

## Consommation d'alcool

La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus s'est stabilisée entre 2005 et 2006 après quatre années de baisse. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont néanmoins baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2006. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin.

La consommation excessive d'alcool est responsable d'un excès de morbidité et de mortalité par cancer, hépatopathie, atteinte du système nerveux central ou périphérique, maladie cardiovasculaire. Elle est également responsable d'anomalies du développement chez l'enfant exposé *in utero* (encadré 1). En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancers attribuable à la consommation d'alcool a été estimé à 10,8 % chez les hommes et 4,5 % chez les femmes<sup>1</sup>. En 2005, un peu plus de 20 000 décès sont liés à l'imprégnation alcoolique chronique (cancer des voies aérodigestives supérieures, cirrhose et psychose alcoolique) dont environ un sur cinq concerne les femmes<sup>2</sup>.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la réduction de la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance.

### ■ LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL EST TROIS FOIS MOINS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES

En 2005, dans le baromètre Santé (encadré 2), la consommation régulière d'alcool, c'est-à-dire la déclaration d'au moins trois consommations d'alcool par semaine durant les 12 mois précédant l'enquête, concerne 18,9 % de la population âgée de 18 à 64 ans et trois fois plus les hommes que les femmes (28,6 % contre 9,7 %). Mesurée parmi les 18-75 ans, la consommation quotidienne sur la même période concerne 22,6 % des hommes et 8,0 % des femmes, soit encore un rapport d'environ un à trois. Ces consommations sont rares parmi les jeunes adultes et de plus en plus fréquentes à mesure que l'âge des générations observées s'accroît.

En 2005, 14,6 % des adultes déclarent qu'ils ont été ivres (suivant leur propre appréciation) au moins une fois dans l'année écoulée, les hommes étant trois fois plus nombreux dans ce cas que les femmes (22,4 % contre 7,2 %). L'ivresse alcoolique est plutôt un comportement répandu au sein des jeunes générations, et culmine aux alentours de 25 ans pour les femmes et les hommes, avant de diminuer rapidement avec l'âge, surtout parmi les femmes. Environ une femme sur cinq entre 15 et 25 ans déclare avoir été ivre au cours de l'année écoulée.

La diminution globale de la consommation d'alcool a davantage concerné les femmes que les hommes. Ainsi la consommation quotidienne est passée de 29,2 % en 2000 à 21,4 % en 2005 parmi les hommes âgés de 15 à

75 ans (soit 27 % de diminution relative), tandis qu'elle est passée dans le même temps de 11,7 % à 7,6 % parmi les femmes du même âge (soit 35 % de diminution). En revanche, les taux d'ivresse au cours de l'année restent stables (22,3 % à 22,7 % en 2005 parmi les hommes, 7,4 % à 7,6 % en 2005 parmi les femmes), de même que les taux d'ivresses régulières (3,8 % à 3,3 % parmi les hommes, 0,6 % à 0,5 % parmi les femmes). Enfin, l'usage problématique<sup>3</sup> est stable chez les hommes (14,0 % à 14,3 %) et les femmes (il passe de 9,0 % à 9,7 %). En 2005, 53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes présentent une consommation à risque, c'est-à-dire dont les volumes d'alcool ingérés excèdent les recommandations de l'OMS (22 verres standard ou plus par semaine pour les hommes, 15 pour les femmes) et risquent de mettre leur santé en danger à moyen ou long terme. Plus précisément, 14,7 % des hommes et 2,6 % des femmes sont à risque d'usage chronique ou dépendants<sup>4</sup>.

### ■ L'ÉLEVATION DU NIVEAU DE DIPLÔME ET DE LA CATÉGORIE SOCIALE RAPPROCHE LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL DES HOMMES ET DES FEMMES

Chez les hommes les plus instruits, l'usage régulier d'alcool tend à être un peu plus rare. Il est au contraire beaucoup plus fréquent chez les femmes diplômées (tableau 1). Le statut d'emploi semble avoir une plus grande incidence sur la manière de boire des hommes que sur celle des femmes. Après 25 ans, le

chômage est, pour les hommes plus que pour les femmes, une situation où l'on consomme plus régulièrement – et éventuellement plus souvent jusqu'à l'ivresse – que dans les autres activités et même les autres inactivités (tableau 2).

Au sein des actifs occupés, femmes et hommes, les agriculteurs ont un risque de consommer régulièrement de l'alcool supérieur à celui des ouvriers. Mais tandis que cet effet est restreint aux agriculteurs parmi les hommes, il concerne aussi les artisans, commerçants, chefs d'entreprise ou cadres parmi les femmes (tableau 3). Pour les femmes, la consommation régulière paraît donc moins spécifiquement liée au monde agricole.

L'élévation dans l'échelle sociale se traduit donc globalement par une diminution de la consommation régulière d'alcool pour les hommes et par une augmentation pour les femmes. De fait, plus le niveau d'instruction est élevé ou la catégorie sociale aisée, plus les modes de consommations d'alcool des hommes et des femmes convergent. En effet, les écarts entre hommes et femmes décroissent quand le niveau de diplôme ou la PCS augmentent (tableau 1).

1. Les causes du cancer en France. [www.academie-sciences.fr/publications/rapports/pdf/cancer\\_13\\_09\\_07.pdf](http://www.academie-sciences.fr/publications/rapports/pdf/cancer_13_09_07.pdf)

2. INSERM-CépiDc, [www.cepidc.vesinet.inserm.fr/](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/); L'état de santé de la population en France, indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, DREES, Rapport 2008 à paraître.

3. Estimé par le test DETA (encadré 3).

4. Prévalences estimées avec le test Audit C (encadré 3).

Tableau 1 • Risque de consommation d'alcool par sexe et niveau de diplôme

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
< Bac (référence)	-1-	-1-	5,5 [4,9; 6,1]	-1-	-1-	4,8 [4,3; 5,5]
Bac	0,9	1,3	4,1 [3,5; 4,9]	1,0	1,2	4,1 [3,5; 4,8]
Bac + 2	0,9	1,5	3,8 [3,1; 4,7]	1,0	1,1	4,1 [3,4; 5,0]
Bac + 3/4	1,0	1,9	3,1 [2,5; 3,8]	1,2	1,7	3,2 [2,6; 3,9]
Bac + 5 et au-delà	0,8	1,9	2,7 [2,1; 3,5]	1,0	1,6	3,1 [2,4; 4,0]

\* Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

**Lecture :** (1) Les femmes dont le niveau de diplôme est Bac + 2 déclarent significativement plus souvent une consommation régulière d'alcool que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 1,5). (2) Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent une consommation régulière d'alcool que les femmes à âge égal pour chaque niveau de diplôme défini. Les différences hommes/femmes sont d'autant plus importantes que la valeur de l'OR est élevée. Elles diminuent lorsque le niveau de diplôme croît.

**Champ :** Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

**Sources :** Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risques de consommation d'alcool pour les différentes situations professionnelles selon le sexe

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
<b>18-25 ans</b>						
Actifs occupés (réf.)	-1-	-1-	7,3 [5,4; 9,9]	-1-	-1-	3,6 [3,0; 4,3]
Étudiants	0,6	1,3	4,0 [2,8; 5,7]	1,0	1,4	3,1 [2,6; 3,8]
Chômeurs	0,6	1,2	4,2 [2,6; 6,6]	0,9	0,8	3,1 [2,3; 4,1]
<b>26-54 ans</b>						
Actifs occupés (réf.)	-1-	-1-	4,4 [4,0; 4,8]	-1-	-1-	4,4 [4,0; 4,8]
Chômeurs	1,2	1,2	5,4 [4,5; 6,6]	1,3	1,1	5,6 [4,7; 6,8]
Inactifs	0,9	1,1	3,9 [2,8; 5,4]	0,8	0,7	3,4 [2,3; 5,0]

\* Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

**Lecture :** Voir tableau 1.

**Champ :** 18-25 ans et 26-54 ans hors retraités. France métropolitaine.

**Sources :** Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 3 • Risques de consommation d'alcool par sexe et catégorie socioprofessionnelle

