paris, éditions du Léopard, 1995.

INPES – IPSOS, *Les Français et les risques liés à l'alcool*, 2002, disponible sur <http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/poll/7568.asp>

JEAN (J.-P.), « L'inflation carcérale », *Esprit*, octobre 1995, p. 127.

KLEE (H.), « The love of speed : an analysis of the enduring attraction of amphetamine sulphate for British youth », *Journal of Drug Issues*, 28, 1998, p. 33-56.

KOKOREFF (M.) et MIGNON (P.), *La production d'un problème social : drogues et conduites d'excès*, Paris, rapport DGLDT/MRT, 1994.

KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 227 p.

LAZARUS (A.), « Éthique, éducation pour la santé et exercice du pouvoir », in *Éducation pour la santé et éthique*, Séminaire international, Dourdan, 27 et 28 janvier 2000, CFES, p. 54-74.

LEGLEYE (S.), MENARD (C.), BAUDIER (F.) (2002), « Alcool », in *Baromètre Santé 2000 - Résultats*, Vanves, Éditions du CFES, p. 123-159.

Le Quotidien du Médecin – IFOP, *L'attitude des Français vis-à-vis de la drogue*, rapport IFOP, 1997.

LIPPMAN (W.), *Public Opinion*, New York : Harcourt-Brace, 1922.

MASSÉ (R.), « Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé » 2000, in *Éducation pour la santé et éthique*, Séminaire international, Dourdan, 27 et 28 janvier 2000, CFES, p. 25-49.

Médiamétrie, Les baromètres multimédia 2001 (avril-juin), *La nouvelle donne de la téléphonie fixe en France*.

MINO (A.), *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*, Genève, OFSP, 1990.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances*, éd. La Découverte, 2000.

MC ELRATH (K.) et MC EVOY (K.), « Heroin as Evil : ecstasy users' perceptions about heroin », *Drugs : education, prevention and policy*, 8-2, 2001, p. 177-189.

MURARD (N.), BIÉGELMANN (O.) et JAUBERT (A.), *Drogues, passions muettes*, Paris, 1979, Recherches.

Nova Magazine, *Sondage cannabique*, n° 86, février 2002, p. 6-10.

ODDOUX (K.), PERETTI-WATEL (P.), BAUDIER (F.), « tabac », *Baromètre Santé 2000 - Résultats*, Vanves, éditions du CFES, 2002, p. 77-118.

PELLETIER (M.), (dir.), *Rapport de la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, La Documentation française, 1978, 384 p.

OLIVENSTEIN (C.), *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, 1977, éd. Laffont.

PARKER (H.), ALRIDGE (J.) et MEASHAM (F.), *Illegal Leisure : the normalization of adolescent recreational drug use*, Londres : Routledge, 1998.

PARQUET (P.-J.), (dir.), *Rapport pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES, 1997.

PEARSON (G.), « Normal drug use : ethnographic fieldwork among an adult network of recreational drug users in inner London », *Substance use & misuse*, 36-1, 2001, p. 167-200.

PERETTI-WATEL (P.), « Comment les Français se représentent-ils les usagers d'héroïne ? », 2000, *Tendances*, OFDT, n° 8.

POWER (R.), POWER (T.) et GIBSON (N.), « Attitudes and experience of drug use amongst a group of London teenagers », *Drugs : education, prevention and policy*, 3, 1996, p. 71-80.

ROQUES (B.), (dir.), *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues », rapport du professeur Roques au secrétariat d'État à la santé*, éd. Odile Jacob/La Documentation française, 1998, 316 p.

ROY (G.), VANHEUVERZWYN (A.), « Le téléphone mobile dans les enquêtes par sondage », *Journées de méthodologie statistique*, INSEE (5 décembre 2000).

TAPIE-GRIME (M.) « Le NIMBY, une ressource de démocratisation », *Écologie et politique*, n° 21, 1997.

VELTER (A.) et ARÈNES (J.), « Drogues illicites », 1998, dans ARÈNES (J.) et JANVRIN (M.-P.) (dir.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, p. 185-205.

