

RÉPERTOIRE DES SOURCES STATISTIQUES

Édition 2018

Dernière mise à jour : novembre 2018

Sommaire

TABAC

| | |
|--|-----------|
| Baromètre santé - tabac | 13 |
| Organisation et financement | 13 |
| Objectifs | 13 |
| Méthodologie | 13 |
| Observations..... | 16 |
| Synthèse | 16 |
| Pour en savoir plus..... | 16 |
| Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - tabac | 17 |
| Organisation et financement | 17 |
| Objectifs | 17 |
| Méthodologie | 17 |
| Observations..... | 19 |
| Synthèse | 20 |
| Pour en savoir plus..... | 20 |
| Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) - tabac | 21 |
| Organisation et financement | 21 |
| Objectifs | 21 |
| Méthodologie | 21 |
| Observations..... | 24 |
| Synthèse | 24 |
| Pour en savoir plus..... | 24 |
| European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - tabac | 25 |
| Organisation et financement | 25 |
| Objectifs | 25 |
| Méthodologie | 25 |
| Observations..... | 27 |
| Synthèse | 28 |
| Pour en savoir plus..... | 28 |
| Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - tabac | 29 |
| Organisation et financement | 29 |
| Objectifs | 29 |
| Méthodologie | 29 |
| Observations..... | 31 |
| Synthèse | 32 |
| Pour en savoir plus..... | 32 |
| Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - tabac | 33 |
| Organisation et financement | 33 |
| Objectifs | 33 |
| Méthodologie | 33 |

| | |
|---|-----------|
| Observations..... | 36 |
| Synthèse | 36 |
| Pour en savoir plus..... | 37 |
| Ventes de tabac | 38 |
| Organisation et financement | 38 |
| Objectifs | 38 |
| Méthodologie | 38 |
| Observations..... | 40 |
| Synthèse | 40 |
| Pour en savoir plus..... | 41 |
| Ventes de substituts nicotiniques..... | 42 |
| Organisation et financement | 42 |
| Objectifs | 42 |
| Méthodologie | 42 |
| Observations..... | 43 |
| Synthèse | 44 |
| Pour en savoir plus..... | 44 |
| Consultation de dépendance tabagique (CDT net) – informatisation des consultations de tabacologie..... | 45 |
| Organisation et financement | 45 |
| Objectifs | 45 |
| Méthodologie | 45 |
| Observations..... | 48 |
| Synthèse | 48 |
| Pour en savoir plus..... | 48 |
| Baromètre santé médecins-pharmaciens - tabac..... | 49 |
| Organisation et financement | 49 |
| Objectifs | 49 |
| Méthodologie | 49 |
| Observations..... | 52 |
| Synthèse | 52 |
| Pour en savoir plus..... | 52 |
| Saisies de la douane - tabac..... | 53 |
| Organisation et financement | 53 |
| Objectifs | 53 |
| Méthodologie | 53 |
| Observations..... | 55 |
| Synthèse | 55 |
| Pour en savoir plus..... | 55 |
| Tableau de bord mensuel tabac..... | 56 |
| Organisation et financement | 56 |
| Objectifs | 56 |
| Méthodologie | 56 |
| Observations..... | 58 |
| Synthèse | 58 |
| Pour en savoir plus..... | 59 |
| Tabac info service (TIS)..... | 60 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| Organisation et financement | 60 |
| Objectifs | 60 |
| Méthodologie | 60 |
| Observations..... | 62 |
| Synthèse | 63 |
| Pour en savoir plus..... | 63 |

ALCOOL

| | |
|---|-----------|
| Baromètre santé - alcool..... | 65 |
| Objectifs | 65 |
| Méthodologie | 65 |
| Observations..... | 67 |
| Synthèse | 68 |
| Pour en savoir plus..... | 68 |
| Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - alcool..... | 69 |
| Organisation et financement | 69 |
| Objectifs | 69 |
| Méthodologie | 69 |
| Observations..... | 71 |
| Synthèse | 72 |
| Pour en savoir plus..... | 72 |
| Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) - alcool | 73 |
| Organisation et financement | 73 |
| Objectifs | 73 |
| Méthodologie | 73 |
| Observations..... | 76 |
| Synthèse | 76 |
| Pour en savoir plus..... | 76 |
| European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - alcool..... | 77 |
| Organisation et financement | 77 |
| Objectifs | 77 |
| Méthodologie | 77 |
| Observations..... | 80 |
| Synthèse | 80 |
| Pour en savoir plus..... | 80 |
| Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - alcool | 81 |
| Organisation et financement | 81 |
| Objectifs | 81 |
| Méthodologie | 81 |
| Observations..... | 83 |
| Synthèse | 84 |
| Pour en savoir plus..... | 84 |
| Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - alcool | 85 |
| Organisation et financement | 85 |

| | |
|---|------------|
| Objectifs | 85 |
| Méthodologie | 85 |
| Observations..... | 88 |
| Synthèse | 88 |
| Pour en savoir plus..... | 89 |
| Ventes d'alcool | 90 |
| Organisation et financement | 90 |
| Objectifs | 90 |
| Méthodologie | 90 |
| Observations..... | 92 |
| Synthèse | 92 |
| Pour en savoir plus..... | 92 |
| Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) - alcool et drogues illicites..... | 93 |
| Organisation et financement | 93 |
| Objectifs | 93 |
| Méthodologie | 93 |
| Observations..... | 95 |
| Synthèse | 96 |
| Rapport d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) | 97 |
| Organisation et financement | 97 |
| Objectifs | 97 |
| Méthodologie | 97 |
| Observations..... | 99 |
| Synthèse | 99 |
| Pour en savoir plus..... | 100 |
| Baromètre santé médecins-pharmaciens - alcool | 101 |
| Organisation et financement | 101 |
| Objectifs | 101 |
| Méthodologie | 101 |
| Observations..... | 104 |
| Synthèse | 104 |
| Pour en savoir plus..... | 104 |
| Ivresses publiques et manifestes | 105 |
| Organisation et financement | 105 |
| Objectifs | 105 |
| Méthodologie | 105 |
| Observations..... | 107 |
| Synthèse | 107 |
| Fichier des infractions au code de la route (et des contrôles de l'imprégnation alcoolique) | 108 |
| Organisation et financement | 108 |
| Objectifs | 108 |
| Méthodologie | 108 |
| Observations..... | 110 |
| Synthèse | 110 |

| | |
|--|------------|
| Pour en savoir plus..... | 110 |
| Fichier national des accidents corporels de la circulation routière - alcool. | 111 |
| Organisation et financement | 111 |
| Objectifs | 111 |
| Méthodologie | 111 |
| Observations..... | 113 |
| Synthèse | 114 |
| Pour en savoir plus..... | 114 |
| Casier judiciaire national (CJN) - alcool..... | 115 |
| Organisation et financement | 115 |
| Objectifs | 115 |
| Méthodologie | 115 |
| Observations..... | 117 |
| Synthèse | 118 |
| Pour en savoir plus..... | 118 |

DROGUES ILLICITES

| | |
|--|------------|
| Baromètre santé - drogues illicites..... | 120 |
| Organisation et financement | 120 |
| Objectifs | 120 |
| Méthodologie | 120 |
| Observations..... | 122 |
| Synthèse | 123 |
| Pour en savoir plus..... | 123 |
| Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - drogues illicites | 124 |
| Organisation et financement | 124 |
| Objectifs | 124 |
| Méthodologie | 124 |
| Observations..... | 126 |
| Synthèse | 126 |
| Pour en savoir plus..... | 127 |
| European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - drogues illicites..... | 128 |
| Organisation et financement | 128 |
| Objectifs | 128 |
| Méthodologie | 128 |
| Observations..... | 131 |
| Synthèse | 131 |
| Pour en savoir plus..... | 131 |
| Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - drogues illicites | 132 |
| Organisation et financement | 132 |
| Objectifs | 132 |
| Méthodologie | 132 |

| | |
|---|------------|
| Observations..... | 134 |
| Synthèse | 135 |
| Pour en savoir plus..... | 135 |
| Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - drogues illicites | 136 |
| | |
| Organisation et financement | 136 |
| Objectifs | 136 |
| Méthodologie | 136 |
| Observations..... | 139 |
| Synthèse | 139 |
| Pour en savoir plus..... | 139 |
| Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution (SIAMOIS) | 140 |
| Organisation et financement | 140 |
| Objectifs | 140 |
| Méthodologie | 140 |
| Observations..... | 142 |
| Synthèse | 143 |
| Registre national des causes de décès - drogues illicites..... | 144 |
| Organisation et financement | 144 |
| Objectifs | 144 |
| Méthodologie | 144 |
| Observations..... | 147 |
| Synthèse | 147 |
| Pour en savoir plus..... | 148 |
| Système de surveillance du Sida en France | 149 |
| Organisation et financement | 149 |
| Objectifs | 149 |
| Méthodologie | 149 |
| Observations..... | 151 |
| Synthèse | 152 |
| Pour en savoir plus..... | 152 |
| Système de surveillance du VIH en France..... | 153 |
| Organisation et financement | 153 |
| Objectifs | 153 |
| Méthodologie | 153 |
| Observations..... | 156 |
| Synthèse | 156 |
| Pour en savoir plus..... | 156 |
| Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) | 157 |
| | |
| Organisation et financement | 157 |
| Objectifs | 157 |
| Méthodologie | 157 |
| Observations..... | 160 |
| Synthèse | 160 |
| Pour en savoir plus..... | 160 |

| | |
|--|------------|
| Baromètre santé médecins-pharmaciens - drogues illicites | 161 |
| Organisation et financement | 161 |
| Objectifs | 161 |
| Méthodologie | 161 |
| Observations..... | 164 |
| Synthèse | 164 |
| Pour en savoir plus..... | 165 |
| Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM) | 166 |
| Organisation et financement | 166 |
| Objectifs | 166 |
| Méthodologie | 166 |
| Observations..... | 168 |
| Synthèse | 168 |
| Pour en savoir plus..... | 169 |
| Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (ENa-CAARUD) | 170 |
| Organisation et financement | 170 |
| Objectifs | 170 |
| Méthodologie | 170 |
| Observations..... | 172 |
| Synthèse | 172 |
| Pour en savoir plus..... | 173 |
| Enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (ANRS-Coquelicot)..... | 174 |
| Organisation et financement | 174 |
| Objectifs | 174 |
| Méthodologie | 174 |
| Observations..... | 176 |
| Synthèse | 176 |
| Fichier des infractions au code de la route (et des contrôles de l'usage de stupéfiants)..... | 177 |
| Organisation et financement | 177 |
| Objectifs | 177 |
| Méthodologie | 177 |
| Observations..... | 179 |
| Synthèse | 179 |
| Pour en savoir plus..... | 179 |
| Fichier national des accidents corporels de la circulation routière - drogues illicites | 180 |
| Organisation et financement | 180 |
| Objectifs | 180 |
| Méthodologie | 180 |
| Observations..... | 182 |
| Synthèse | 183 |
| Pour en savoir plus..... | 183 |
| Casier judiciaire national (CJN) - drogues illicites | 184 |

| | |
|---|------------|
| Organisation et financement | 184 |
| Objectifs | 184 |
| Méthodologie | 184 |
| Observations..... | 186 |
| Synthèse | 187 |
| Pour en savoir plus..... | 187 |
| Statistique mensuelle de la population carcérale..... | 188 |
| Organisation et financement | 188 |
| Objectifs | 188 |
| Méthodologie | 188 |
| Observations..... | 190 |
| Synthèse | 190 |
| Pour en savoir plus..... | 190 |
| Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES).. | 191 |
| Organisation et financement | 191 |
| Objectifs | 191 |
| Méthodologie | 192 |
| Observations..... | 194 |
| Synthèse | 194 |
| Pour en savoir plus..... | 194 |
| Réseau des sites du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) | 195 |
| Organisation et financement | 195 |
| Objectifs | 195 |
| Méthodologie | 195 |
| Observations..... | 197 |
| Synthèse | 198 |
| Pour en savoir plus..... | 198 |

GUIDE DE LECTURE

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Institution qui met en œuvre ou réalise l'étude ou le recueil des données

Responsable

Personne responsable de l'étude ou de la statistique et organisme de rattachement

Financement et collaboration

Organismes qui, outre le maître d'œuvre, apportent un financement ou une collaboration de leur personnel

Objectifs

Sont précisés les différents objectifs auxquels répondent les études ou les fichiers statistiques considérés

Méthodologie

Périodicité

Cadrage temporel des données ; les données sont soit continues, soit ponctuelles, soit périodiques (dans ce cas on indique la périodicité semestrielle, annuelle, quinquennale...)