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
<b>PCS (actifs occupés)</b>						
Agriculteurs	1,7	2,1	5,1 [2,9; 8,8]	0,7	1,2	4,2 [1,6; 11,1]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,0	2,1	3,1 [2,1; 4,5]	0,8	1,5	3,5 [2,3; 5,4]
Cadres	0,9	1,8	3,0 [2,4; 3,7]	0,8	1,6	3,2 [2,5; 4,1]
Prof. intermédiaires	0,9	1,3	4,4 [3,6; 5,2]	0,9	1,3	4,3 [3,6; 5,2]
Employés	0,8	1	4,8 [4,0; 5,8]	0,8	1,2	4,1 [3,4; 4,9]
Ouvriers (référence)	-1-	-1-	6,4 [4,6; 8,8]	-1-	-1-	6,2 [4,4; 8,7]

\* Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

**Lecture :** voir tableau 1.

**Champ :** 18-54 ans actifs occupés, France métropolitaine.

**Sources :** Baromètre Santé 2005, INPES.

**CHAMP** • Personnes âgées 12 à 75 ans, francophones, vivant en ménage ordinaire et résidant en France métropolitaine.

**SOURCES** • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514).

**MÉTHODOLOGIE** • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

**CONSTRUCTION DES INDICATEURS** • Il s'agit de déclarations de fréquences de consommation sur les 12 derniers mois. Le test DETA et le test AUDIT-C sont décrits dans Legleye *et al.*, 2007 et Com-Ruelle *et al.*, 2005.

**LIMITES ET BIAIS** • Trois mesures de la TA en une seule occasion. En clinique, le diagnostic d'hypertension artérielle implique l'observation de mesures élevées en plusieurs occasions.

#### RÉFÉRENCES

- Beck F., Guilbert P., 2007, « Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 27-43.
- Legleye S., Beck F., 2007, « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005*, INPES, 112-54.
- Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes? », INSEE, *France portrait social, Regards sur la parité*, février, 65-82.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, série « Méthode », 97 : 8.

## Consommation d'alcool (suite)

Pour le statut face à l'emploi, les résultats sont moins nets (tableau 2). Alors que l'activité professionnelle creuse les écarts entre les sexes parmi les jeunes générations, c'est surtout l'exclusion subie du monde du travail qui marque les écarts parmi les plus âgés, le fait d'être inactif (personne au foyer ou ne cherchant pas d'emploi) réduisant au contraire les écarts.

### ■ L'IVRESSE, UNE PRATIQUE SOCIALE MASCULINE PARTAGÉE PAR LES FEMMES DES MILIEUX LES PLUS FAVORISÉS

L'ivresse alcoolique est plus fréquente chez les femmes titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat que chez les autres, sans qu'on observe de relation similaire parmi les hommes. Pour les moins de 25 ans, elle est principalement associée au statut d'étudiante (et pas d'étudiant). Parmi les actives occupées, elle est également plus fréquente chez les femmes cadres que chez celles d'autres catégories sociales alors que c'est l'inverse parmi les hommes. En conséquence, les écarts de

comportement entre les sexes sont variables suivant les catégories de diplôme ou d'emploi et diminuent avec leur élévation.

Au sein des actifs occupés, les écarts entre les catégories sociales apparaissent relativement réduits pour l'ivresse au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, les artisans, commerçants et les cadres, catégories dont le capital socio-économique est parmi les plus élevés, déclarent pour l'ivresse alcoolique des comportements moins différenciés entre hommes et femmes que les agriculteurs, les employés ou les ouvriers.

Pour ce qui est du statut face à l'emploi, les résultats observés pour l'ivresse sont très proches de ceux observés pour la consommation régulière : au sein des jeunes, les écarts entre les femmes et les hommes sont plus prononcés parmi les actifs occupés, tandis qu'ils sont majorés parmi les chômeurs au sein des générations plus âgées. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •  
OFDT – INPES

### synthèse

*Globalement, 8% des femmes de 18 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool quotidiennement et cette proportion croît avec l'âge (environ 1% des 15-34 ans et 22,9% des 65-75 ans). Les ivresses sont en revanche plus fréquentes chez les jeunes et concernent près d'une femme sur cinq entre 15 et 25 ans au cours de l'année écoulée.*

*Explorer les pratiques d'alcoolisation permet de montrer que le rapport au produit ne se résume à une simple caractéristique liée au sexe. Si l'alcool est plus consommé par les hommes, les écarts entre hommes et femmes peuvent varier suivant l'âge, le niveau d'éducation et le milieu social des personnes.*

*Les modes de consommation apparaissent moins liés au sexe des individus qu'aux rôles sociaux qui modèlent les rapports de genre. Les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, même si elle a beaucoup à gagner en prenant le genre en considération, ne peut faire l'économie d'accorder une place importante aux contextes sociaux de consommation.*

**Alcool et grossesse**

Une consommation d'alcool quotidienne, même très modérée, ou des ivresses épisodiques pendant la grossesse ne sont pas anodines et peuvent entraîner des risques importants pour la grossesse (retards de croissance du fœtus, accouchements prématurés) et pour l'enfant à naître. L'alcool est un toxique extrêmement puissant qui agit sur l'embryon et le fœtus, notamment sur son système nerveux et son cerveau. Dans ces conditions, quel que soit le moment de l'alcoolisation de la femme enceinte, le risque d'atteinte des fonctions cérébrales reste très élevé. Une consommation d'alcool importante pendant les trois premiers mois peut produire des malformations du bébé. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) constitue l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool<sup>1</sup>. Il constitue la 1<sup>re</sup> cause de handicap mental non génétique chez l'enfant.

Dans l'enquête périnatale 1998, près de 4 % des femmes déclaraient avoir consommé au moins un verre d'alcool par jour au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de leur grossesse.

1. *Expertise collective Alcool, effets sur la santé*, INSERM 2001. p. 145.

**Perception du risque lié à l'alcool**

– Du point de vue de la perception du risque lié à la consommation d'alcool, il apparaît dans l'enquête du baromètre Santé (2005) que la norme relative à la consommation masculine apparaît relativement bien connue (pas plus de trois verres par jour), au contraire de celle concernant les femmes (deux verres au maximum).

– La recommandation d'abstinence d'alcool pendant la grossesse apparaît mieux connue en 2007 qu'en 2004 (87 % des enquêtés contre 82 %). En 2007, 30 % estiment que le risque pour le fœtus commence dès le premier verre (contre 25 % en 2004). Pour 27 % des enquêtés en 2007 (22 % en 2004), le risque est équivalent tout au long de la grossesse. Lors des deux vagues, une personne sur deux jugeait que boire de la bière ou du vin pendant la grossesse est aussi dangereux que boire un alcool fort. Si la connaissance du principe d'équivalence entre les différentes boissons alcoolisées n'a pas progressé, la norme sociale en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse semble s'être déplacée vers le « zéro alcool »<sup>1</sup>.

1. Guillemont J., Léon C., 2008, « Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en 3 ans », *Évolutions*, n° 15, juin.

**Les tests AUDIT-C et DETA**

AUDIT-C : plusieurs niveaux de risque pour la santé sont définis en se référant aux recommandations de l'OMS :

– le risque d'alcoolisation excessive ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes). Boire 6 verres ou plus en une même occasion (*binge drinking*) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.

– le risque chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement...) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Des doses de consommation d'alcool très élevées (boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque) laissent soupçonner une alcoolodépendance.

Cependant, le test AUDIT-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette catégorie de buveurs excessifs, il n'en repère d'ailleurs que très peu (1 % à 2 %),

DETA : repérage des usagers à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le test est positif lorsque la personne interrogée répond positivement à au moins deux des quatre questions suivantes :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Ce test porte sur la vie entière. Dans le baromètre Santé 2005, ce test a été adressé aléatoirement à la moitié de l'échantillon.