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

---

### Tableaux

Tableau 1 - Répartition des entretiens réalisés selon le nombre de tentatives nécessaires	19
Tableau 2 - Précision des résultats d'un sondage aléatoire simple sur un échantillon de 2009 personnes	23
Tableau 3 - Répartition des numéros de téléphone mobile par opérateur	24
Tableau 4 - Bilan du terrain	27
Tableau 5 - Principaux motifs de préoccupation pour la société française	34
Tableau 6 - Produits spontanément cités en tant que drogues	42
Tableau 7 - Facteurs associés au fait de citer le tabac et l'alcool parmi les drogues	44
Tableau 8 - Si un de vos proches avait un problème lié à l'usage d'une drogue, à qui vous adresseriez-vous ?	47
Tableau 9 - Seuil de dangerosité perçu du cannabis	53
Tableau 10 - Seuil de dangerosité perçu de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne	56
Tableau 11 - Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois	59
Tableau 12 - Auriez-vous peur de prendre, ne serait-ce qu'une fois... évolution entre 1999 et 2002	61
Tableau 13 - Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux	62
Tableau 14 - Certains disent que fumer du haschisch ou du cannabis conduit à consommer, par la suite, des produits plus dangereux : évolution 1992-2002	63
Tableau 15 - Seuil de dangerosité perçu pour l'alcool et le tabac	65
Tableau 16 - Vous-même dans votre vie quotidienne, êtes-vous exposé(e) à la fumée des autres sans fumer vous-même ?	73
Tableau 17 - Le tabac plus dangereux que l'alcool	75
Tableau 18 - L'alcool plus addictif que le tabac	76

Tableau 19 - Moindre dangerosité perçue pour l'alcool et le tabac	77
Tableau 20 - Hostilité aux mesures anti-tabac	78
Tableau 21 - Non-réponses	79
Tableau 22 -- L'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation	84
Tableau 23 - Le tabagisme pose plus de problèmes à la société que l'usage des drogues interdites à la consommation	85
Tableau 24 - Produit jugé le plus dangereux parmi l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne	86
Tableau 25 - Produit jugé le plus dangereux : évolution entre 1999 et 2002	88
Tableau 26 - Opinion sur la possibilité de parvenir à un monde sans drogue, évolution 1999-2002	96
Tableau 27 - L'interdiction de l'usage de cannabis est une atteinte à la liberté individuelle, évolution 1999-2002	98
Tableau 28 - L'interdiction de l'usage d'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle, évolution 1999-2002	98
Tableau 29 - Opinion sur l'autorisation de l'usage du cannabis ou de l'héroïne sous certaines conditions, évolution 1999-2002	100
Tableau 30 - Opinion sur la mise en vente libre du cannabis, évolution 1999-2002	102
Tableau 31 - Opinion sur l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, évolution 1999-2002	105
Tableau 32 - Opinion sur l'obligation de soins pour les usagers de drogues interpellés, évolution 1999-2002	106
Tableau 33 - Opinion sur la délivrance d'héroïne sous contrôle médical, évolution 1999-2002	109
Tableau 34 - Opinion sur la prescription médicale de cannabis à certains grands malades, évolution 1999-2002	110
Tableau 35 - Opinion sur la prescription de produits de substitution, évolution 1999-2002	111
Tableau 36 - Opinion sur la vente des seringues sans ordonnance, évolution 1999-2002	112
Tableau 37 - Rejet radical	120
Tableau 38 - Condamnation franche	121
Tableau 39 - Condamnation modérée du cannabis	122

Tableau 40 - Favorables et détachés	123
Tableau 41 - Non concernés	124
Tableau 42 - Favorables modérés	125
Tableau 43 - Négation du danger	126
Tableau 44 - Opinions sur « ceux qui prennent de l'héroïne »	134
Tableau 45 - Représentations des usagers d'héroïne et hostilité à l'égard de la politique de réduction des risques	137
Tableau 46 - Profil sociodémographique des échantillons « fixes » et « portables »	149
Tableau 47 - Comparaison entre les échantillons « fixes » et « portables » pour trois opinions sur les drogues, effets brut, pondéré et résiduel estimés par régression logistique (odds ratios)	153
Tableau 48 - Connaissance d'un usager de produit illicite	171
Tableau 49 - Prévalence d'autres substances illicites au cours de la vie pour les 15-75 ans, les 15-34 ans et les 35-75 ans	176
Tableau 50 - Degré de proximité avec le cannabis	178
Modélisations logistiques de la perception de la dangerosité de quelques produits psychoactifs	179
Modélisations logistiques de quelques opinions relatives à la place des drogues dans la société	180
Modélisations logistiques de quelques opinions relatives aux politiques publiques actuelles ou envisageables concernant les drogues	181