Dates d'observation

Date de la première (et dernière) observation pour les sources continues et périodiques, et années d'enquête ou d'observation pour les sources ponctuelles

Approche

Se réfère au type d'approche privilégié ; il s'agit essentiellement de données quantitatives, plus rarement qualitatives (recueillies sous forme d'entretiens ou d'observations)

Unité statistique

Il s'agit de personnes, de choses, de faits, etc., pour chacun desquels un document est établi ou qui fait l'objet d'un enregistrement dans la base de données (individu, établissement, recours, incarcération, fait constaté...)

Champ d'observation

Population d'étude et critères d'inclusion des unités statistiques observées et enregistrées par la source

Méthode d'échantillonnage

Méthode statistique utilisée pour la sélection de la population observée (exhaustif ? représentatif de quoi ?...)

Durée d'observation

Période en jours, mois ou années pendant laquelle les données ont été recueillies

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Description des phénomènes à l'origine d'une couverture incomplète par la source des unités potentiellement observables (raisons pour lesquelles certaines des unités potentiellement observables n'ont pas été observées)

Champ géographique

Couverture géographique de la source : France entière (DOM, TOM compris ou non), France métropolitaine, Europe, académies, etc.

Découpage géographique possible

Le découpage géographique le plus fin (département, région, etc.) même si les données ne sont pas publiées (la base de données permet ce découpage)

Champ toxicologique

Spécification du type de produits (licites ou illicites) considérés par la source

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Définitions retenues pour définir le phénomène étudié ou nomenclatures se rapportant au phénomène lorsqu'aucune définition n'a été établie ou les « indicateurs » utilisés dans la présentation des résultats

Nombre d'unités statistiques observées

Au cours de la dernière enquête pour les enquêtes périodiques, au cours du dernier exercice pour les systèmes d'observation pratiquant le recueil des données en continu

Taux de couverture

Rapport exprimé en % entre l'effectif des unités statistiques enregistrées (ayant répondu) et la totalité des unités statistiques de l'échantillon ("observables")

Recueil de données

Intermédiaire par lequel les données sont recueillies (enquêteur, médecin, officier de police judiciaire...) ou autre précision sur le mode de collecte des données

Données recueillies

Informations enregistrées au moment du recueil des données et généralement intégrées à la base de données. Il s'agit des données existantes à l'origine et non de celles publiées. Seules les variables les plus significatives sont présentées dans la fiche, les autres sont regroupées par catégories ; Sont distinguées :

- Données/questions spécifiques au produit étudié : (...)

- Autres données/questions : (...)

Qualité et fiabilité des données

Évaluation globale des données, indication des méthodes employées pour améliorer la qualité des données et informations sur la représentativité des résultats (taux de non-réponses selon les variables)

Délai de diffusion des résultats

Délai écoulé entre la clôture du recueil ou de l'enregistrement des données et la disponibilité ou publication des premiers résultats

Principal mode de diffusion des résultats

Forme sous laquelle les données sont habituellement diffusées et donc accessibles (rapport, article, site Internet...)

Bibliographie

Références des principales publications présentant les résultats de la source, limitées aux dernières en cas de bibliographie importante

Observations

Remarques additionnelles concernant la source : potentialités, limites, originalité, comparabilité avec d'autres sources...

Synthèse

Rapide synthèse (non exhaustive) des principaux résultats de la source, les informations complémentaires devant être recherchées dans les rapports ou articles indiqués en bibliographie

Pour en savoir plus

Lien vers le site Internet du maître d'œuvre et/ou vers le rapport en ligne et/ou le questionnaire, lorsque celui-ci est disponible

TABAC

Enquête en population générale adulte

Baromètre santé - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12 Rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Ministère de la Santé)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Objectifs

Objectifs généraux

- étudier les principaux comportements, attitudes, perceptions liés à l'état de santé des personnes interrogées

- suivre les évolutions des comportements de santé

- examiner l'impact des politiques de prévention par une mise en regard des évolutions observées et des programmes de santé publique (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation, etc.)

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale âgée de 12 à 75 ans (de 1992 à 2005), de 15 à 85 ans en 2010, de 15 à 75 ans en 2014 et 2016, et de 18-75 ans en 2017

Méthode d'échantillonnage

Sondage aléatoire à 2 degrés sur ligne fixe : ménage puis individu

Sondage aléatoire simple sur ligne mobile : utilisateur du numéro

Durée d'observation

4 mois (de 1992 à 2005), 6 à 8 mois depuis 2010

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les personnes n'ayant aucun téléphone (ni fixe, ni portable) au moment de l'enquête ou possédant uniquement un numéro en 08 et 09 ne peuvent être interrogées.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool, produits illicites (cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne), cigarette électronique

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac et la cigarette électronique :

- fumeur/vapoteur actuel : toute personne qui déclare fumer/vapoter (utiliser une cigarette électronique), ne serait-ce de temps en temps
- fumeur/vapoteur occasionnel : personne qui déclare fumer moins d'une cigarette par jour / vapoter moins d'une fois par jour
- fumeur/vapoteur régulier : personne qui déclare fumer au moins une cigarette/vapoter au moins une fois par jour
- les chiffres relatifs aux quantités consommées prennent en compte la consommation de cigarettes manufacturées et roulées mais aussi de pipes (équivalent à 5 cigarettes) et de cigares et cigarillos (équivalent à 2 cigarettes).

Nombre d'unités statistiques observées

25 319 individus en 2017

Taux de couverture

Taux de participation : 41 % pour les téléphones fixes et 39,4 % pour les mobiles

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone

Données recueillies

Questions spécifiques au tabac :

- niveau de consommation du tabac, produit fumé, quantités consommées
- arrêt du tabagisme (arrêt effectif, désir d'arrêt, tentatives)
- tabagisme passif

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale, situation professionnelle
- consommations : alcool, produits illicites
- modalités d'usage de la cigarette électronique
- caractéristiques relatives à la santé (variable selon l'année) : vaccinations, santé mentale, sentiment d'information, Internet et santé, douleur, santé bucco-dentaire...

Qualité et fiabilité des données

Bonne :

- le recueil des données par téléphone assisté par le système Cati permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie
- les taux de non-réponses par variable sont très faibles : nuls sur les consommations de drogues au cours de la vie et des 12 derniers mois et moins de 1 % sur les types de produits consommés.

Délai de diffusion des résultats

n + 12 à 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Articles

Bibliographie

- Pasquereau A. et al, « Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, Santé publique France, n°12 - 30 mai 2017, pp.214-222.
- Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre santé (2018), « La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 14-15, p. 265-273

Observations

Le questionnaire est partiellement modifié à chaque exercice en fonction des centres d'intérêt définis à chaque renouvellement de l'enquête, mais un noyau dur de questions reste permanent à des fins comparatives.

Synthèse

En 2017, 31,9 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer, 35,2 % des hommes et 28,7 % des femmes. La consommation quotidienne de tabac s'élevait à 26,9 % parmi les 18-75 ans, 29,8 % parmi les hommes et 24,2 % parmi les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,9%. Les ex-fumeurs représentaient quant à eux 31,1 % des 18-75 ans et les personnes n'ayant jamais fumé 37,1 %.

Après une stabilité observée entre 2010 et 2016, une baisse significative de la prévalence du tabagisme de 3,2 points (- 9 %) a été observée parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes. Cette baisse représente environ 1,4 million de fumeurs adultes en moins. La prévalence du tabagisme quotidien a diminué quant à elle de 2,5 points (- 8 %) parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, diminution observée chez les hommes et les femmes. La part des personnes n'ayant jamais fumé était quant à elle en augmentation (de 34,3 % à 37,1 %). Enfin, la part d'ex-fumeurs était stable par rapport à 2016.

En 2017, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14,2 et les femmes 12,2. Cette quantité apparaît en très légère baisse par rapport au niveau de consommation de 2010 (13,8 cigarettes).

[Extrait de Pasquereau A. et al (2018) « La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*]

Pour en savoir plus

Article « [La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017](#) »

Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Institut GfK-ISL

Objectifs

- Appréhender les attitudes, représentations, opinions et perceptions des Français relatifs aux substances psychoactives, à leur usage et aux politiques publiques mises en œuvre dans ce cadre
- Mesurer leurs évolutions au fil du temps

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1999, 2002, 2008, 2012

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale des 15-75 ans

Méthode d'échantillonnage

Enquête téléphonique (ITAO ou CATI)

Exercice 1999 et 2002 : Tirage de ménages, tirage d'un individu de 15-75 ans au sein du ménage par la méthode des quotas. Les critères retenus pour les

quotas sont le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la région et la catégorie d'agglomération.

Exercice 2008 et 2012 : Sondage aléatoire avec deux échantillons représentatifs, un concernant les personnes ayant une ligne fixe, l'autre ne possédant qu'un téléphone mobile. Échantillonnage des téléphones fixes par sondage à deux degrés avec tirage du ménage par la méthode d'incrémentation puis sélection de l'individu interrogé par la méthode KISH. Échantillonnage des téléphones mobiles par génération de numéros aléatoires respectant les parts de marché des principaux opérateurs.

Durée d'observation

3 semaines en 1999 et 2002, 9 semaines en 2008 et en 2012

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

En 1999 et 2002 : ménages sur liste rouge, non francophones ou n'ayant pas le téléphone fixe. Une enquête complémentaire « portable exclusif » permet de limiter partiellement ces biais.

En 2008 et 2012 : ménages non francophones.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

5 zones UDA (Région parisienne, Nord-ouest, Nord-est, Sud-ouest, Sud-est)

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- statut tabagique actuel (fumez-vous, ne serait-ce de temps en temps ?)
- nombre moyen de cigarettes fumées par jour (moins d'une par jour, une ou deux par jour, entre 3 et 9 par jour, entre 10 et 19 par jour, 20 par jour ou plus)

Nombre d'unités statistiques observées

2 500 individus (dont 300 individus possesseurs exclusifs d'un portable) en 2012

Taux de couverture

La méthode de sondage utilisée implique que la structure de l'échantillon ne se trouve pas déformée par les non-réponses. Un redressement a néanmoins été opéré afin d'ajuster les poids de chaque individu aux marges théoriques par un algorithme itératif (calage sur marge). En 2012, les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les dernières données du recensement de l'INSEE sur les variables suivantes : sexe, tranche d'âge, région, catégorie

socioprofessionnelle, nombre de personnes au foyer, équipement téléphonique et type d'habitat.

Recueil de données

Entretien téléphonique

Données recueillies

Questions spécifiques au tabac :

- perceptions de la dangerosité des produits, notamment du tabac en fonction de la quantité fumée, de la durée du tabagisme, de l'exposition à la fumée d'autrui...
- réactions à certaines opinions courantes sur le tabac
- niveaux de consommation du tabac

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, profession et statut d'activité - de la personne interviewée et du chef de famille -, diplôme, situation familiale) et question générale d'attitude (motifs de préoccupation pour la société)
- consommations et opinions sur les autres substances

Nombreuses questions relatives aux opinions vis-à-vis des consommateurs de cannabis, de cocaïne et d'héroïne et des politiques publiques les concernant.

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 12 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Costes J.M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », Tendances n°71, 2010, 6 p.
- Tovar M.L., Le Nézet O., Bastianic T., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », Tendances n°88, 2013, 6 p.

Observations

Synthèse

Le tabac est perçu comme dangereux dès la première utilisation par une minorité de Français (41 %, stable par rapport à 2008). Ils sont 47 % à le penser quand il s'agit d'usage quotidien, soit 3 points de plus qu'en 2008. Un quart de la population française considère que fumer régulièrement n'est pas dangereux pour la santé et qu'il est possible de fumer sans risque sur une période de 10,1 ans en moyenne (et même 14,6 ans chez les fumeurs). La quantité au-delà de laquelle la consommation de tabac est jugée néfaste s'établit à 10 cigarettes par jour.

Le tabac est perçu comme le produit dont il est le plus difficile de se passer quand on a commencé pour 37 % des Français, presque autant que pour le cannabis (38 %).