## Consommation de tabac

En France, le tabagisme serait responsable de plus de 60 000 décès par an et son coût social atteindrait plus de 1 % du produit intérieur brut [Kopp, 2000]. Des études de cohorte montrent qu'environ la moitié des fumeurs réguliers décèdent d'une pathologie directement attribuable au tabac [Doll, 1994; Phillips, 1996] et que la probabilité de dépasser l'âge de 70 ans est moitié moins forte parmi les fumeurs réguliers que parmi les non-fumeurs [Grangé, 1997]. Alors que le taux standardisé de décès par cancer du poumon a diminué entre 1990 et 2005 chez les hommes (-14 %), il a quasiment doublé chez les femmes en l'espace de 15 ans (+81 %) et particulièrement chez celles de moins de 65 ans (+105 %), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin. La prévention du tabagisme est l'une des priorités du plan Cancer. Cette lutte, initiée par la loi Veil (1976), s'appuie sur une hausse des taxes sur les cigarettes, avec de fortes hausses récentes (en 2003-2004), mais aussi sur une restriction des conditions d'achat (vente interdite aux moins de 16 ans), un durcissement des messages préventifs (y compris sur les paquets de cigarettes) et le développement des substituts nicotiniques et des consultations médicales d'aide à l'arrêt. Une attention spéciale – notamment durant leur grossesse – est accordée aux femmes, dont la consommation est maintenant égale à celle des hommes.

### ■ EN 2005, 27 % DES FEMMES DÉCLARENT FUMER RÉGULIÈREMENT OU OCCASIONNELLEMENT

En 2005, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 25 % fument régulièrement et 5 % de façon occasionnelle contre 33 % en 2000, soit une baisse de 10 % de la prévalence du tabagisme en cinq ans (tableau 1). Pour la première fois en 2005, on dénombre presque autant d'anciens fumeurs que de fumeurs. Le tabagisme reste une pratique masculine : 33 % des hommes fument actuellement contre 27 % des femmes (graphique 1).

### ■ DEPUIS 30 ANS, LA FRÉQUENCE DU TABAGISME RESTE STABLE CHEZ LES FEMMES

Chez les hommes, la prévalence du tabagisme a presque été divisée par deux en 30 ans, de près de 60 % dans les années 1970 à 35 % en 2005. Pour les femmes, la tendance est moins nette, avec une apparente stabilité, voire une légère hausse jusqu'au début des années 1990, puis une tendance récente à la baisse (graphique 2).

Pour les femmes en 2005, la prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (11 % de fumeuses, la moitié occasionnelles), puis oscille ensuite entre 35 % et 38 % jusqu'à 45 ans. Entre 46 et 55 ans, 25 % des femmes fument, mais à cet âge les arrêts deviennent plus fréquents (33 %) que le tabagisme lui-même. Au-delà, on observe un fort effet de généra-

tion : le tabagisme était une activité plus masculine encore qu'aujourd'hui (68 % des femmes de 66-75 ans n'ont jamais fumé). Entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme féminin a diminué parmi les 12-15 ans (de 18 % à 11 %), les 16-25 ans (de 44 % à 38 %) et dans une moindre mesure les 26-35 ans (de 42 % à 36 %), mais sans évolution notable pour les plus âgées.

Avant 16 ans, la prévalence du tabagisme est plus faible parmi les hommes que les femmes, mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie, avec une prévalence qui oscille entre 40 et 45 % de 16 à 45 ans (et un maximum de 46 % pour les 26-35 ans), puis décroît ensuite avec l'âge (jusqu'à 12 % à 66-75 ans). Dans la mesure où le tabagisme est depuis longtemps une pratique largement diffusée dans la population masculine, on n'observe pas ici d'effet de génération : la rareté relative du tabagisme des plus âgés ne s'explique donc pas comme pour les femmes par une forte proportion de personnes n'ayant jamais fumé, mais reflète plutôt la fréquence des arrêts. Ainsi, après 55 ans, la majorité des hommes sont d'anciens fumeurs. Entre 2000 et 2005, le tabagisme des hommes a diminué parmi les 12-15 ans (de 11 % à 4 %) et entre 16 et 45 ans, mais cette baisse est de moindre amplitude que parmi les femmes ; enfin, au-delà de 45 ans, le tabagisme masculin ne recule guère. Globalement, entre 2000 et 2005, le recul du tabagisme se

concentre donc sur la population jeune au sein de laquelle il est essentiellement dû au recul de l'expérimentation.

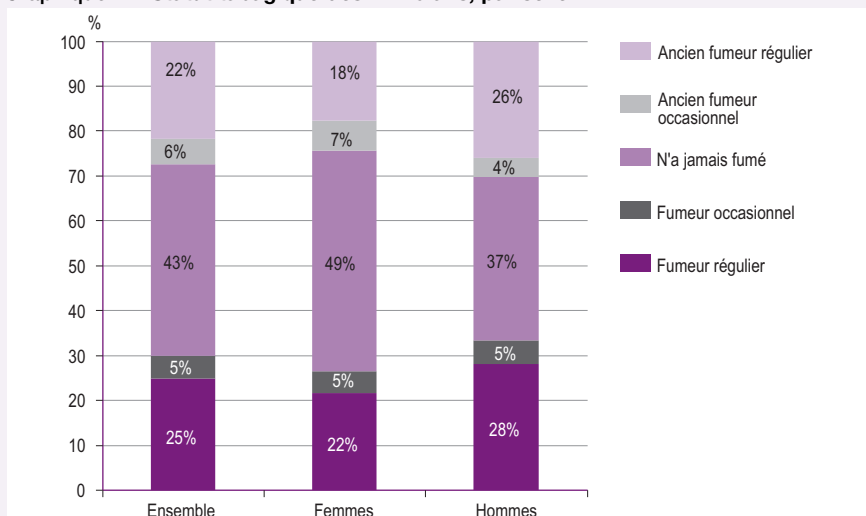
### ■ L'ÂGE À LA 1<sup>re</sup> CIGARETTE ET À L'ENTRÉE DANS UNE CONSOMMATION RÉGULIÈRE DIMINUENT

En un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes. Ainsi, au sein de la cohorte née entre 1930 et 1940, les hommes ont en moyenne fumé leur première cigarette avant 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, contre respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes (graphique 3). Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, et les femmes ont « rattrapé » les hommes : dans la cohorte née en 1980-1985, en moyenne hommes et femmes ont fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans. En outre, le temps écoulé entre la première cigarette et l'entrée dans une consommation régulière tend à diminuer : de cinq à six ans pour la cohorte née en 1930-1940, à deux ans pour celle née en 1980-1985.

### ■ CATÉGORIES AISÉES : TABAGISME MOINS FRÉQUENT, MAIS TOUCHANT ÉGALEMENT LES HOMMES ET LES FEMMES

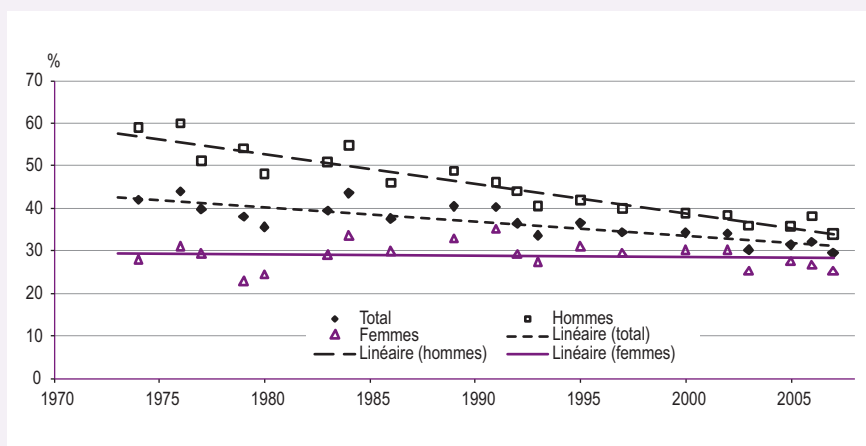
Hommes et femmes sont d'autant moins nombreux à fumer tous les jours qu'ils sont davantage diplômés (tableau 1). Le chômage

Graphique 1 • Statut tabagique des 12-75 ans, par sexe



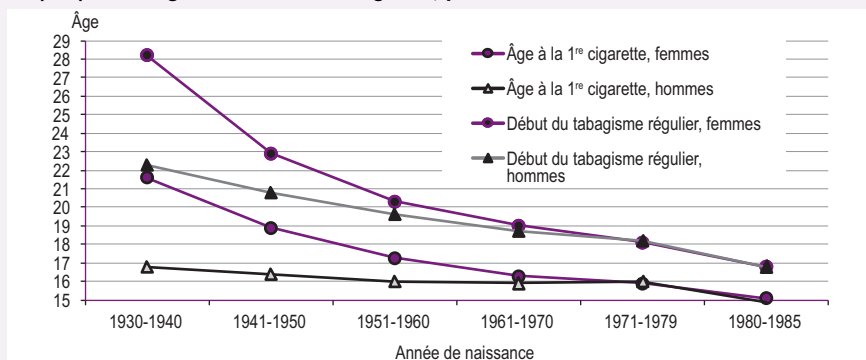
Champ : Personnes âgées de 12-75 ans. France métropolitaine.  
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 2 • Évolution de la proportion de fumeurs (au moment de l'enquête) en France métropolitaine



Champ : Personnes âgées de 18-75 ans. France métropolitaine.  
Sources : Enquêtes téléphoniques du Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu ensuite INPES) et de l'INPES.