### **Figures**

Figure 1 - Enquêtés classant la drogue parmi leurs deux premiers motifs de préoccupation pour la société française, en % par tranche d'âge	35
Figure 2 - Proportions d'enquêtés connaissant la substitution et la vente de seringues sans ordonnance, par tranches d'âge, en 1999 et en 2001	37
Figure 3 - Estimation de l'expérimentation de cannabis aujourd'hui en France, donnée et proportion	40
Figure 4 - Pourcentage de personnes jugeant que le cannabis est dangereux pour la santé dès l'expérimentation, selon l'âge	54
Figure 5 - Proportion de personnes indiquant un seuil de dangerosité perçue pour l'alcool en nombre de verres par jour	66

Figure 6 - Proportion situant le seuil de dangerosité de l'alcool à partir de quatre verres par jour, selon l'âge	67
Figure 7 - Seuil de dangerosité perçue pour l'alcool en nombre de verres par jour en 1999 et 2002	68
Figure 8 - Fumer du tabac est dangereux dès qu'on essaye, selon l'âge	69
Figure 9 - Seuil de dangerosité perçue pour le tabac en nombre de cigarettes par jour	70
Figure 10 - Seuil de dangerosité perçue pour le tabac en nombre de cigarettes par jour en 1999 et 2002	72
Figure 11 - Produit jugé le plus addictif parmi le tabac, l'alcool et le cannabis selon la taille de l'agglomération de résidence	82
Figure 12 - Produit jugé le plus addictif parmi le tabac, l'alcool et le cannabis selon la PCS du chef de famille	83
Figure 13 - Produit jugé le plus dangereux selon l'âge	87
Figure 14- Opinion sur le fait que l'interdiction de l'usage de cannabis ou de l'héroïne est une atteinte à la liberté individuelle selon l'âge	99
Figure 15 - Opinion sur l'autorisation de la consommation sous certaines conditions selon l'âge	102
Figure 16 - Opinion sur l'obligation de soins en cas d'interpellation pour usage de stupéfiants ou de cannabis selon l'âge	107
Figure 17 - Opinion sur l'obligation de soins en cas d'interpellation pour usage de stupéfiants ou de cannabis selon la consommation de cannabis	108
Figure 18 - Jugements sur l'information à l'école pour l'alcool, le tabac et les autres drogues	115
Figure 19 - Opinions sur l'essai du crack et de l'héroïne et sur l'usage régulier du cannabis, selon la fréquence de consommation du cannabis au cours des 30 derniers jours	141
Figure 21 - Prévalences de l'usage actuel de tabac selon le sexe	166
Figure 20 - Proportion de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans de 1974 à 2002	166
Figures 22 - Prévalences de l'usage actuel de tabac selon l'âge et le sexe	167
Figure 23 - Prévalences de l'usage d'alcool au cours des 7 derniers jours, selon le sexe	168
Figure 24 - Prévalences de l'usage quotidien d'alcool au cours des 7 derniers jours, selon l'âge et le sexe	169

Figure 25 - Nombre d'épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois, selon le sexe	170
Figure 26 - Prévalence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge	170
Figure 27 - Prévalences de l'usage de cannabis selon l'âge	172
Figure 28 - Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les 18-44 ans	173
Figure 29 - Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge	174
Figure 30 - Proposition de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge	175
Figure 31 - Propension à consommer du cannabis selon le sexe et l'âge	175

## **OFDT**

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue La Fayette  
75010 Paris  
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16  
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00  
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :  
<http://www.drogues.gouv.fr>

### **Citation recommandée**

***BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATEL (P.), Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002, Paris, OFDT, 2002, 228p.***

**Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche  
Impression : Imprimerie Pairault-Cassegrain - 18 rue Blaise Pascal - 79 003 NIORT**

---