L'interdiction de vente aux mineurs, adoptée en 2009 par la loi dite HPST (Hôpital, patients, santé et territoires), est très majoritairement approuvée et plus encore qu'en 2008 (période à laquelle la vente n'était restreinte qu'avant 16 ans) : 90 % sont d'accord avec cette loi contre 72 % en 2008. Une extension de cette interdiction aux majeurs est soutenue par 41 % des Français contre un tiers en 2008. Par ailleurs, comme en 2008, plus de la moitié (52 %) juge que ce produit entraîne plus de problèmes pour la société que l'usage des drogues illicites et fumer, même très peu, pendant la grossesse est très mal accepté (10 %).

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°88](#)

Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Responsable

Thierry Rochereau (maître de recherche)

Nicolas Célant (attaché de recherche)

IRDES, 117 bis rue Manin, 75019 PARIS

Financement et collaboration

Département statistique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Collaboration technique : Départements statistiques de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du Régime social des indépendants (RSI)

Collaboration pour la conception : CNAM-TS, RSI, MSA, FNMF, DREES, InVS, INED, INSERM, DARES, EFS et CNSA

Institut GFK-ISL

Objectifs

- Décrire et analyser les liens entre état de santé, accès aux services de santé, accès à l'assurance publique et privée et statut économique et social
- Suivi longitudinal de ces données (le même échantillon est interrogé plusieurs années après)

Méthodologie

Périodicité

Annuelle de 1988 à 1998 - puis Bisannuelle

Dates d'observation

1988-1998, 2000-2014

Approche

Quantitative

Unité statistique

Ménage et individu membre du ménage

Champ d'observation

Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine comportant au moins un assuré social (de plus de 18 ans) des régimes généraux, des professions agricoles et des professions indépendantes

Méthode d'échantillonnage

Base de sondage : fichiers de l'Assurance maladie (Échantillon généraliste de bénéficiaires).

Extraction au 1/2 231^{ème} des assurés

Quatre échantillons tirés, deux principaux (panel) et deux de réserve pour sur-échantillonnage (par exemple, des ménages couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)).

Durée d'observation

Échantillon interrogé en deux vagues (au printemps puis à l'automne)

Caractère longitudinal : le protocole de tirage permet la ré-interrogation des mêmes individus (assurés présents dans la base de sondage), ils sont sollicités tous les 4 ans (soit 1 enquête sur 2). L'échantillon a été entièrement renouvelé en 2010, avec l'adoption de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Échantillon représentatif des ménages dont un membre au moins est couvert par l'Assurance maladie (l'échantillon des bénéficiaires ESPS 2014 représente plus de 92 % de la population des bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire).

Sont exclus les ménages collectifs, les ménages domiciliés dans les DOM-TOM et les ménages ne disposant pas d'un lieu de résidence.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Tabac, cigarette électronique, alcool

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- fumeurs actuels : « Fumez-vous du tabac ? » (tous les jours, occasionnellement, pas du tout) et si oui tous les jours, la consommation journalière de cigarettes (manufacturées ou roulées), de cigares/cigarillos, narguilé/chicha et de tabac à pipe
- anciens fumeurs réguliers : « Avez-vous déjà fumé quotidiennement ou presque, pendant au moins 1 an ? »

Pour la cigarette électronique :

- vapoteurs actuels : « Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ? » (tous les jours, occasionnellement, non).

Nombre d'unités statistiques observées

22 519 individus en 2014

Taux de couverture

Taux d'acceptation de 64 % en 2014 (sur l'ensemble des personnes contactées), pourcentage un peu inférieur par rapport à 2008, 2010 et 2012

Recueil de données

Le questionnaire principal est réalisé par téléphone (pour les assurés dont le numéro a pu être trouvé) ou par déplacement d'enquêteur (pour les autres). Les autres questionnaires sont auto-administrés (ils sont envoyés immédiatement après le premier contact téléphonique). Un nouvel appel permet de préciser comment les remplir.

Deux autres appels permettent enfin de finir le questionnaire principal et de contrôler des réponses incohérentes ou réponses manquantes car les premières informations ont été analysées entre temps.

Lorsque l'interview est réalisée en face à face, 2 visites sont nécessaires pour remplir le questionnaire principal, présenter les questionnaires auto-administrés et poser des questions complémentaires.

Données recueillies

Questions spécifiques au tabac:

- statut tabagique
- quantité et type de produit consommés
- usage de la cigarette électronique (vapotage)

Autres questions :

- modes de protection maladie
- état de santé perçu, morbidité déclarée
- caractéristiques socio-économiques
- conditions de vie
- consommation d'alcool

Qualité et fiabilité des données

Entre deux contacts (par téléphone ou en face à face), des médecins et autres professionnels de santé vérifient la cohérence et pertinence des premières réponses et formulent les questions complémentaires qui seront posées à l'assuré.

Au vu des niveaux de prévalence du tabagisme actuel obtenus chez les jeunes, on peut suspecter une sous-déclaration des consommations si l'interview a lieu en présence des parents.

Délai de diffusion des résultats

n + 2 ans

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport, articles

Bibliographie

- Dourgnon P., Guillaume S. et Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », Rapport IRDES n°553, juillet 2012.
- Célant N., Guillaume S. et Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Rapport IRDES n°556, juin 2014.
- Célant N., Rochereau T., « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », Rapport IRDES n°566, octobre 2017.

Observations

La courte périodicité de cette enquête permet d'être réactif et d'aborder des questions d'actualité (par exemple : évaluation de la couverture maladie universelle). Un panel de ménages a été constitué et les mêmes enquêtés sont contactés tous les 4 ans (suivi longitudinal des membres de la cohorte possible (moins les pertes : décès, refus...)).

Cette enquête permet également de croiser, pour la plupart des enquêtés, les informations déclarées aux consommations présentées au remboursement des caisses de Sécurité sociale.

Synthèse

28,2 % des individus interrogés sont fumeurs (22,4 % quotidiens)

Pour en savoir plus

[Rapport ESPS 2014](#)

Questionnaires ESPS

<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires.html>

Enquête en population générale – jeunes

European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka – OFDT – 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Groupe ESPAD

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Ministère de l'Éducation nationale

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1999, 2003, 2007, 2011, 2015

(La France n'a pas participé à l'enquête de 1995, les données de l'enquête nationale de 1993 servent de point de référence : Choquet M., Ledoux S., Adolescents, enquête nationale. Analyse et perspective, Paris, INSERM, 1994)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population scolaire de l'enseignement secondaire (public et privé)

Depuis 2011, un échantillon de jeunes élèves âgés de 16 ans (nés en 1999 pour l'enquête 2015) est sélectionné pour répondre aux exigences du protocole européen et un autre est tiré pour couvrir l'ensemble des élèves scolarisés dans les lycées français, de la seconde à la Terminale.

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique, le fait d'être en ZEP, le secteur public ou privé) puis classes (2 par établissement, sur tous les niveaux)

Durée d'observation

Deuxième trimestre 2015

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Jeunes non scolarisés (rares en collège mais plus important en lycée : 2 % entre 13 et 15 ans et 8 % à 17 ans).

Absentéisme (plus fréquent chez les consommateurs que chez les autres élèves)

Au final, on compte 9,8 % d'absents ou de refus (des élèves ou des parents)

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, alcool, médicaments psychotropes, cannabis, produits à inhaler, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ecstasy)

2015 : ajout des addictions sans produit

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- expérimentateur : avoir fumé au moins une fois dans sa vie
- fumeur récent : avoir fumé au cours des trente derniers jours
- fumeur actuel : fumer des cigarettes ne serait-ce que de temps en temps
- fumeur régulier : fumer au moins une cigarette par jour

Nombre d'unités statistiques observées

2015 : 2 714 élèves nés en 1999 et 6 642 lycéens (de la 2^{nde} à la Terminale)

Taux de couverture

Taux de participation des classes de 93 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré

Données recueillies

Le questionnaire porte sur :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales, résultats scolaires
- consommation de tabac
- consommation de boissons alcoolisées
- consommation de cannabis et autres produits psychoactifs : fréquence de la consommation, type de produits consommés, âge à l'expérimentation, risques de consommation
- addictions sans produit (Internet, jeux vidéo jeux de hasard et d'argent en ligne)
- habitudes de vie, loisirs, sports, santé

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- The ESPAD Group, "ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs". Lisbon, EMCDDA, 2016; ESPAD, 99 p.
- Spilka S., Le Nézet O., « Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015 », OFDT, 2016, 21 p.
- Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E., « Les drogues durant les " années lycée " - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 », Tendances n°112, OFDT, 2016, 4 p.

Observations

Le remplissage des questionnaires se fait en présence d'un enquêteur. Cette personne est chargée de présenter l'enquête aux élèves et de répondre à leurs éventuelles questions.

Synthèse

En 2015, plus d'un adolescent de 16 ans sur deux (55 %) déclare avoir déjà fumé du tabac au moins une fois au cours de sa vie, sans différence entre les filles et les garçons. L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) concerne 26 % des adolescents, avec une prédominance féminine (28 % contre 24 %). Après une baisse continue entre 1999 et 2007, puis un regain en 2011, les consommations sont de nouveau fortement orientées à la baisse avec des niveaux désormais inférieurs à ceux observés en 2007. [Extrait rapport de synthèse – septembre 2016].

En 2015, six lycéens sur dix (61 %) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, les filles plus souvent que les garçons (62 % contre 59 %). Si l'expérimentation du tabac progresse entre la fin du collège et l'entrée au lycée, elle se stabilise entre la 2^{nde} et la 1^{ère} pour progresser de nouveau en terminale (59 % vs 67 %). Entre 2011 et 2015, l'expérimentation de cigarettes recule sensiblement (- 10 points) chez l'ensemble des lycéens, quels que soient le niveau ou la filière suivie. Néanmoins, les élèves des filières professionnelles demeurent toujours plus concernés par l'usage de la cigarette (66 % vs 58 % en filière générale). L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) de la cigarette concerne 33 % des adolescents.

L'usage intensif (plus de 10 cigarettes par jour) demeure limité à moins de 5 % des lycéens ; les élèves de l'enseignement professionnel se distinguent cependant avec une prévalence presque 2 fois supérieure à la moyenne (9 %). Comparé à 2011, l'usage quotidien de la cigarette en 2015 diminue d'un quart et l'usage intensif de moitié. Ces baisses sont cependant inégales selon les filières. Le recul de l'usage quotidien est ainsi plus marqué dans l'enseignement général et technique (- 29 %) qu'au sein des filières professionnelles (- 17 %) [Extrait du Tendances n°112].

Pour en savoir plus

Consulter [rapport ESPAD France \(21 p.\)](#) et [Tendances n°112](#)

Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 St Denis

Financement et collaboration

Direction du service national et de la jeunesse (Ministère des Armées)

Objectifs

- Appréhender les attitudes et les comportements des jeunes, arrivant à la fin de l'adolescence, relatifs à leur consommation et modes d'usage de substances psychoactives, leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons avec les enquêtes en milieu scolaire (ESPAD et HBSC) et l'enquête Baromètre Santé

Méthodologie

Périodicité

Triennale

Dates d'observation

2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Métropole : jeunes de 17 ans

DOM-COM : jeunes de 17-18 ans

Méthode d'échantillonnage

Enquête exhaustive à une période donnée

Durée d'observation

- de 2000 à 2003, enquête sur 2 journées
- 2005 : extension de la période de passation de mars à fin juin
- 2008 : période 15 jours en métropole (début avril) et période d'un mois dans les DOM-COM (avril)
- 2011 : une semaine et demie (du 14 au 22 mars 2011)
- 2014 : 4 jours (du 17 au 21 mars 2014)
- 2017 : 2 semaines (du 13 au 25 mars 2017), étendue pour la Corse, la Guyane, la Nouvelle-Calédonie et Mayotte

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Absence des jeunes de nationalité étrangère résidant sur le territoire français et des jeunes ne participant pas à la Journée défense et citoyenneté (JDC) (mais le caractère quasi-obligatoire de la JDC lui assure une bonne participation, estimée à 90 %)

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, alcool, cigarette électronique, médicaments, cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ...)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- expérimentation : avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de sa vie
- fumeur occasionnel : être fumeur au moment de l'enquête mais ne pas fumer quotidiennement
- fumeur quotidien : fumer au moins une cigarette par jour
- arrêt de la consommation : déclarer avoir été fumeur mais avoir arrêté

Nombre d'unités statistiques observées

Après contrôle des données et filtrage sur l'âge, 39 115 questionnaires sont exploitables en 2017 en métropole.

Taux de couverture

Taux de participation : 99 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré anonyme.