Graphique 3 • Âge au début du tabagisme, par sexe et cohorte de naissance



Champ : Personnes âgées de 20-75 ans. France métropolitaine.  
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

**CHAMP** • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins et âgé 12 à 75 ans.

**SOURCES** • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514).

**MÉTHODOLOGIE** • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

**CONSTRUCTION DES INDICATEURS** • Il s'agit de consommations déclarées. Le tabagisme quotidien se définit comme la consommation d'au moins une cigarette par jour au moment de l'enquête.

**LIMITES ET BIAIS** • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

**RÉFÉRENCES** •

- Beck F., Guilbert P., 2007, «Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution», in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES ; 27-43.
- Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L., 2007, «Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé», in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 76-110.
- Beck F., Legleye S., Maillolchon F., de Peretti G., 2008, «Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes?», *France portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, février, 65-82.

**RÉFÉRENCES** •

- Anguis M., Dubeaux D., 1997, *Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac*, INSEE Première, 551.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., 2003, «Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002». Rapport OFDT, 228 p.
- Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I., 1994, «Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors», *British Med J*, 309: 901-11.
- Grangé G., Vayssié C., Borgne A., Ouazana A., L'Huillier J.-P., Valensi P., et al., 2005, «Description of tobacco addiction in pregnant women», *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 120 (2): 146-51.
- Kopp P., Fenoglio P., 2000, *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT.
- Phillips A.N., Wannamethee S.G., Walker M., Thomson A., Smith G.D., 1996, «Life expectancy in men who have never smoked and those who have smoked continuously: 15 years follow up of large cohort of middle aged British men», *British Med J*, 313: 907-8.
- Windham G.-C., Eaton A., Hopkins B., 1999, «Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data», *Paediatr Perinat Epidemiol*, 13 (1): 35-57.

## Consommation de tabac (suite)

est associé pour les femmes comme pour les hommes, à une consommation régulière de tabac plus élevée par rapport aux actifs occupés. En revanche, la catégorie sociale module différemment la consommation de tabac des hommes et des femmes : si les hommes de toutes les catégories sociales présentent des niveaux de consommation inférieurs à ceux des ouvriers, les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise consomment autant que les ouvrières (tableau 1). Parmi les hommes, la part des fumeurs quotidiens est inférieure à celle des ouvriers dans toutes les autres catégories sociales alors que chez les femmes, cette proportion n'est pas différente entre les ouvrières et les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise.

Par conséquent, les écarts entre hommes et femmes apparaissent importants parmi les actifs occupés et surtout les chômeurs au sein des 18-25 ans, alors qu'il est réduit et même

inversé parmi les étudiants (les étudiantes déclarent plus souvent que les étudiants un tabagisme quotidien). Au-delà de 25 ans, l'activité professionnelle rapproche les usages des hommes et des femmes, alors que l'inactivité subie ou non (chômage ou présence au foyer) les creuse (tableau 2).

L'élévation du niveau d'instruction semble jouer de façon similaire sur les comportements de consommation des deux sexes, dans le sens d'une diminution du tabagisme avec le niveau de diplôme.

Globalement, la consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est donc à la fois moins fréquente et moins différenciée entre hommes et femmes alors que celle des catégories sociales les moins favorisées est plus importante et plus masculine. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • OFDT – INPES

### synthèse

*En 2005, 27% des femmes déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement. La prévalence est stable depuis 30 ans.*

*Explorer les pratiques tabagiques permet de montrer que le rapport au produit ne se résume à une simple caractéristique liée au sexe. Si le tabac est plus consommé par les hommes les écarts entre hommes et femmes peuvent varier suivant l'âge, le niveau d'éducation et le milieu social des personnes.*

*Les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, doit prendre en compte tant le genre que les contextes sociaux de consommation. Le tabagisme a nettement baissé ces dernières années, en particulier parmi les jeunes générations. Toutefois, dans la population générale, la consommation des femmes a connu une certaine stabilité.*

Tableau 1 • Risque de tabagisme quotidien par sexe, niveau de diplôme et PCS

	Hommes OR	Femmes OR	Ratio de genre* OR [IC 95 %]
<b>Suivant le niveau d'études</b>			
< Bac (référence)	-1-	-1-	<b>1,5</b> [1,4 ; 1,7]
Bac	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,3</b> [1,2 ; 1,5]
Bac + 2	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>1,4</b> [1,2 ; 1,7]
Bac + 3/4	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,4</b> [1,2 ; 1,7]
Bac + 5 et au-delà	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>1,8</b> [1,4 ; 2,2]
<b>Suivant la profession et catégorie sociale (PCS)</b>			
Agriculteurs	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>3,7</b> [1,5 ; 8,9]
Artisans, commerçants	<b>0,8</b>	1,1	1,1 [0,9 ; 1,5]
Cadres	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	1,1 [0,9 ; 1,4]
Professions intermédiaires	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b> [1,3 ; 1,8]
Employés	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b> [1,1 ; 1,5]
Ouvriers (référence)	-1-	-1-	<b>1,5</b> [1,3 ; 1,9]

\* Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie.

En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald).

Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

**Lecture :**

(1) Les femmes dont le niveau de diplôme est Bac + 2 déclarent significativement fumer quotidiennement moins souvent que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 0,7).

(2) Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent fumer quotidiennement du tabac que les femmes à âge égal pour chaque niveau de diplôme défini.

Les différences hommes/femmes ne varient pas de façon significative avec le niveau de diplôme.

**Champ :** Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

**Sources :** Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risque de tabagisme quotidien par sexe pour les différentes situations professionnelles

	Consommation régulière		
	Hommes OR	Femmes OR	Ratio de genre* OR [IC 95 %]
<b>18-25 ans</b>			
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	<b>1,9</b> [1,6 2,3]
Étudiants	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b> [0,6 0,9]
Chômeurs	1,3	1,2	<b>2,4</b> [1,8 3,2]
<b>26-54 ans</b>			
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	<b>1,3</b> [1,2 1,4]
Chômeurs	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b> [2,2 3,1]
Inactifs	<b>2</b>	1,1	<b>2,6</b> [2,0 3,5]

Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie.

En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Note de lecture : voir tableau 1.

**Champ :** 18-25 ans et 26-54 ans, hors retraités.

**Sources :** Baromètre Santé 2005, INPES. France métropolitaine.

### encadré 1 Tabac et grossesse

Les femmes enceintes qui continuent à fumer sont caractérisées par un niveau psychosocial plus défavorisé et une vie solitaire plus fréquente. Leur dépendance est forte et leur perception du risque fœtal plus faible [Grangé G., 2005]. Si la grossesse permet souvent un abandon au moins momentané de son propre tabagisme, il n'est pas un évènement suffisant pour protéger la femme de l'exposition au tabagisme passif. Toutes les études sur le tabagisme passif chez la femme enceinte montrent une réduction du poids de naissance et ceci de façon indépendante de l'âge gestationnel, c'est-à-dire à la prématurité [Windham G.-C., 1999].

### encadré 2 Perception du risque lié au tabac

En 2002, près des trois quarts des personnes interrogées dans l'enquête sur les Représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) jugeaient que le tabac est dangereux dès qu'on en fume tous les jours une certaine quantité (10 cigarettes en moyenne par jour, 10,2 selon les hommes, 9,9 selon les femmes) [Beck F., 2003]. 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). Contrairement au 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). La quantité quotidienne moyenne jugée dangereuse a également baissé entre 1999 et 2002, passant de 11,4 cigarettes pour les hommes comme les femmes en 1999, 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% contre 28,3% en 1999,  $p < 0,001$ ).

## Consommation de cannabis

Les niveaux d'usage de cannabis au cours de l'année des jeunes Européens (âgés d'environ 18-35 ans suivant les pays) varient de 3 % en Grèce à 22 % en République Tchèque. La France, la République Tchèque, l'Espagne, le Royaume-Uni et Chypre sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés au sein de l'Europe. Aux États-Unis, le niveau était de l'ordre de 20 % en 2001 parmi les 18-34 ans. Diffusé rapidement en France entre 1990 et 2000, le cannabis a suscité une attention croissante des pouvoirs publics en termes de répression du trafic et de l'usage mais aussi de soins, avec l'ouverture de consultations spécialisées à destination des jeunes consommateurs.

### ■ UNE CONSOMMATION MOINS DIFFÉRENCIÉE ENTRE HOMMES ET FEMMES POUR LE CANNABIS QUE POUR LES AUTRES PRODUITS

En 2005, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus consommée en France, avec 30,6 % d'expérimentateurs de 15 à 64 ans (23,5 % des femmes et 37,9 % des hommes) contre moins de 4 % pour les autres produits psychoactifs illicites (tableau 1). Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, au point que les proportions d'usages au cours de l'année deviennent rapidement négligeables au-delà de 50 ans.

Parmi les 15-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,8 % (2,5 % des femmes et 7,3 % des hommes), ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations. Ainsi, 12,7 % des 15-24 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois (7,8 % des femmes contre 17,1 % des hommes), 7,5 % en sont usagers réguliers

(4,4 % contre 10,4 %) et 3,6 % usagers quotidiens (2,0 % contre 5,0 %). L'expérimentation et la consommation au cours des 12 derniers mois de toutes les drogues illicites concernent davantage les hommes que les femmes, même si les écarts sont moins importants pour le cannabis (à l'exception des usages au cours des 12 derniers mois d'amphétamines, d'héroïne, et de crack, qui se situent à des niveaux proches de zéro).

### ■ UN PRODUIT DONT LA DIFFUSION SEMBLE EN VOIE D'ACHÈVEMENT

Globalement, entre 2000 et 2005, la consommation régulière a connu une augmentation significative passant de 1,7 % à 2,8 % parmi les 15-64 ans, de 2,6 % à 4,3 % pour les hommes et de 0,8 % à 1,3 % pour les femmes. La hausse relative est ainsi proche de 63 % pour chaque sexe. Toutefois, les dernières enquêtes auprès des adolescents, traditionnellement très consommateurs, montrent une diminution importante de l'expérimentation et des usages réguliers.

### ■ L'ÉLEVATION DE LA CATÉGORIE D'EMPLOI CONTRIBUE À RAPPROCHER LES COMPORTEMENTS DES HOMMES ET DES FEMMES

Les usages varient fortement avec le sexe et l'âge, mais également suivant la situation face à l'emploi et le niveau d'étude. Chez les femmes avant 25 ans, l'usage de cannabis au cours de l'année est un peu plus fréquent parmi les étudiants que les actifs, occupés ou non ; après 25 ans, il est au contraire plus fréquent parmi les chômeurs (tableau 2). Au sein des actifs occupés, les catégories sociales se distinguent peu par leur propension à avoir usé de cannabis au cours de l'année, même si

celle-ci est un peu plus forte pour les femmes artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise, et un peu moins pour les hommes, chez les employés (tableau 3). L'élévation du niveau d'instruction scolaire va dans le sens d'une consommation plus répandue de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les femmes comme chez les hommes mais les résultats sont moins nets (tableau 4).

Ainsi, les écarts entre les femmes et les hommes concernant la consommation de cannabis dans l'année s'avèrent relativement indépendants de la situation face à l'emploi parmi les jeunes de 18-25 ans. Au-delà, ils apparaissent très marqués parmi les chômeurs. De plus, ces écarts diminuent globalement avec l'élévation du niveau d'instruction scolaire et, parmi les actifs occupés, ils varient assez peu suivant la catégorie sociale (tableau 3).

### ■ LES OUVRIERS SONT LES PLUS CONCERNÉS PAR LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE

L'image est quelque peu différente si l'on observe l'usage régulier. Ainsi, les étudiants n'apparaissent plus surconsommateurs relativement aux actifs occupés du même âge, tandis que l'élévation du niveau d'usage parmi les chômeurs se voit largement confirmé, en particulier parmi les hommes (tableau 2). Parmi les actifs occupés, la catégorie sociale apparaît encore peu jouer sur les niveaux d'usage, même si parmi les hommes, les cadres s'avèrent nettement sous-consommateurs comparés aux ouvriers. Enfin, il existe une relation négative liant le niveau de diplôme à l'usage. En effet, les plus diplômés ont un usage sensiblement inférieur aux personnes n'ayant pas le baccalauréat, surtout chez les hommes

#### Perception du risque lié au cannabis

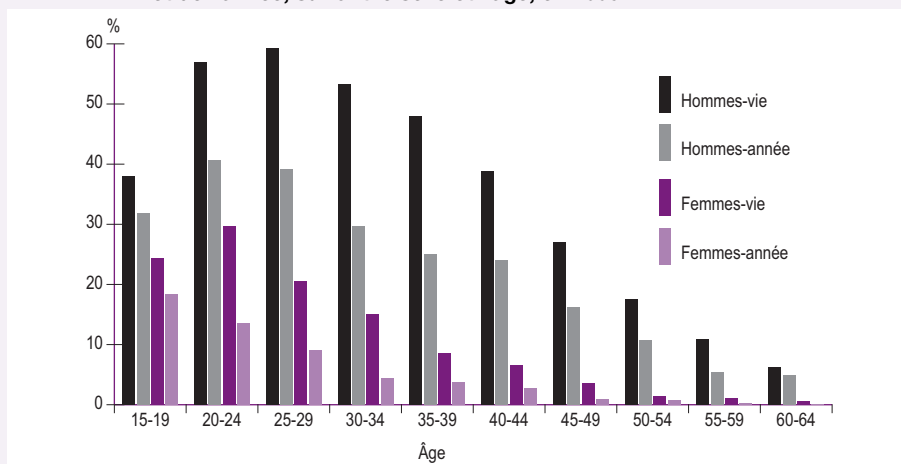
En 2002, l'enquête EROPP (7) avait montré que 50,8 % des enquêtés jugeaient le cannabis dangereux dès la première consommation, contre 4,8 % pour l'alcool et 24,9 % pour le tabac. Les femmes sont plus souvent de cet avis que les hommes (58,3 % contre 43,1 %). Sur cette question, le fait d'avoir déjà fumé du cannabis est très discriminant : la différence entre les sexes est due aux réponses des personnes qui n'avaient jamais fumé de cannabis au cours de leur vie : parmi elles, 67 % des femmes jugeaient 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. La tendance est la même concernant les consommations plus récentes : 65 % des hommes qui avaient fumé du cannabis au cours de l'année pensaient qu'il est dangereux d'en fumer tous les jours, contre 75 % des femmes (différence non significative).

Tableau 1 • Niveaux d'usage et de proposition par produits parmi les 15-64 ans

	Expérimentation (usage au cours de la vie) en %		Usage au cours des 12 derniers mois en %	
		Sex ratio		Sex ratio
Cannabis	30,6	1,6***	8,6	2,2***
Poppers	3,9	2,7***	0,6	2,7***
Champignons hallucinogènes	2,7	4,0***	0,3	3,8***
Cocaïne	2,6	2,6***	0,6	2,9***
Ecstasy	2,0	2,9***	0,5	3,2***
Produits à inhaler	1,7	2,3***	0,2	1,9*
LSD	1,5	3,1***	0,1	4,2***
Amphétamines	1,4	1,9***	0,2	2,1*
Héroïne	0,8	2,8***	0,1	1,7 ns
Crack	0,3	1,9**	0,1	1,3 ns

**Note:** Le sex ratio est défini comme le rapport des proportions d'expérimentateurs des femmes et des hommes.  
 \*, \*\*, \*\*\* et ns signalent respectivement une différence significative entre femmes et hommes pour le test du Chi<sup>2</sup> au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significative.  
**Champ:** Personnes âgées de 15-64 ans. France métropolitaine.  
**Sources:** Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 1 • Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge, en 2005