En 2017, le dispositif a été rénové afin d'améliorer les conditions d'enquête et d'aider le personnel civil ou militaire en charge des passations : une vidéo de présentation de l'enquête a été projetée dans tous les centres avant chaque passation.

Données recueillies

Le questionnaire 2017 comprenait des questions sur :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, caractéristiques scolaires et familiales)

- santé physique et mentale, mode de vie, loisirs et sociabilité

Module sur l'usage de produits:

- fréquence de la consommation et type de produits consommés

- âge à l'expérimentation

- polyconsommation

Qualité et fiabilité des données

Nombreuses vérifications quant à la représentativité des échantillons, la cohérence des réponses, etc. Pondération et recodage conformes aux recommandations méthodologiques internationales.

Délai de diffusion des résultats

Publication : n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », *Tendances*, OFDT, n° 123, 2018, 8 p.

- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., *Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017*, OFDT, 2018, 54 p.

Observations

Grâce à la mise en place de la Journée défense et citoyenneté (JDC), cette enquête permet de toucher l'ensemble des jeunes d'une classe d'âge (scolarisés ou non, filles et garçons), à un âge stratégique quant aux consommations de substances psychoactives.

Les échantillons constitués dans les DOM-COM permettent d'obtenir des données détaillées et comparables à celles de la métropole.

L'enquête renouvelée pour la 8^{ème} fois en 2017 permet d'étudier des évolutions dans les niveaux et contextes d'usage.

Synthèse

En 2017, six adolescents sur dix disent avoir déjà essayé un produit du tabac, soit une baisse de 9 points par rapport au niveau de 2014 (59,0 % vs 68,4 %). Bien que le recul soit un peu moins marqué en matière de tabagisme quotidien (- 7 points), un quart des adolescents disent fumer tous les jours, contre un tiers en 2014 (25,1 % vs 32,4 %). Ces diminutions se révèlent davantage le fait des filles, dont la consommation quotidienne a baissé de 25 % entre 2014 et 2017 contre 20 % chez les garçons.

Conjointement à ce recul du tabagisme, l'âge moyen d'expérimentation a continué de s'élever chez les jeunes, quel que soit le sexe : 14,4 ans en moyenne contre 14,0 ans trois ans plus tôt. L'âge moyen auquel les adolescents deviennent des fumeurs quotidiens est lui aussi retardé, passant de 14,9 ans en 2014 à 15,1 ans aujourd'hui.

En 2017, la moitié des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé le narguilé ou la chicha (49,9 %). La pratique marque un net repli par rapport à 2014 (64,7 %), notamment chez les adolescentes (- 18 points contre - 12 parmi les garçons).

La cigarette électronique (ou e-cigarette) a été expérimentée par un jeune de 17 ans sur deux, soit un niveau proche de celui de 2014 (respectivement 52,4 % et 53,3 %). L'usage dans le mois a diminué de 5 points par rapport à 2014 et le « vapotage » quotidien reste quasi inexistant (1,9 %). L'expérimentation de l'e-cigarette s'est faite en moyenne à 15 ans et 5 mois, c'est-à-dire un an après l'expérimentation de cigarette de tabac.

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°123](#) et [Analyse régionale](#)

Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Coordination : Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le Réseau HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

Pour la France : Service médical du Rectorat de l'Académie de Toulouse

Responsable

Emmanuelle Godeau, Félix Navarro - Service médical du Rectorat de Toulouse – 12, rue Mondran 31 400 Toulouse et INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) Unité mixte de recherche 1027 (Épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps) - Faculté de médecine Purpan - 37, allée Jules Guesde, 31073 Toulouse Cedex 7

Financement et collaboration

Ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire - DGESCO - et Direction des études de la performance et de la prospective - DEPP)

Rectorat de l'Académie de Toulouse

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Association pour le développement de HBSC

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales (43 pays ou régions du monde occidental).

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individus, élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine

Champ d'observation

Population scolaire du CM2 à la seconde, dans les établissements publics et privés sous contrat avec l'Éducation nationale

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique (6 inter régions DATAR), rural/urbain (en 4 catégories) et classes (selon les différents niveaux scolaires, du CM2 à la seconde)

Jusqu'en 2006, la France « échantillonnait » les collégiens dans l'objectif d'obtenir trois sous-groupes représentatifs d'élèves des générations âgées de 11, 13 et 15 ans. Ce n'est qu'en 2010 que les modalités de l'échantillonnage ont été modifiées afin d'obtenir un échantillon d'élèves représentatif à la fois des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans (pour répondre à la contrainte internationale), mais également de l'ensemble des collégiens selon les différents niveaux scolaires.

Durée d'observation

3 mois (d'avril à juin)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

La scolarité étant obligatoire jusqu'à 16 ans, tous les jeunes de 11, 13 et 15 ans sont scolarisés (exceptions très rares). Ont été exclus d'emblée les sections spéciales (formations en alternance, classes passerelles, CLIPPA,...) et les écoles dont le nombre total d'élèves était inférieur à 30.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Métropole

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites (tabac, alcool) et, uniquement pour les 15 ans, illicites (cannabis, produits à inhaler, médicaments psychotropes détournés de leur usage, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ecstasy, produits dopants pour le sport).

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. Cette notion englobe donc des consommateurs actuels mais également des individus ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation.

Les autres indicateurs portent sur les 30 derniers jours : usage récent (au moins un épisode de consommation), usage régulier d'alcool ou de cannabis (au moins dix épisodes de consommation), usage quotidien (au moins une fois par jour).

L'indicateur du niveau d'usage de drogues illicites et de médicaments pour se droguer porte sur les douze derniers mois, ces usagers étant assimilables à des expérimentateurs étant donné l'âge des répondants.

Nombre d'unités statistiques observées

10 434 lycéens, collégiens et écoliers en 2014

Taux de couverture

Supérieur à 95 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré en classe

Données recueillies

L'ensemble du questionnaire comprend environ 70 questions (+ quelques-unes pour les 15 ans), avec plus de 160 items pour les 11 ans et près de 200 pour les 15 ans, dont :

Questions spécifiques au tabac :

- statut tabagique (cigarette, cigare ou pipe)
- fréquence du tabagisme
- quantités consommées par semaine
- tabagisme entourage proche
- contexte
- initiation

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales ;
- santé, habitudes de vie, blessures, violences, activité physique, loisirs, vie à l'école, conduites déviantes, sexualité (élèves de 15 ans seulement)
- module alcool
- module sur l'usage de produits illicites (élèves de 15 ans seulement)

Le questionnaire international comprend plus de 100 questions obligatoires pour tous les pays + 20 groupes de questions optionnelles (nutrition et alimentation, activité physique, comportements à risque, consommation de substances addictogènes, santé sexuelle, violence et blessures, culture

familiale, culture de pairs, santé positive, environnement scolaire, inégalités sociales).

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.
- Inchley J. et al., "Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being". *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No.7), 294 p.

Observations

Synthèse

En 2014, un tiers des collégiens dit avoir déjà eu l'occasion de fumer une cigarette, avec des niveaux très disparates selon le niveau scolaire. Sa diffusion est multipliée par 5 durant les années collège, avec un élève sur deux qui a déjà fumé au moins une fois une cigarette en 3^{ème}. Cette progression de l'expérimentation du tabac au collège diffère légèrement selon le sexe et présente, par ailleurs, des modifications remarquables par rapport à 2010. Jusqu'à présent, l'expérimentation s'avérait plus précoce parmi les garçons, avec ensuite, au cours de l'adolescence, un rattrapage des filles dont les niveaux devenaient alors supérieurs (à partir de la 4^{ème} en 2010). Il s'agissait d'ailleurs du seul produit pour lequel les filles présentaient des niveaux d'usage comparables, voire supérieurs à ceux des garçons à l'adolescence. En 2014, les garçons sont toujours plus nombreux à expérimenter le tabac (12,8 % vs 7,7 % parmi les filles en 6^{ème}), mais ce différentiel de 5 points mesuré en 6^{ème} perdure durant tout le collège et, désormais, les jeunes filles de 3^{ème} sont moins fréquemment expérimentatrices que leurs homologues masculins (respectivement 46,2 % vs 51,9 %). Néanmoins, l'expérimentation de la cigarette est restée globalement stable parmi les collégiens.

Seul le tabac est consommé quotidiennement dès l'adolescence. Ce comportement est partagé par 5,6 % des élèves de 4^{ème} et 12,3 % de ceux de 3^{ème}, soit le double. Il n'y a pas de différence significative entre le niveau des filles et celui des garçons. Le tabagisme quotidien semble clairement marquer le pas en 2014, particulièrement parmi les jeunes filles de 4^{ème} (5,4 % vs 8,6 % en 2010).

Plus de 17 % des collégiens déclarent avoir déjà fumé avec un narguilé, les niveaux progressant de 5 % à 36 % entre la 6^{ème} et la 3^{ème}. Avoir déjà utilisé une chicha sans avoir fumé de cigarette se révèle cependant rare et ne concerne que 3 % des collégiens.

Presque quatre élèves de 4^{ème} et 3^{ème} sur dix (39 %) disent avoir déjà utilisé une e-cigarette. Seul un petit nombre d'élèves déclare déjà s'en servir tous les jours (2 %). L'expérimentation progresse légèrement entre la classe de 4^{ème} et 3^{ème} (34 % vs 45 %), les filles se révélant, toutefois, moins souvent expérimentatrices que les garçons. La majorité de ceux qui testent l'e-cigarette sont aussi des élèves expérimentateurs de tabac (30,3 %), confirmant l'intrication de ces deux modes d'usage.

Toutefois, la part des expérimentateurs qui n'ont jamais fumé de tabac est relativement importante (9 %), laissant entendre que les motivations d'usage des adolescents sont en partie différentes de celles des adultes. [Extrait de Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.]

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°106](#)

www.hbsc.org

Ventes de tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)

Responsable

DGDDI - 11 rue des deux Communes - 93558 Montreuil

Financement et collaboration

Objectifs

Mesurer l'approvisionnement des buralistes en produits du tabac et, de manière indirecte, les ventes de tabac en France

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1860

Approche

Quantitative

Unité statistique

Cigarettes ou autres produits du tabac

Champ d'observation

Ventes de cigarettes et de tabac à rouler en France

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

En continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- mesure non pas les ventes aux consommateurs mais l'approvisionnement des buralistes (les stocks ne sont pas pris en compte à la date t)
- Logista distribue environ 98 % des volumes de cigarettes en France, soit pour son compte (marques Seita Imperial Tobacco) soit pour le compte des fabricants installés hors de France.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Tabac

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Nombre d'unités statistiques observées

54 525 tonnes de tabac vendues en France métropolitaine en 2017 (- 1,4 % par rapport à 2016).

Taux de couverture

98 % des 25 000 buralistes de France continentale

Recueil de données

Enregistrement des sorties de Logista France à destination des 25 000 points de vente

Données recueillies

Ventes par type de produits du tabac : cigarettes, tabac à fumer (dont tabacs à rouler et tabacs à pipe), cigares, cigarillos

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 15 jours ou n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Diffusion des données mensuelles dans le tableau de bord tabac de l'OFDT

Bibliographie

Observations

Ces données de vente ne tiennent pas compte des stocks éventuellement faits par les buralistes, ni du tabac circulant sur le marché noir.

En France, les buralistes exercent le monopole de la vente au détail des produits du tabac, qui leur est confié par l'administration des douanes et des droits indirects.

La comparaison des ventes de tabac et des quantités déclarées dans les sondages indique que ces derniers sous-estiment la consommation mais il est difficile d'en mesurer l'ampleur. Différents facteurs contribuent à cette sous-estimation : toutes les cigarettes vendues ne sont pas fumées ; certains « petits fumeurs » se déclarent non fumeurs, traduisant leur désir d'arrêter plutôt que la réalité ; certains fumeurs, notamment les fumeurs réguliers sous-estiment leur consommation (Hill C., Laplanche A., « Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2003, n°22-23, p.98-100)

Jusqu'au début des années 2000, les ventes de cigarettes étaient un bon indicateur de la consommation de tabac en France. Le développement d'un marché parallèle à celui des buralistes a un peu modifié cette situation : les achats transfrontaliers et ceux illicites (contrebande, Internet, contrefaçon, *duty-free*) ont été estimés représenter une cigarette sur cinq consommée en France (Lalam N., Weinberger D., Lermenier A. et Martineau H., « L'observation du marché illicite de tabac en France », INHESJ-OFDT, 2012, 49 p.).