**Champ:** Personnes âgées de 15-64 ans. France métropolitaine.  
**Sources:** Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risque\* de consommation de cannabis pour les différentes situations professionnelles et selon le sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	OR	Ratio de genre	IC 95%	OR	OR	Ratio de genre	IC 95%
Agriculteurs	0,6	0,5	3,6	[0,5; 28,9]	0,5	3,9	0,9	[0,1; 9,0]
Artisans, commerçants	1,3	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	[1,0; 2,8]	0,9	3,1	1,7	[0,7; 4,2]
Cadres	1,2	1,3	<b>2,5</b>	[1,8; 3,6]	<b>0,6</b>	1,8	<b>2,1</b>	[1,0; 4,2]
Prof. intermédiaires	1,1	1,1	<b>2,9</b>	[2,2; 3,7]	0,9	1	<b>5,5</b>	[3,1; 9,6]
Employés	<b>0,7</b>	0,9	<b>2,4</b>	[1,8; 3,2]	0,7	1,2	<b>3,3</b>	[2,0; 5,5]
Ouvriers	<b>-1-</b>	<b>-1-</b>	<b>2,8</b>	[1,8; 4,3]	<b>-1-</b>	<b>-1-</b>	<b>5,8</b>	[2,1; 16,0]

\* Le ratio de genre est l'OR associé au genre masculin (par rapport au genre féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.  
**Lecture:** voir tableau 4.  
**Champ:** 18-25 ans et 26-54 ans hors retraités. France métropolitaine.  
**Sources:** Baromètre Santé 2005, INPES.

## Consommation de cannabis (suite)

(tableau 4). Ainsi, les personnes dont le parcours scolaire est le plus long semblent donc, plus souvent que les autres, goûter épisodiquement au cannabis, mais ils s'engagent plus rarement dans des consommations fréquentes. Ceci pourrait résulter à la fois d'une valorisation des expériences et d'une attention supérieure portée à la santé et au corps. Ces variations diffèrent toutefois légèrement suivant le sexe. Plus le niveau de diplôme est

élevé et moins se trouvent des usagers réguliers parmi les hommes, alors que ce n'est pas le cas parmi les femmes.

Globalement, malgré des différences observées selon le sexe, les usages masculins et féminins tendent à converger avec l'élévation du niveau social ou de diplôme. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •  
OFDT - INPES

### synthèse

*Le cannabis est la première substance psychoactive consommée en France. Son usage est masculin, mais davantage féminisé que celui de l'alcool. En 2005, dans l'enquête baromètre Santé, 23,5% des femmes âgées de 15 à 64 ans déclarent avoir expérimenté l'usage de cannabis au cours de leur vie et 2,5% déclarent en avoir consommé dans le mois précédent.*

*Il existe d'importantes variations de niveaux d'usage suivant l'âge et le sexe, mais également le milieu social. Les femmes occupant des positions sociales élevées (identifiées par le niveau de diplôme ou la profession et catégorie sociale) ont tendance à consommer plus que les autres, alors que cet effet est moins sensible parmi les hommes. De plus, entre 18 et 25 ans, poursuivre ses études au-delà du baccalauréat – relativement à l'exercice d'une activité professionnelle – reste associé à un usage de cannabis plus fréquent pour les femmes, alors que ce n'est pas le cas parmi les hommes. En revanche, le chômage reste, pour les femmes comme pour les hommes, une situation fortement liée à une consommation de cannabis plus fréquente. Les femmes ont généralement une perception accrue des dangers du cannabis, mais cet écart entre les sexes s'estompe à niveau d'usage identique.*

Tableau 3 • Risque\* de consommation régulière de cannabis associé par PCS parmi les actifs occupés, par sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	OR	Ratio de genre	IC 95 %	OR	OR	Ratio de genre	IC 95 %
Agriculteurs	0,6	0,5	3,6	[0,5 ; 28,9]	0,5	3,9	0,9	[0,1 ; 9,0]
Artisans, commerçants	1,3	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	[1,0 ; 2,8]	0,9	3,1	1,7	[0,7 ; 4,2]
Cadres	1,2	1,3	<b>2,5</b>	[1,8 ; 3,6]	<b>0,6</b>	1,8	<b>2,1</b>	[1,0 ; 4,2]
Prof. intermédiaires	1,1	1,1	<b>2,9</b>	[2,2 ; 3,7]	0,9	1	<b>5,5</b>	[3,1 ; 9,6]
Employés	<b>0,7</b>	0,9	<b>2,4</b>	[1,8 ; 3,2]	0,7	1,2	<b>3,3</b>	[2,0 ; 5,5]
Ouvriers	<b>-1-</b>	<b>-1-</b>	<b>2,8</b>	[1,8 ; 4,3]	-1-	-1-	<b>5,8</b>	[2,1 ; 16,0]

\* Le ratio de genre est l'OR associé au sexe masculin (par rapport au genre féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture : voir tableau 4.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 4 • Risque\* de consommation de cannabis associé au niveau d'éducation, par sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	OR	Ratio de genre	IC 95 %	OR	OR	Ratio de genre	IC 95 %
<Bac (référence)	-1-	-1-	<b>3,0</b>	[2,6 ; 3,6]	-1-	-1-	<b>5,1</b>	[3,8 ; 7,0]
Bac	1,0	<b>1,3</b>	<b>2,3</b>	[1,9 ; 2,9]	<b>0,7</b>	1,4	<b>2,3</b>	[1,7 ; 3,2]
Bac + 2	1,0	1,1	2,7	[2,1 ; 3,5]	<b>0,6</b>	1,1	<b>2,9</b>	[1,8 ; 4,6]
Bac + 3/4	<b>1,5</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	[2,0 ; 3,2]	<b>0,7</b>	1,2	<b>3,0</b>	[1,7 ; 5,0]
Bac + 5 et au-delà	<b>1,3</b>	1,4	<b>2,9</b>	[2,0 ; 4,1]	<b>0,5</b>	0,7	<b>3,9</b>	[1,6 ; 9,4]

\* Le ratio de genre est l'OR associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture :

– Les femmes dont le niveau d'éducation est Bac + 3/4 déclarent significativement plus souvent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 1,8).

– Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent que les femmes consommer du cannabis, à âge égal pour chaque niveau d'éducation défini. Les différences hommes/femmes sont d'autant plus importantes que la valeur de l'OR est élevée. Elles ont tendance à être plus importantes parmi les non diplômés.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

**CHAMP** • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé 12 à 75 ans.

**SOURCES** • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30514).

**MÉTHODOLOGIE** • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

**CONSTRUCTION DES INDICATEURS** • Il s'agit de déclarations de consommations à des questions portant sur la vie, l'année et les trente derniers jours précédant l'enquête. L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des 30 derniers jours.

**LIMITES ET BIAIS** • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

**RÉFÉRENCES** •

- Beck F., Guilbert P., 2007, « Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 27-43.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007, « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 168-221.
- Beck F., Legleye S., Maillachon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes ? », *France portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, février, 65-82.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., « Drogues », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., 2007, *Baromètre Santé 2005*, INPES.
- Beck F., Legleye S., Maillachon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes ? », *France Portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, 65-82, février.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., « Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002 », *Rapport OFDT*, 228 p.
- Legleye S., Choquet M., Spilka S., Hassler C., Le Nézet O., « Les usages de drogues des élèves de 16 ans en France en 2007, premiers résultats de l'enquête ESPAD », *Tendances*, OFDT, 4 p.
- Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), 2005, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Lisbonne, EMCDDA, 108.
- Obradovic I., 2006, « Premier bilan des "consultations cannabis" », *Tendances*, OFDT, 50 : 1-5.
- Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), 2002, « Summary of findings from the 2001 national household survey on drug abuse », Rockville, MD : Office of applied studies.

## Usages « problématiques » de drogues

En France, la question des addictions est généralement traitée sans prendre en compte la dimension de genre. Ainsi, la population des femmes usagères de drogues (UD) illicites est mal connue<sup>1</sup>. Et pourtant, ces femmes s'exposent à de nombreux risques sanitaires [Vidal-Trécan, 1998] et sociaux. Dans la littérature internationale, en revanche, les publications relatives aux femmes UD sont plus nombreuses. Cette population y est souvent appréhendée à travers la consommation de crack ; elle y est décrite comme particulièrement précaire et marquée par un cumul de handicaps sociaux et psychologiques. Nous présentons ici des données françaises issues des deux volets épidémiologique et socio-anthropologique de l'enquête Coquelicot menée par l'InVS entre 2004 et 2007 [Jaufret-Roustide, 2006 et 2008]. Dans ces volets, il est demandé aux femmes usagères de drogues illicites de s'exprimer sur leurs trajectoires de vie, leur état de santé, leurs consommations de produits et leurs prises de risques liées à l'usage de drogues et à la sexualité.