Synthèse

En 2017, les ventes de tabac dans le réseau buraliste de France métropolitaine s'établissent à 54 525 tonnes, soit une baisse de 2,2 % par rapport à 2016. L'année ayant compté deux jours de livraison en moins, le recul atteint 1,4 % à jours constants, comme en 2016.

Les ventes de cigarettes, qui représentent environ 80 % du marché officiel, diminuent de 1,5 % par rapport à 2016 (- 0,7 % à jours constants), atteignant un peu plus de 44 000 tonnes.

Avec 8 446 tonnes, les ventes de tabac à rouler sont en très nette baisse en 2017 (- 5,1 % à jours constants), retrouvant le volume vendu par les buralistes français en 2014. Depuis 2010, c'est seulement la 2^{ème} fois que ce volume diminue (la baisse étant plus importante qu'en 2014) et c'est surtout la 1^{ère} fois que la part de marché recule aussi : 15,5 % contre 16,1 % en 2016. Cette évolution est à mettre au crédit de la hausse de prix opérée sur le tabac à rouler en février (+ 15 %) alors que le prix des cigarettes restait stable voire en léger recul pour les moins chères.

En chiffres absolus, les ventes des autres types de tabac (cigares, cigarillos, tabac à pipe, tabac à priser et à mâcher, etc.) enregistrent une baisse en 2017 (- 0,6 %), qui s'annule à jours constants. Cette évolution tranche nettement avec la baisse continue observée depuis 2010 (- 22,6 % sur la période 2010-2016).

Pour en savoir plus

[Tableau de bord tabac](#)

Ventes de substituts nicotiques

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS)

Responsable

GERS - 86 rue du Dôme - 92 100 Boulogne-Billancourt

Financement et collaboration

Laboratoires pharmaceutiques adhérents

Objectifs

Production et analyse des statistiques sur les ventes de produits pharmaceutiques

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1974

Approche

Quantitative

Unité statistique

Unités de vente et chiffre d'affaires

Champ d'observation

Livraisons des grossistes répartiteurs aux officines (hors hôpitaux)

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Enregistrement en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Produits de la désintoxication tabagique

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Produits identifiés par leur code CIP, qui est également le numéro d'ampliation du dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Liste d'environ 185 produits, mise à jour chaque mois.

Nombre d'unités statistiques observées

6,5 millions de boîtes distribuées aux officines en 2017, pour un chiffre d'affaires de 174 millions d'euros.

Taux de couverture

100 % des grossistes et 100 % des officines

Recueil de données

Données recueillies

- ventes de chacun des produits identifiés comme un produit de la désintoxication tabagique (type de produit, marque et conditionnement)
- chiffre d'affaires (prix fabricant)

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 1 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Données payantes, disponibles en priorité à l'industrie pharmaceutique, néanmoins disponibles pour d'autres établissements après accord des laboratoires pharmaceutiques concernés.

Données publiées dans le tableau de bord tabac de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>).

Bibliographie

Observations

Le mode de collecte des données ne permet pas de connaître :

- les ventes aux consommateurs (mais les stocks en officine sont apparemment faibles ; néanmoins, les ventes mensuelles sont très marquées par l'activité des officines ou des grossistes - notamment la baisse d'activité durant la période estivale - et reflètent moins bien la saisonnalité des achats de substituts nicotiques que les ventes directes aux consommateurs)

- les ventes aux hôpitaux.

À partir des données de ventes, il est possible d'estimer le nombre de patients traités par des substituts nicotiques et des médicaments d'aide à l'arrêt en considérant que la durée moyenne de traitement est de 1 mois (compte tenu des échecs précoces), soit 60 comprimés de Zyban® ou de Champix® ou 30 patchs ou 300 formes orales (estimation de l'Office français de prévention du tabagisme - OFT).

Synthèse

Pour la troisième année consécutive, les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac réalisées en pharmacie augmentent sensiblement en 2017 : on compte 2 726 417 « patients traités » contre 2 138 868 en 2016, soit 28,5 % de plus à jours constants. Pour la première fois depuis 2000, le nombre de patients traités estimé atteint et dépasse même la barre des deux millions et demi de personnes. Cette évolution, la plus forte depuis la mise sur le marché du Champix® (varénicline) en 2007, est liée à plusieurs événements : la commercialisation mi-novembre 2017 de quatre nouvelles références (gommes Niquitin®), l'augmentation fin 2016 du remboursement forfaitaire des substituts prescrits et le rétablissement de la prise en charge du Champix® par l'Assurance maladie.

Pour en savoir plus

[Tableau de bord tabac](#)

Consultation de dépendance tabagique (CDT net) – informatisation des consultations de tabacologie

Organisation et financement

Maître d'œuvre

INSERM UMRs 1138, Équipe Sciences de l'information au service de la médecine personnalisée

Responsable

Anne-Laurence Le Faou - Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) - 20 rue Leblanc - 75015 Paris

Financement et collaboration

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Groupe de pilotage :

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM-TS)

Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd)

Objectifs

À travers la diffusion du dossier de tabacologie et l'informatisation des consultations de tabacologie :

- évaluer l'activité des consultations de tabacologie
- permettre un suivi personnalisé des patients et standardiser les procédures de suivi des patients
- obtenir des données détaillées sur le tabagisme, l'état de santé... des patients vus en consultation de tabacologie

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 2001 (diffusion du logiciel CDT log pour l'informatisation des consultations de tabacologie)

Arrêt du projet en 2004 pour cause de restructuration.
Reprise en 2005 uniquement sous la forme d'un site internet (CDT net)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Patient

Champ d'observation

Ensemble des patients des consultations de tabacologie

Méthode d'échantillonnage

Sur la base du volontariat pour les consultations

Durée d'observation

En continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

La question de la représentativité des structures participant au projet et des patients enregistrés est entière.

L'enquête annuelle auprès des consultations de tabacologie indique, pour 2005, que 69 % des structures interrogées utilisent le dossier papier standardisé et 30 % le dossier informatique (le seul susceptible de faire l'objet d'une exploitation statistique).

Champ géographique

France entière (sur la base du volontariat)

Découpage géographique possible

Région / départements

Champ toxicologique

Tabac

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Dépendance tabagique

Nombre d'unités statistiques observées

13 775 dossiers créés en 2016

Taux de couverture

Inconnu

Recueil de données

Une partie du dossier est rempli par le patient lui-même et une autre partie par le médecin. Les données sont saisies en ligne sur Internet et directement enregistrées dans la base de données du SPIM.

Données recueillies

Les informations sur le dossier de tabacologie, à savoir :

Données spécifiques au tabac :

- bilan de la dépendance tabagique : quantités consommées ; tentatives d'arrêt ; degré de dépendance (par le test Fagerström)
- histoire avec le tabac : âge de la première cigarette ; âge de l'usage quotidien ; budget consacré ; tentative d'arrêt, méthode utilisée, troubles ressentis, raisons de l'échec
- raisons du tabagisme
- motivation, raisons, craintes pour arrêter
- bilan tabagique médical, traitement préconisé pour l'arrêt (substitution nicotinique, médicament, thérapie comportementale, autres) et résultats du suivi

Autres informations :

- informations socio-démographiques
- autres consommations (alcool, habitudes alimentaires, autres)
- maladies et traitements
- bilan psychologique (troubles anxieux et dépressifs)

Qualité et fiabilité des données

Les informations sur les patients servant de support à la consultation, on peut supposer leur qualité bonne.

Délai de diffusion des résultats

Immédiat pour les consultations via le site Internet CDT.

Principal mode de diffusion des résultats

Site internet (à usage interne)

Articles

Bibliographie

- Le Faou A.-L., Scemama O., « Profil des patients en tabacologie. Résultats du programme Consultation de tabacologie (CDT) », revue Toxibase n°19, 2005, pp. 14-17

- Baha M., Boussadi A., Le Faou A.L., « L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013 », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2016, 30-31, pp. 541-547.

Observations

Un questionnaire très riche et une centralisation automatique des données font la force de ce dispositif. Mais il convient de mieux connaître la représentativité des consultations et des patients participants.

La circulaire du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé, recommande l'utilisation du dossier de tabacologie.

Synthèse

Pour en savoir plus

Baromètre santé médecins-pharmaciens - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Responsable

Arnaud Gautier - Santé publique France - 42, bd de la Libération - 93203 Saint Denis Cedex

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)
Unité UMRS 1018 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Institut de veille sanitaire (InVS)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les addictions (MILD&CA)

Observatoire régional de la santé de Franche-Comté

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Conseil national de l'ordre des médecins

Institut GfK-ISL

Objectifs

Objectifs généraux :

- Connaître les attitudes et comportements de santé et de prévention des médecins généralistes afin de dégager des enseignements utiles en matière de santé publique et d'éducation à la santé
- Connaître les opinions et les attitudes des pharmaciens en matière de prévention, mettre en relation leurs pratiques personnelles avec leurs attitudes vis-à-vis de la clientèle.

Objectifs du module « alcool et tabac » : connaître l'importance de la prise en charge de l'alcoolisme et du tabagisme par les médecins généralistes et les pharmaciens et les outils de dépistage utilisés

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

Baromètre santé médecins généralistes : 1992, 1993, 1994, 1998, 2003, 2009

Enquête auprès des pharmaciens : 1998, 2003

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Médecins généralistes exerçant une activité libérale
Pharmaciens titulaires d'une officine

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire à partir du fichier Cegedim® des médecins généralistes libéraux et du fichier téléphonique des pharmaciens titulaires d'officine

Durée d'observation

11 semaines (novembre 2008 – janvier 2009)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les médecins et pharmaciens qui ne font pas partie du fichier Cegedim® / fichier téléphonique ; ceux injoignables (malgré les relances), absents de longue durée ou ayant déménagé n'ont pu être enquêtés

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool et drogues illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- fumeur : déclarer fumer, ne serait-ce que de temps en temps
- fumeur régulier : au moins une cigarette par jour

Nombre d'unités statistiques observées

Médecins généralistes : 2 083 en 2009

Pharmaciens : 1 062 en 2003

Taux de couverture

1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26

Taux de refus : 30,9 % pour les médecins en 2009 et 9 % pour les pharmaciens en 2003

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone et utilisation du système CATI

Données recueillies

Questionnaire médecins 2009

Questions relatives au tabac :

- nombre de patients vus au cours des 7 derniers jours pour un sevrage tabagique
- utilisation d'outils d'aide au repérage de facteurs de risque dans le domaine des substances psychoactives licites et illicites
- mode de prise en charge (seul ou en liaison avec une structure spécialisée)

Autres questions :

- signalétique du médecin
- pratique médicale et opinions : vaccination, VIH, hépatite C et IST, dépistage des cancers, prévention et éducation du patient, prescription de médicaments et visites, prise en charge des problèmes d'addiction (tabac, alcool, drogues illicites).

Questionnaire pharmaciens 2003

Questions relatives au tabac :

- occasions de parler du tabagisme des clients
- utilisation des tests
- perception de l'importance du rôle du pharmacien concernant le tabagisme
- statut tabagique du pharmacien (actuel et passé) et nombre de cigarettes fumées

Autres questions :

- signalétique du pharmacien
- comportements personnels de santé : consommation de tabac, alcool, médicaments psychotropes, vaccination, dépistage du VIH et du VHC, utilisation du préservatif
- pratique et opinions relatives à : vaccination, consommation de tabac et d'alcool, suivi des personnes séropositives ou diabétiques, dépistage des cancers, contraceptifs oraux, confidentialité, distribution de médicaments
- activité professionnelle et opinions (travail en réseau, formation, rôle du pharmacien, satisfaction...)

Qualité et fiabilité des données

Bonne, comme toutes les enquêtes Baromètre santé. Le recueil des données par téléphone assisté par le système CATI permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie.

Délai de diffusion des résultats

n + 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

- Gautier A. (dir.), « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.
- Gautier A. (dir.), « Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003 », Saint-Denis, INPES, 2005, 271 p.

Observations

- En 2003, l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes » et l'enquête auprès des pharmaciens d'officine ont été fusionnées.
- Lorsque cela était possible, la formulation des questions est la même pour les deux populations, afin d'autoriser des comparaisons.
- L'enquête auprès des pharmaciens n'a pas été reconduite en 2009 : les derniers résultats pour cette population datent donc de 2003.

Synthèse

En 2003, 23 % des pharmaciens déclaraient fumer, ne serait-ce que de temps en temps, des fréquences plus faibles qu'en population générale. Entre 1998 et 2003, la proportion de fumeurs parmi les pharmaciens est restée stable.

En 2003, plus de la moitié des pharmaciens parle spontanément du tabac avec leur client et ils sont nombreux à considérer leur rôle comme important. Lors de la dernière vente de substitut nicotinique, 59 % des pharmaciens ont évalué par un test la motivation de leur client à arrêter de fumer et 65 % ont effectué avec lui un test de dépendance tabagique.

[Extrait de : Perrin H., Gautier A., « Tabac et alcool. Quelle implication des professionnels? », in Gautier A. (dir.), Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003, Saint-Denis, INPES, 2005, pp.140-161].

En 2009, la proportion de médecins ayant vu, au cours des sept derniers jours, au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique est quasiment stable par rapport à 2003 (68,6 %), après une hausse sensible entre 1998 et 2003 (de 60 à 67 %). En revanche, la part des médecins ayant vu au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique au cours des sept derniers jours a presque doublé en dix ans (17,4 % vs 9,7 % en 1998). Près de 16,5 % (vs 11,3 % en 2003) des médecins sont en liaison avec une structure spécialisée pour la prise en charge de leurs patients fumeurs. L'utilisation de questionnaires de repérage du tabagisme a très fortement progressé entre 2003 et 2009, passant de 6,3 % des médecins à 34 %.

[Extrait Gautier A., (dir.), Baromètre santé médecins généralistes 2009, Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.]

Pour en savoir plus

[Baromètre santé Médecins généralistes 2009](#)

Saisies de la douane - tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)

Responsable

Bureau D3. Lutte contre la fraude (Direction générale des douanes et droits indirects ; Ministère de l'Action et des comptes publics) - 11 rue des Deux Communes - 93 558 Montreuil

Financement et collaboration

Objectifs

Mesurer l'activité des services de la douane dans le domaine de la contrebande de tabac

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1992

Approche

Quantitative

Unité statistique

Quantités de cigarettes saisies et nombre de constatations

Champ d'observation

Ensemble des saisies de la douane

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Annuelle

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Enregistrement exhaustif de l'ensemble des saisies mais pas de l'ensemble de la contrebande

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible**Champ toxicologique**

Tabac

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Ensemble des produits du tabac

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 350 tonnes de tabacs et cigarettes ont été saisies par la douane (contre 441 tonnes en 2016, soit une baisse de 21 %).

Taux de couverture

Inconnu

Recueil de données

Découverte de tabac au cours d'une saisie ou saisie de tabac ciblée

Données recueillies

- Nombre de constatations effectuées
- Quantité de cigarettes et de tabac à fumer saisis (en tonnes)

Qualité et fiabilité des données**Délai de diffusion des résultats**

1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Résultats publiés dans le rapport d'activité annuel des douanes

Bibliographie

Direction générale des douanes et droits indirects, « Douane-Résultats 2017 », Paris, DGDDI, 2018, 32 p.

Observations

En tant qu'administration fiscale, la douane perçoit également une partie des taxes des ventes de tabac en France. Si le tabac se révèle être un produit de contrefaçon, la saisie sera comptabilisée en contrefaçon et non en contrebande (très rare en France).

Synthèse

En 2017, 350 tonnes de tabacs et cigarettes ont été saisies par la douane (contre 441 tonnes en 2016, soit une baisse de 21 %).

Pour en savoir plus

Consulter le [bilan des douanes 2017](#)

Dispositifs spécifiques d'observation

Tableau de bord mensuel tabac

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Aurélie Lermenier-Jeannet - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis Cedex

Financement et collaboration

Bureau des contributions indirectes (bureau F3) et bureau de la lutte contre la fraude (bureau D3) à la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)

Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS)

Caisse nationale de l'Assurance maladie (remboursements forfaitaires de traitements pour l'arrêt du tabac)

Santé publique France

Objectifs

Rassembler les données disponibles sur le tabac dans un tableau de bord synthétique

Les mettre (graphiquement) en perspective les unes des autres

Les diffuser rapidement (n+1 mois) et largement

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis avril 2004 (séries chronologiques depuis 2000 pour certains indicateurs)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Multiple (ventes, saisies, appels téléphoniques, campagne de communication...)

Champ d'observation

Tabagisme en France

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif pour les ventes, les saisies, les appels téléphoniques.
Échantillon raisonné pour les campagnes de communication.

Durée d'observation

1 mois (1 an pour les saisies)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Seule une partie du phénomène du tabagisme est mesuré par les indicateurs retenus.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Tabac

Définition toxicologique retenue ou nomenclature**Nombre d'unités statistiques observées**

Au mois de septembre 2018 : 3 064 millions de cigarettes et 615 tonnes de tabac à rouler vendues, 305 900 patients utilisant des médicaments d'aide à l'arrêt et 4 170 appels traités par les tabacologues de Tabac Info Service.

Taux de couverture**Recueil de données**

Chaque producteur de données envoie ses données à l'OFDT, au plus tard 3 semaines après la fin du mois.

Le mode de recueil de ces données est variable suivant la source (voir les fiches correspondantes dans le répertoire des sources statistiques et la rubrique « observations » ci-dessous).

Données recueillies

- Ventes de cigarettes (en millions d'unités), prix de vente (en euros) et taux d'imposition (en % du prix de vente).
- Ventes de tabac à rouler (en tonnes) et prix de vente (du produit le plus vendu).

- Nombre de saisies et quantités saisies (données annuelles) (en kg).
- Ventes de médicaments d'aide à l'arrêt (en mois de traitement) : timbres transdermiques, formes orales, Zyban® et Champix®.
- Nombre de remboursements forfaitaires de 150 € pour les traitements d'aide à l'arrêt du tabac
- Nombre d'appels traités par Tabac info service et par les tabacologues de TIS.

Qualité et fiabilité des données

L'OFDT a sélectionné ces données pour leur pertinence et leur scientificité, même si certaines sont partielles et perfectibles.

Délai de diffusion des résultats

n + 3 semaines

Principal mode de diffusion des résultats

Par Internet

Bibliographie

Lermenier-Jeannet A., « Tabagisme et arrêt du tabac en 2017 », OFDT, Saint-Denis, 2018, 11 p.

Observations

Certains indicateurs ne sont pas décrits par ailleurs dans ce répertoire. Il s'agit de la couverture média : sur ce sujet, les seules informations traitées à l'heure actuelle concerne les campagnes tabac menées par Santé publique France (campagnes gouvernementales), sur la base des dates de ces campagnes, des médias concernés (télévision, radio, affichage, presse, média interactif) et de leur coût. Comme à l'heure actuelle, seules les campagnes Santé publique France sont prises en compte, cet indicateur mesure mal la pression médiatique qui peut pousser les consommateurs à arrêter de fumer ou à ne pas commencer.

Synthèse

L'année 2017 a été marquée par une mesure symbolique très forte même si elle n'avait pas vocation à avoir un impact direct et immédiat sur les ventes : le paquet neutre. Toutefois, la tendance à la baisse des ventes officielles de tabac observée en 2016 se confirme en 2017. La revalorisation des prix en novembre 2017 n'est cependant pas suffisante pour réduire sensiblement les volumes de tabac vendus dans le réseau buraliste français, qui apparaissent relativement stables depuis 2014.

Ce recul des ventes dans le réseau buraliste ne semble pas plus qu'en 2016 lié à un accroissement des achats transfrontaliers : ceux-ci apparaissent au minimum stables voire même en diminution, particulièrement à la frontière

avec la Belgique où les ventes de cigarettes progressent, à l'inverse de la tendance nationale, signe d'une relocalisation des achats du côté français de la frontière.

Le net recul des ventes de tabac à rouler constitue un point marquant de l'année 2017, alors qu'elles avaient largement progressé durant les quinze dernières années, en raison d'une fiscalité avantageuse pour ce produit.

Comme en 2016, tous les indicateurs relatifs à l'arrêt du tabac vont dans le sens d'une amélioration, avec des ventes de traitements d'aide à l'arrêt qui atteignent un niveau record, grâce au remboursement plus important des substituts nicotiniques prescrits. Par ailleurs, le dispositif Tabac info service est de plus en plus sollicité, dans un contexte de mobilisation importante autour de la deuxième édition de #MoisSansTabac [Extrait du tableau de bord des indicateurs tabac-Bilan de l'année 2017].

Pour en savoir plus

[Tableau de bord tabac](#)
[Bilan tabac 2017](#)

Tabac info service (TIS)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12 Rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice

Financement et collaboration

Objectifs

Proposer un accompagnement personnalisé aux fumeurs souhaitant arrêter de fumer (tél : 39 89 et site internet : <http://www.tabac-info-service.fr/>)

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis septembre 1998

Approche

Quantitative

Unité statistique

Nombre d'appels (reçus et traités) à la ligne spécialisée (1^{er} niveau) et appels traités par les tabacologues (2nd niveau) de Tabac Info Service.

Nombre de visites sur le site et de *coachings* d'aide à l'arrêt

Champ d'observation

Population vivant en France

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Il s'agit essentiellement de fumeurs (85 % en 2003), qui souhaitent arrêter, mais également, quelques proches de fumeurs et personnes victimes du tabagisme passif.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Champ toxicologique

Tabac

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour le tabac :

- tabagisme régulier : plus d'une cigarette par jour
- dépendance au tabac : évaluée par le test de Fagerström simplifié (nombre de cigarettes au quotidien et délai qui sépare le réveil de la première cigarette)

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 48 659 appels traités par TIS et 51 876 appels pris en charge par les tabacologues. Sur le site, 3,9 millions de visites dénombrées et 385 000 téléchargements de l'application mobile.

Taux de couverture

100 %

Recueil de données

Nombre d'appels comptabilisés par l'opérateur de téléphonie et informations relatives à l'appelant recueillies au moment de l'appel par le téléconseiller, par l'intermédiaire d'un site extranet.

Constitution d'une base anonyme par la suite.

Données recueillies

- nombre d'appels reçus et traités
- type d'information demandée par l'appelant (informations générales, sur les risques liés au tabac, sur les conséquences de l'arrêt, autres informations)
- statut tabagique de l'appelant (fumeur, non fumeur)
- profil de l'appelant (fumeur, non fumeur, professionnel de santé, autres)
- sexe, âge
- consommation tabagique (nombre de cigarettes par jour)
- dépendance au tabac (nombre de cigarettes au quotidien et délai qui sépare le réveil de la première cigarette)
- nombre de visites sur le site et de téléchargements de l'application mobile.

Qualité et fiabilité des données

Le nombre d'appels reçus peut légèrement varier du nombre d'appels traités du fait d'appels perdus.

Délai de diffusion des résultats

n + 15 jours pour le nombre d'appels reçus

n + 1 an pour la description de ces appels et des appelants

Principal mode de diffusion des résultats

Bilan d'activité annuel de la ligne

Tableau de bord tabac de l'OFDT

Bibliographie

- Smadja O., Nguyen-Thanh V. et Chareyre L., « Tabac info service : données d'activité 2011 », février 2012, INPES, 11 p.

- Pasquereau A., Smadja O., Andler R., Guignard R., Richard J.B., Nguyen-Thanh V., « Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (39 89) », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2016, 30-31, pp. 548-556.

Observations

- depuis le 31 mai 2009, le numéro est composé de seulement 4 chiffres, 3989, pour simplifier la mémorisation, ce qui a un impact notable sur le nombre d'appels. Néanmoins, ce n'est qu'au début de l'année 2011 qu'il a été modifié sur les paquets de cigarettes. Par ailleurs, depuis le 20 avril 2011, le numéro court de TIS apparaît sur chaque paquet contre 1 sur 14 auparavant.

- le nombre d'appels est très sensible aux campagnes médiatiques et aux mesures prises par le gouvernement pour lutter contre le tabagisme. Il constitue un bon indicateur d'impact de ces mesures.

- chaque appel est traité par un téléconseiller, qui répond aux questions simples, envoie des documents et communique la liste des centres de tabacologie. Lorsque les questions deviennent plus complexes ou lorsque l'appelant formule expressément une demande d'aide à l'arrêt, l'appel est transféré vers un tabacologue-écoutant (62 % des appels en 2011).