### ■ DES TRAJECTOIRES DE VIE CHAOTIQUES POUR DES FEMMES AYANT QUITTÉ TÔT LE DOMICILE PARENTAL

Dans le volet épidémiologique, 1 461 usagers de drogues illicites ont été inclus, dont 26 % de femmes (N = 336) et 74 % d'hommes (N = 1 125). Leur âge moyen est respectivement de 34,5 ans et 35,6 ans. Dans le volet socio-anthropologique, 87 entretiens ont été réalisés auprès de 30 femmes et 57 hommes.

Les trajectoires des femmes usagères de drogues illicites sont souvent chaotiques, scandées par des ruptures de vie dès l'enfance. À l'âge de 16 ans, un tiers d'entre elles ne vivaient déjà plus dans leur famille (tableau 1). Depuis leur majorité, 58 % des femmes usagères de drogues illicites ont déjà dormi dans la rue au moins une fois en raison de l'absence de domicile personnel. Les résultats de l'étude qualitative montrent que durant l'enfance et l'adolescence, les femmes interrogées sont fréquemment victimes de violences verbales ou physiques ainsi que d'abus sexuels au sein de la famille. L'entrée dans la consommation de drogues est d'ailleurs présentée comme un moyen de fuir les violences au sein de la sphère familiale. L'éloignement de la famille se confond souvent avec l'initiation à la sexualité et aux drogues et marque le point de départ d'une dépendance au conjoint pour l'approvisionnement en produits.

Au moment de l'enquête, seules 17 % des femmes usagères de drogues illicites ont un niveau d'études supérieur et la majorité est exclue du monde du travail (75 % d'entre elles ne travaillent pas) à l'instar des hommes usagers. 60 % ne vivent pas seules et 47 % se déclarent en couple. Dans les entretiens, les

femmes décrivent fréquemment une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint, et en particulier pour l'achat de produits psychoactifs. Cette confusion des rôles entre dealer et partenaire sexuel peut alors être vécue comme la cause d'une escalade dans la consommation puis d'un enfermement dans la dépendance. Cet accès privilégié aux produits par le biais du conjoint peut toutefois constituer un facteur de protection des femmes vis-à-vis des autres conduites délictueuses (vols, deal) plus souvent observées chez les hommes. D'ailleurs, elles ont moins souvent connu un épisode d'incarcération que les hommes dans la vie (39 % contre 69 %).

### ■ DES PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

Concernant les problèmes de santé rencontrés au cours des six derniers mois, si les niveaux d'appréciation de leur état de santé sont similaires entre femmes et hommes (plus de 50 % d'entre eux estiment que leur état de santé est plutôt bon et 10 % très bon), certains troubles sont plus fréquemment rapportés par les femmes. Ainsi, les femmes déclarent plus souvent des gonflements des mains et des pieds (29 %) et des troubles oculaires (40 %) (tableau 2). Les autres problèmes de santé rencontrés par les femmes, dans des proportions similaires aux hommes, sont les problèmes dentaires (52 %), des troubles psychologiques (50 %), des abcès (17 %), de l'épilepsie (10 %) et des IST (10 %).

La prévalence biologique du VIH est de 16 % chez les femmes, 56 % sont séropositives pour le VHC. Les femmes UD ont un excellent niveau de dépistage dans la vie tant pour le VIH (99 %) que pour le VHC (98 %) (tableau 2).

Globalement, comme dans la population générale, ces résultats montrent que les femmes semblent plus à l'écoute de leurs symptômes et adoptent plus fréquemment des attitudes préventives que les hommes. Deux hypothèses peuvent éclairer le meilleur niveau de dépistage dans la vie : soit les femmes prennent globalement plus soin de leur santé que les hommes, soit elles s'exposent plus au risque et ont donc plus de raisons « objectives » d'avoir recours au dépistage.

### ■ UNE SURCONSOMMATION FÉMININE DE CRACK, SULFATES DE MORPHINE ET DE SOLVANTS

Concernant les produits consommés dans le dernier mois, les femmes ont un rapport similaire aux hommes vis-à-vis de la cocaïne (27 %), l'héroïne (24 %) et l'ecstasy (16 %). Elles se distinguent des hommes par une consommation plus importante de crack/*free base* (42 %), de sulfates de morphine (20 %) et de solvants (3 %) ; à l'inverse par une moindre consommation d'alcool de manière quotidienne (21 %), d'amphétamines (3 %), d'hallucinogènes (1 %) et de stimulants (0,4 %) (tableau 3).

Les femmes ont moins recours que les hommes à l'injection dans la vie (59 % contre 74 %). Le recours à l'injection dans le dernier

1. Le rapport aux drogues peut être envisagé autour de la question de l'expérimentation dans la vie ou de l'usage actuel. Dans le cadre de l'usage actuel peuvent également être distingués l'usage occasionnel et l'usage régulier. Dans cette fiche, nous nous intéressons aux femmes qui ont un usage problématique de produits autres que le tabac, l'alcool, les médicaments ou le cannabis.

Dans les tableaux suivants ne sont présentées que les données pour lesquelles il existe des différences significatives ( $p < 0,05$ ) entre les femmes et les hommes.

Tableau 1 • Caractéristiques sociodémographiques

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Vit en couple	334	<b>47,0</b>	1 120	22,9	0,000
A des enfants	336	<b>60,5</b>	1 120	46,7	0,03
Vit seul	317	<b>38,4</b>	1 085	60,0	0,006
Antécédent d'incarcération	336	<b>39,3</b>	1 122	68,7	0,000
Ressources (allocations)	329	<b>15,4</b>	1 102	2,3	0,003
Pension alimentaire	329	<b>1,3</b>	1 102	0	0,000
Vit chez un membre famille à 16 ans	336	<b>71,7</b>	1 125	82,5	0,05

\* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

\*\* Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

**Champ :** Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

**Sources :** Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

Tableau 2 • État de santé et dépistage VIH et VHC

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Gonflements mains/pieds six derniers mois	336	<b>28,6</b>	1 125	15,6	0,008
Troubles oculaires six derniers mois	336	<b>40,1</b>	1 125	26,1	0,04
Dépistage VIH dans la vie	333	<b>99,2</b>	1 120	94,1	0,000
Dépistage VHC dans la vie	323	<b>98,2</b>	1 092	89,1	0,000
Dépistage VIH et VHC dans la vie	321	<b>98,2</b>	1 089	88,2	0,000

\* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

\*\* Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

**Champ :** Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France

**Sources :** Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

Tableau 3 • Consommations de produits psychoactifs et pratiques à risque

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Injection dans la vie	336	<b>59,2</b>	1 123	73,9	<0,020
Consommation de crack (dernier mois)	336	<b>41,8</b>	1 125	25,3	0,020
Consommation de sulfates morphine (dernier mois)	336	<b>20,4</b>	1 125	10,2	0,010
Consommation de solvants (dernier mois)	336	<b>2,5</b>	1 125	0,3	0,000
Consommation de stimulants (dernier mois)	336	<b>0,4</b>	1 125	4,1	0,000
Consommation d'amphétamines (dernier mois)	336	<b>2,9</b>	1 125	7,9	0,001
Consommation d'hallucinogènes (dernier mois)	336	<b>0,9</b>	1 125	4,5	0,005
Consommation quotidienne d'alcool	336	<b>20,8</b>	1 125	29,2	0,020
Partage de seringue (dernier mois)	77	<b>25,4</b>	309	10,6	0,020
Partage de récipient, cuiller	75	<b>22,2</b>	291	5,5	0,000
Partage de filtre	74	<b>26,2</b>	291	4,2	0,030
Don de seringue usagée à un ami	75	<b>18,3</b>	290	4,5	0,010
Injection avec seringue d'un ami	74	<b>0,6</b>	293	3,2	0,030

\* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

\*\* Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

**Champ :** Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

**Sources :** Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

## Usages « problématiques » de drogues (suite)

mois est rapporté pour 40 % d'entre elles, de manière similaire aux hommes. Parmi les UD qui ont eu recours à l'injection dans le dernier mois, les femmes sont plus nombreuses à s'engager dans des prises de risques liées à l'injection. Un quart d'entre elles déclarent avoir partagé leur seringue dans le dernier mois (tableau 4). La pratique de partage du petit matériel concerne 56 % des femmes de manière globale. Le volet qualitatif fait apparaître que les pratiques de partage du matériel lié à la consommation de drogues (seringue, cuillère, filtre) chez les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple. Les femmes étant plus dépendantes des autres usagers de drogues et en particulier de leur conjoint pour l'obtention de produit, la possibilité de consommer est étroitement liée aux occasions offertes par les autres consommateurs. Cette absence de maîtrise des circonstances de l'acte de consommer constitue un frein pour avoir à sa disposition du matériel d'injection stérile et favorise ainsi l'exposition au risque vis-à-vis du VIH et des hépatites. L'importance du partage du filtre chez les femmes symbolise ce manque d'autonomie, les filtres abandonnés par les autres UD étant un moyen de consommer des résidus de produit de manière économique.