- En 2002, une investigation spécifique, confiée à la Sofres, a été menée auprès de 401 appelants à la ligne, volontaires, qui ont été interrogés 4 mois après leur appel. 27 % n'étaient plus fumeurs et 11 % étaient en période d'arrêt. L'incidence de l'arrêt est supérieure à celle estimée à partir de l'enquête Baromètre santé de l'INPES (Wilquin J.-L., Oddoux K., Léon C., « Impact de Tabac info service sur le sevrage : statut tabagique des appelants quatre mois après leur appel », septembre-décembre 2002, BEH, 2003, n° 22-23, pp.107-108).

Synthèse

En 2017, 48 659 appels concernant l'arrêt du tabac ont été traités en premier niveau par la ligne téléphonique Tabac info service (TIS), un chiffre en nette augmentation par rapport à 2016 (+ 18,5 %) qui permet de renouer avec le niveau record de la période 2010-2012. Parallèlement, le nombre d'appels traités par les tabacologues du dispositif continue de dépasser celui du 1^{er} niveau, avec 51 876 appels, soit 15,4 % de plus qu'en 2016. La stratégie de rappel systématique des fumeurs six mois après leur premier entretien avec un tabacologue, destinée à améliorer leur suivi, contribue à cette évolution (un appel sur sept en plus). Par ailleurs, le site www.tabac-info-service.fr a reçu 3 890 300 visites, soit une hausse de 11 % par rapport à 2016.

Pour s'adapter au recours croissant au smartphone, Santé publique France et la Caisse nationale d'assurance maladie ont lancé en septembre 2016 une nouvelle version de l'application mobile, téléchargée 385 000 fois en 2017.

Les sollicitations de Tabac info service sont marquées par deux temps forts : mai-juin (à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac) et octobre-novembre avec l'opération #MoisSansTabac. Les principaux vecteurs de cette opération sont le site Internet, sur lequel 158 155 fumeurs se sont inscrits (ils étaient environ 180 000 en 2016), et les réseaux sociaux, avec notamment la page Facebook dédiée à #MoisSansTabac, suivie par plus de 100 000 personnes.

[Extrait du Tableau de bord des indicateurs tabac-Bilan de l'année 2017].

Pour en savoir plus

[Tableau de bord tabac](#)

ALCOOL

Enquête en population générale – adulte

Baromètre santé - alcool

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12 Rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Ministère de la Santé)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Objectifs

Objectifs généraux

- étudier les principaux comportements, attitudes, perceptions liés à l'état de santé des personnes interrogées.
- suivre les évolutions des comportements de santé.
- examiner l'impact des politiques de prévention par une mise en regard des évolutions observées et des programmes de santé publique (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation, etc.).

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale âgée de 12 à 75 ans (de 1992 à 2005), de 15 à 85 ans en 2010, de 15 à 75 ans en 2014 et 2016, et de 18-75 ans en 2017

Méthode d'échantillonnage

Sondage aléatoire à 2 degrés sur ligne fixe : ménage puis individu

Sondage aléatoire simple sur ligne mobile : utilisateur du numéro

Durée d'observation

4 mois (1992 à 2005), 6 à 8 mois depuis 2010

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les personnes n'ayant aucun téléphone (ni fixe, ni portable) ou possédant uniquement un numéro en 08 et 09 au moment de l'enquête ne peuvent être interrogées.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool, produits illicites (cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne), cigarette électronique

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

- Usages déclarés d'alcool : usage quotidien ; usage hebdomadaire (y compris les personnes ayant consommé, au cours de l'année, de l'alcool une à plusieurs fois par semaine) ; usage occasionnel ou mensuel (regroupe les personnes ayant consommé moins d'une fois par semaine en moyenne au cours de l'année)

- Quantités consommées : nombre moyen de verres bus lors de la dernière consommation de la semaine

- Consommations à problèmes : consommation intensive d'alcool (cumul de 6 verres et plus au cours d'une même occasion de boire) ; boire au point de ne plus se souvenir de ce qu'on a fait la veille ; ivresse alcoolique ; test Audit-C (calculé à partir des fréquences d'usage sur l'année, de la quantité moyenne bue un jour de consommation et de la fréquence de consommation d'au moins 6 verres en une occasion).

Nombre d'unités statistiques observées

25 319 individus en 2017

Taux de couverture

Taux de participation : 41 % pour les téléphones fixes et 39,4 % pour les mobiles

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone

Données recueillies

Questions spécifiques à l'alcool :

- niveau de consommation, quantité consommée et moment de consommation
- type de boissons consommées (bière, vin, alcools forts, autres)
- ivresses et âge à la première ivresse
- circonstances de consommation

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale, situation professionnelle
- consommations : tabac, produits illicites
- caractéristiques relatives à la santé (variable selon l'année) : vaccinations, santé mentale, sentiment d'information, Internet et santé, douleur, santé bucco-dentaire...

Qualité et fiabilité des données

Bonne :

- le recueil des données par téléphone assisté par le système Cati permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie.
- les taux de non-réponses par variable sont très faibles : nuls sur les consommations de drogues au cours de la vie et des 12 derniers mois et moins de 1 % sur les types de produits consommés.

Délai de diffusion des résultats

n + 12 à 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Articles

Bibliographie

- Beck F., Richard J.B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », Tendances, n° 99, 2015, 8 p.
- Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Nguyen-Thanh V., Beck F., Arwidson P., « La consommation d'alcool en France en 2014 », Évolutions, INPES, n°32, 2015, 6 p.

Observations

Le questionnaire est partiellement modifié chaque année en fonction des centres d'intérêt définis à chaque renouvellement de l'enquête, mais un noyau dur de questions reste permanent à des fins comparatives.

Synthèse

En 2014, 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec un nombre déclaré de verres bus par semaine estimé à 5,5 en moyenne. Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement. Ces niveaux de consommation se révèlent stables relativement à 2010, excepté pour la consommation quotidienne d'alcool, qui décroît de 11 % à 10 %, conformément à une tendance observée depuis plusieurs décennies.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année concerne 38 % des 15-75 ans, soit significativement plus qu'en 2010 (36 %). Dans l'ensemble de la population, 17 % ont déclaré une API tous les mois et 5 % toutes les semaines, sans changement notable depuis 2010.

Par ailleurs, 19 % des 15-75 ans ont déclaré avoir connu un épisode d'ivresse en 2014, 9 % au moins trois fois et 4 % au moins dix fois. Si la part des personnes ayant connu une ivresse au cours de l'année est stable, la fréquence des ivresses répétées (8 % en 2010) et régulières (3 % en 2010) est en hausse, tout particulièrement parmi les femmes (de 3,6 % à 5,2 % pour les ivresses répétées ; de 0,9 % à 1,6 % pour les ivresses régulières).

[Extrait : Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Nguyen-Thanh V., Beck F., Arwidson P., « La consommation d'alcool en France en 2014 », Évolutions, INPES, n°32, 2015, 6 p.]

Pour en savoir plus

[Article "La consommation d'alcool en France en 2014"](#)

Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Institut GfK-ISL

Objectifs

- Appréhender les attitudes, représentations, opinions et perceptions des Français relatifs aux substances psychoactives, à leur usage et aux politiques publiques mises en œuvre dans ce cadre
- Mesurer leurs évolutions au fil du temps

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1999, 2002, 2008, 2012

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale des 15-75 ans.

Méthode d'échantillonnage

Enquête téléphonique (ITAO ou CATI)

Exercice 1999 et 2002 : Tirage de ménages, tirage d'un individu de 15-75 ans au sein du ménage par la méthode des quotas. Les critères retenus pour les

quotas sont le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la région et la catégorie d'agglomération.

Exercice 2008 et 2012 : Sondage aléatoire avec deux échantillons représentatifs, un concernant les personnes ayant une ligne fixe, l'autre ne possédant qu'un téléphone mobile. Échantillonnage des téléphones fixes par sondage à deux degrés avec tirage du ménage par la méthode d'incrémentation puis sélection de l'individu interrogé par la méthode KISH. Échantillonnage des téléphones mobiles par génération de numéros aléatoires respectant les parts de marché des principaux opérateurs.

Durée d'observation

3 semaines en 1999 et 2002, 9 semaines en 2008 et en 2012

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

En 1999 et 2002 : ménages sur liste rouge, non francophones ou n'ayant pas le téléphone fixe. Une enquête complémentaire « portable exclusif » permet de limiter partiellement ces biais.

En 2008 et 2012 : ménages non francophones.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

5 zones UDA (Région parisienne, Nord-ouest, Nord-est, Sud-ouest, Sud-est)

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites.

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour l'alcool :

- boissons alcoolisées (exemples annoncés dans la question) : vin, bière, apéritif, alcool fort, champagne, cidre...
- consommation au cours des 7 derniers jours et fréquence de cette consommation
- usage quotidien (au cours de la semaine précédant l'enquête)
- ivresse : avoir été « ivre » au cours des 12 derniers mois

Nombre d'unités statistiques observées

2 500 individus (dont 300 individus possesseurs exclusifs d'un portable) en 2012

Taux de couverture

La méthode de sondage utilisée implique que la structure de l'échantillon ne se trouve pas déformée par les non-réponses. Un redressement a néanmoins été opéré afin d'ajuster les poids de chaque individu aux marges théoriques par un algorithme itératif (calage sur marge). En 2012, les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au

sein du ménage et calées sur les dernières données du recensement de l'INSEE sur les variables suivantes : sexe, tranche d'âge, région, catégorie socioprofessionnelle, nombre de personnes au foyer, équipement téléphonique et type d'habitat.

Recueil de données

Entretien téléphonique

Données recueillies

Questions spécifiques à l'alcool :

- perception de la dangerosité de l'alcool, seuil perçu de dangerosité et comparaison avec les autres produits.
- réactions à certaines opinions courantes sur l'alcool
- fréquence de la consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours
- fréquence de l'ivresse au cours des 12 derniers mois

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, profession et statut d'activité - de la personne interviewée et du chef de famille - diplôme, situation familiale) et question générale d'attitude (motifs de préoccupation pour la société).
- consommations et opinions sur les autres substances.

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 12 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Costes J.M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », Tendances n°71, 2010, 6 p.
- Tovar M.L., Le Nézet O., Bastianic T., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », Tendances n°88, 2013, 6 p.

Observations

Synthèse

L'alcool est perçu comme dangereux dès la première fois par une minorité de Français (11 %) mais trois quarts (74 %) d'entre eux le pensent quand il s'agit d'une consommation quotidienne. La dose moyenne au-delà de laquelle l'alcool est jugé néfaste pour la santé reste de 3,4 verres par jour. Ce produit n'est considéré comme très addictif que par un quart des Français.

Comme lors de l'enquête précédente en 2008, une majorité (91 %, plus que pour la cocaïne et l'héroïne) estime que les personnes « qui boivent beaucoup d'alcool » peuvent être « un danger pour leur entourage ». La proportion de Français qui considèrent que ces usagers souffrent d'une maladie est en recul, tout comme la part de ceux qui pensent que l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Plus encore qu'en 2008, les Français semblent imputer aux usagers de drogues leur part de responsabilité. Néanmoins, dans le cas d'une consommation excessive d'alcool, la moitié des Français s'accordent à expliquer la consommation par des problèmes familiaux, proportion restée stable entre les deux enquêtes.

S'agissant de l'interdiction de la vente d'alcool pour les mineurs, l'adhésion est massive : 93 % de Français approuvent la mesure, sans évolution depuis 2008. De même, deux tiers d'entre eux (67 %) considèrent que l'abus d'alcool pose plus de problèmes à la société que la consommation de drogues illicites.

Pour en savoir plus

[Tendances n°88](#)

Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Responsable

Thierry Rochereau (maître de recherche)

Nicolas Célant (attaché de recherche)

IRDES, 117 bis rue Manin, 75019 PARIS

Financement et collaboration

Département statistique de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Collaboration technique : Départements statistiques de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du Régime social des indépendants (RSI)

Collaboration pour la conception : CNAM-TS, RSI, MSA, FNMF, DREES, InVS, INED, INSERM, DARES, EFS et CNSA

Institut GFK-ISL

Objectifs

- Décrire et analyser les liens entre état de santé, accès aux services de santé, accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social.

- Suivi longitudinal de ces données (le même échantillon est interrogé plusieurs années après).

Méthodologie

Périodicité

Annuelle de 1988 à 1998 - puis Bisannuelle

Dates d'observation

1988-1998, 2000-2014

Approche

Quantitative

Unité statistique

Ménage et individu membre du ménage

Champ d'observation

Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine comportant au moins un assuré social (de plus de 18 ans) des régimes généraux, des professions agricoles et des professions indépendantes

Méthode d'échantillonnage

Base de sondage : fichiers de l'Assurance maladie (Échantillon généraliste de bénéficiaires).