### ■ UNE VULNÉRABILITÉ IMPORTANTE FACE AU RISQUE SEXUEL

Les figures de partenaire sexuel et de fournisseur principal de produits se confondent souvent pour les femmes usagères de drogues. La proportion de femmes déclarant avoir des partenaires occasionnels dans les six derniers mois est équivalente à celle des hommes. En revanche, leurs partenaires sont plus souvent usagers de drogues (81 % pour les femmes contre 54 % pour les hommes). Dans le cadre

des relations avec un partenaire occasionnel, 39 % des femmes n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (tableau 4). Le volet qualitatif met en évidence que les relations sexuelles des femmes usagères se déroulent souvent dans un contexte de contrainte. Les rapports sexuels au sein du couple peuvent être négociés en échange de produits. Pour certaines femmes, l'effet désinhibiteur des drogues est invoqué comme une justification de l'acceptation de la contrainte et permet d'atténuer un éventuel sentiment de culpabilité à accepter certaines formes de sexualité. Le recours à la prostitution (considéré comme avoir eu des rapports sexuels contre des drogues ou de l'argent) concerne un tiers des femmes dans les six derniers mois (tableau 4).

### ■ UNE FORTE EXPOSITION AUX RISQUES DUE À LA CONSOMMATION DE PRODUITS ET À LA SEXUALITÉ

La confrontation des données épidémiologiques et socio-anthropologiques issues de l'enquête Coquelicot met en évidence que les femmes usagères de drogues sont dans une situation de double fragilité dans la sphère de la consommation de produits et de la sexualité. Elles peuvent être qualifiées de « vulnérables parmi les vulnérables » face aux risques infectieux (particulièrement du VIH et des hépatites).

Les résultats nationaux issus de l'enquête Coquelicot sont comparables aux niveaux de précarité sociale et de prises de risques liées aux drogues présents dans les dispositifs d'observation nationaux auprès des populations ayant un usage problématique de drogues tels que TREND ou RECAP de l'OFDT. Les données Coquelicot sont également confortées dans leur complexité par la littérature internationale qui met en évidence la dépendance des femmes usagères vis-à-vis de leur conjoint [Hser, 1987] qui est souvent le détenteur du produit, l'initiateur aux drogues et à l'injection [Krahl, 1999] et leur forte exposition au risque de partage du matériel lié à l'injection en raison de leur manque d'autonomie quant au choix des circonstances de consommation. La littérature internationale met également en exergue la contrainte sexuelle à laquelle ces femmes sont soumises [Rosenbaum, 1981]. La prévention auprès de ces femmes est complexe et doit pouvoir prendre en compte les déterminants biologiques, comportementaux et sociaux des prises de risques et proposer des approches à la fois individuelles et communautaires [Latka, 2003]. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

### synthèse

*Les données issues de l'enquête Coquelicot entre 2004 et 2007 montrent que les femmes UD ont des trajectoires de vie particulièrement chaotiques et ont été fréquemment victimes de violences durant l'enfance et l'adolescence. C'est dans ce contexte qu'elles s'initient aux drogues par le biais de rencontres amoureuses et se situent ensuite dans une relation de dépendance au conjoint. Elles consomment plus fréquemment du crack/free base et adoptent plus de comportements à risques vis-à-vis de l'injection. Elles sont souvent soumises à la contrainte sexuelle et à la prostitution. Ces femmes UD sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC liée au contexte de leur consommation de drogues et de leur sexualité.*

Tableau 4 • Sexualité et prises de risque

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Relations sexuelles 6 derniers mois	336	<b>89,2</b>	1 125	74,9	0,000
Partenaire occasionnel UD	77	<b>80,9</b>	283	58,3	0,03
Sexualité contre drogues	77	<b>32,1</b>	283	2,1	0,000
Sexualité contre argent	77	<b>72,5</b>	283	3,2	0,000
Prostitution	336	<b>29,2</b>	1 125	1,0	0,000

\* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

\*\* Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

**Champ :** Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

**Sources :** Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

**CHAMP** • Usage problématique de drogues illicites (hors cannabis) chez les femmes.

**SOURCES** • Enquête ANRS-Coquelicot. Cette enquête comporte un volet séro-épidémiologique réalisé fin 2004 par l'InVS en collaboration avec l'INED et le CNR du VIH de Tours, et un volet socio-anthropologique réalisé par l'InVS en collaboration avec le CESAMES (CNRS-INSERM-Paris V) entre 2005 et 2007. Pour le volet épidémiologique, la population a été recrutée dans des dispositifs de prise en charge et de réduction des risques et chez des médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans cinq villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille). Il s'agit d'une enquête transversale avec plan de sondage. Un questionnaire sociocomportemental (N = 1462) était réalisé auprès des UD par des enquêteurs extérieurs aux dispositifs et l'UD procédait à un autoprélèvement de sang au doigt pour l'obtention de données de séroprévalence du VIH et du VHC. Dans le volet qualitatif, les UD étaient recrutés hors structure au moment de l'enquête pour les trois quarts d'entre eux. Des entretiens semi-directifs (N = 87) et des observations ethnographiques ont été effectués.

**LIMITES D'INTERPRÉTATION** • L'enquête épidémiologique ne porte pas sur les populations d'UD dites cachées (ne fréquentant pas les dispositifs de prévention et de prise en charge). Pas de couverture nationale.

#### RÉFÉRENCES •

- Hser Y., Anglin M., Booth M., 1987, «Sex differences in addict careers. 3. Addiction», *Am J. Drug Alcohol Abuse*, 13 : 231-51.
- Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., *et al*, 2008, «Trajectoires de vie et prises de risques liées à l'usage de drogues et à la sexualité chez les femmes usagères de drogues», Étude ANRS-Coquelicot, *Medecine Science*.
- Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Le Strat Y., Couturier E., Mouglin C., Emmanuelli J., Desenclos J.-C., 2009, «Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France», *InVS, Bull Epidemiol Hebd*, 10-11, mars.
- Jauffret-Roustide M., Emmanuelli J., Quaglia M., Arduin P., Laporte A., Desenclos J.-C., 2006, «Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data», *The ANRS-Coquelicot Study, Substance Use and Misuse*, vol. 41, 10-12 : 1603-22.
- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C. *et al*, 2006, «Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France», étude InVS-ANRS Coquelicot-2004, *Bull Epidemiol Hebd*, 33 : 244-7.
- Jauffret-Roustide M., 2006, «Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues», *Bull Epidemiol Hebd*, 2/3 : 21-3.
- Krahl A.H., Blumenthal R.N., Erringer E.A., Lorvick J., Edlin B.R., 1999, «Risk factors among IDUs who give injections to or receive injections from other drug users», *Addiction*, 94 : 675-83
- Latka M., 2003, «Drug using women need comprehensive sexual risk reduction interventions», *Clin Infect Dis*, 37 (suppl 5) : S445-450.
- Rosenbaum M., 1981, «Women on heroin», *New Brunswick*, NJ, Rutgers University Press.
- Vidal-Trécan G., Coste J., Coeuret M., Delamare N., Varescon Pousson I., Boissonas A., 1998, «Les comportements à risques des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC?», *Rev Epidemiol Santé Publ.*, 46 : 193-204.

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.