Extraction au 1/2 231^{ème} des assurés

Quatre échantillons tirés, deux principaux (panel) et deux de réserve pour sur-échantillonnage (par exemple, des ménages couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)).

Durée d'observation

Échantillon interrogé en deux vagues (au printemps puis à l'automne)

Caractère longitudinal : le protocole de tirage permet la ré-interrogation des mêmes individus (assurés présents dans la base de sondage), ils sont sollicités tous les 4 ans (soit 1 enquête sur 2). L'échantillon a été entièrement renouvelé en 2010, avec l'adoption de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Échantillon représentatif des ménages dont un membre au moins est couvert par l'Assurance maladie (l'échantillon des bénéficiaires ESPS 2014 représente plus de 92 % de la population des bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire).

Sont exclus les ménages collectifs, les ménages domiciliés dans les DOM-TOM et les ménages ne disposant pas d'un lieu de résidence.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Tabac, cigarette électronique, alcool

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Alcool = toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky,...)

1 verre standard = 10 grammes d'alcool (+ équivalences)

- les personnes déclarant ne jamais consommer d'alcool

- les consommateurs sans risque, ne buvant jamais 6 verres ou plus en une même occasion et pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou 21 verres pour les hommes

- les consommateurs à risque ponctuel d'alcoolisation excessive, qui boivent parfois 6 verres ou plus en une occasion mais jamais plus d'une fois par mois, la

volumétrie hebdomadaire reste inférieure ou égale à 14 verres pour les femmes ou 21 verres pour les hommes
- les consommateurs à risque chronique, qui boivent 15 verres ou plus par semaine pour les femmes ou 22 verres ou plus pour les hommes, et/ou 6 verres ou plus en une occasion au moins 1 fois par semaine.

Nombre d'unités statistiques observées

22 519 individus en 2014

Taux de couverture

Taux d'acceptation de 64 % en 2014, pourcentage un peu inférieur par rapport à 2008, 2010 et 2012

Recueil de données

Le questionnaire principal est réalisé par téléphone (pour les assurés dont le numéro a pu être trouvé) ou par déplacement d'enquêteur pour les autres. Les autres questionnaires sont auto-administrés (ils sont envoyés immédiatement après le premier contact téléphonique). Un nouvel appel permet de préciser comment les remplir.

Deux autres appels permettent enfin de finir le questionnaire principal et de contrôler des réponses incohérentes ou réponses manquantes car les premières informations ont été analysées entre temps.

Lorsque l'interview est réalisée en face à face, 2 visites sont nécessaires pour remplir le questionnaire principal, présenter les questionnaires auto-administrés et poser des questions complémentaires.

Données recueillies

Questions spécifiques à l'alcool:

- fréquence de la consommation d'alcool
- quantité consommée (habituellement)
- fréquence d'une consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion

Autres questions :

- modes de protection maladie
- état de santé perçue, morbidité déclarée
- caractéristiques socio-économiques
- conditions de vie
- consommation de tabac

Qualité et fiabilité des données

Entre deux contacts (par téléphone ou en face à face), des médecins et autres professionnels de santé vérifient la cohérence et pertinence des premières réponses et formulent les questions complémentaires qui seront posées à l'assuré.

Délai de diffusion des résultats

n + 2 ans

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport, articles

Bibliographie

- Dourgnon P., Guillaume S. et Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », Rapport IRDES n°553, juillet 2012.
- Célant N., Guillaume S. et Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Rapport IRDES n°556, juin 2014.
- Célant N., Rochereau T., « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », Rapport IRDES n°566, octobre 2017.

Observations

La courte périodicité de cette enquête permet d'être réactif et d'aborder des questions d'actualité (par exemple : évaluation de la couverture maladie universelle). Un panel de ménages a été constitué et les mêmes enquêtés sont contactés tous les 4 ans (suivi longitudinal des membres de la cohorte possible (moins les pertes : décès, refus...)).

Cette enquête permet également de croiser, pour la plupart des enquêtés, les informations déclarées aux consommations présentées au remboursement des caisses de Sécurité sociale.

Synthèse

22,8 % des individus interrogés sont des consommateurs d'alcool à risque ponctuel et 6,7 % à risque chronique ou dépendants.

Pour en savoir plus

[Rapport ESPS 2014](#)

Questionnaires ESPS

<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires.html>

Enquête en population générale – jeunes

European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka – OFDT – 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Groupe ESPAD

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Ministère de l'Éducation nationale

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie.
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps.
- Effectuer des comparaisons internationales (enquête réalisée simultanément dans une trentaine de pays européens).

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1999, 2003, 2007, 2011, 2015

(La France n'a pas participé à l'enquête de 1995, les données de l'enquête nationale de 1993 servent de point de référence : Choquet M., Ledoux S., Adolescents, enquête nationale. Analyse et perspective, Paris, INSERM, 1994)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population scolaire de l'enseignement secondaire (public et privé)
Depuis 2011, un échantillon de jeunes élèves âgés de 16 ans (nés en 1999 pour l'enquête 2015) est sélectionné pour répondre aux exigences du protocole européen et un autre est tiré pour couvrir l'ensemble des élèves scolarisés dans les lycées français, de la seconde à la Terminale.

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique, le fait d'être en ZEP, le secteur public ou privé) puis classes (2 par établissement, sur tous les niveaux)

Durée d'observation

Deuxième trimestre 2015

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Jeunes non scolarisés (rares en collège mais plus important en lycée : 2 % entre 13 et 15 ans et 8 % à 17 ans).

Absentéisme (plus fréquent chez les consommateurs que chez les autres élèves)

Au final, on compte 9,8 % d'absents ou de refus (des élèves ou des parents)

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, alcool, médicaments psychotropes, cannabis, produits à inhaler, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ecstasy)

2015 : ajout des addictions sans produit

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour l'alcool (vin, bière, cidre, champagne, alcool fort, cocktail...) :

- expérimentation : avoir consommé au moins une fois dans sa vie

- usage régulier : à partir de 10 fois par mois
- ivresse au cours de la vie : avoir été ivre au moins une fois dans sa vie
- ivresse régulière : avoir été ivre au moins 10 fois au cours de l'année

Nombre d'unités statistiques observées

2015 : 2 714 élèves nés en 1999 et 6 642 lycéens (de la 2^{nde} à la Terminale)

Taux de couverture

Taux de participation des classes de 93 %.

Recueil de données

Questionnaire auto-administré

Données recueillies

Le questionnaire porte sur :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales, résultats scolaires
- consommation de tabac
- consommation de boissons alcoolisées
- consommation de cannabis et autres produits psychoactifs : fréquence de la consommation, type de produits consommés, âge à l'expérimentation, risques de consommation
- addictions sans produit (Internet, jeux vidéo jeux de hasard et d'argent en ligne)
- habitudes de vie, loisirs, sports, santé

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- The ESPAD Group, "ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs". Lisbon, EMCDDA, 2016; ESPAD, 99 p.
- Spilka S., Le Nézet O., « Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015 », OFDT, 2016, 21 p.
- Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E., « Les drogues durant les " années lycée " - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 », Tendances n°112, OFDT, 2016, 4 p.

Observations

Le remplissage des questionnaires se fait en présence d'un enquêteur. Cette personne est chargée de présenter l'enquête aux élèves et de répondre à leurs éventuelles questions.

Synthèse

En France, 84 % des adolescents âgés de 16 ans déclarent, en 2015, avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, sans différence entre les filles et les garçons. La proportion de jeunes usagers récents (l'ayant fait au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) s'élève à 53 %. Les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à déclarer un tel usage (56 % contre 51 %). Après une hausse importante entre 2003 et 2011, la tendance s'infléchit nettement en 2015. La prévalence est passée de 67 % à 53 % sur la dernière période, soit une baisse relative de 21 % de l'usage récent de boissons alcoolisées. En outre, les spiritueux (alcools forts) apparaissent plus cités que la bière et le vin parmi les alcools consommés durant la dernière occasion (48 % contre respectivement 44 % et 8 %). [Extrait rapport de synthèse – septembre 2016].

Les années lycée constituent davantage une période de diversification et d'intensification des usages de boissons alcoolisées que d'expérimentation (qui passe de 85 % à 91 % entre la 2^{nde} et la terminale). Si filles et garçons déclarent des taux comparables, la consommation d'alcool apparaît légèrement moindre parmi les élèves en filière professionnelle (84 % contre 88 % en filière générale).

Entre la fin du collège et le début du lycée, la consommation au cours du mois progresse de près de 20 points et concerne alors la moitié des élèves de 2^{nde} (56 %). L'usage régulier (plus de 10 fois dans le mois) double (de 10 % à 21 %) entre la 2^{nde} et la terminale. Au lycée, boire de l'alcool est davantage un comportement masculin : 68 % des garçons le font au moins une fois par mois et 20 % en ont un usage régulier, contre respectivement 60 % et 10 % des lycéennes.

La période du lycée est aussi marquée par la progression des alcoolisations excessives, avec 41 % des élèves qui déclarent au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du mois et 16 % au moins trois API dans le mois.

Comparés à 2011, les niveaux de consommations d'alcool en 2015 sont tous orientés à la baisse. L'usage régulier d'alcool et les API répétées diminuent de 7 points de pourcentage, aussi bien parmi les garçons que parmi les filles [Extrait Tendances n°112].

Pour en savoir plus

Consulter [rapport ESPAD France \(21 p.\)](#) et [Tendances n°112](#)

Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 St Denis

Financement et collaboration

Direction du service national et de la jeunesse (Ministère des Armées)

Objectifs

- Appréhender les attitudes et les comportements des jeunes, arrivant à la fin de l'adolescence, relatifs à leur consommation et modes d'usage de substances psychoactives, leur santé et leurs modes de vie.
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps.
- Effectuer des comparaisons avec les enquêtes en milieu scolaire (ESPAD et HBSC) et l'enquête Baromètre Santé.

Méthodologie

Périodicité

Triennale

Dates d'observation

2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Métropole : jeunes de 17 ans

DOM-COM : jeunes de 17-18 ans

Méthode d'échantillonnage

Enquête exhaustive à une période donnée

Durée d'observation

- de 2000 à 2003, enquête sur 2 journées
- 2005 : extension de la période de passation de mars à fin juin
- 2008 : période 15 jours en métropole (début avril) et période d'un mois dans les DOM-COM (avril)
- 2011 : une semaine et demie (du 14 au 22 mars 2011)
- 2014 : une semaine (du 17 au 21 mars 2014)
- 2017 : 2 semaines (du 13 au 25 mars 2017), étendue pour la Corse, la Guyane, la Nouvelle-Calédonie et Mayotte

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Absence des jeunes de nationalité étrangère résidant sur le territoire français et des jeunes ne participant pas à la Journée défense et citoyenneté (JDC) (mais le caractère quasi-obligatoire de la JDC lui assure une bonne participation, estimée à 90 %).

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, cigarette électronique, alcool, médicaments, cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ...)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour l'alcool :

- Expérimentation : avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois au cours de sa vie
- Usage récent : au moins un épisode de consommation au cours des 30 derniers jours
- Usage régulier (d'alcool) : au moins dix épisodes de consommation au cours des 30 derniers jours
- Usage quotidien : au moins une fois par jour

Pour l'ivresse :

- Expérimentation : idem alcool
- Ivresse répétée : avoir connu au moins trois épisodes au cours de l'année
- Ivresse régulière : avoir connu au moins dix épisodes au cours de l'année
- Alcoolisation ponctuelle importante : au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours

Nombre d'unités statistiques observées

Après contrôle des données et filtrage sur l'âge, 39 115 questionnaires sont exploitables en 2017 en métropole.

Taux de couverture

Taux de participation : 99 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré anonyme.

En 2017, le dispositif a été rénové afin d'améliorer les conditions d'enquête et d'aider le personnel civil ou militaire en charge des passations : une vidéo de présentation de l'enquête a été projetée dans tous les centres avant chaque passation.

Données recueillies

Le questionnaire 2017 comprenait des questions sur :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, caractéristiques scolaires et familiales)

- santé physique et mentale, mode de vie, loisirs et sociabilité

Module sur l'usage de produits:

- fréquence de la consommation et type de produits consommés

- âge à l'expérimentation

- polyconsommation

Qualité et fiabilité des données

Nombreuses vérifications quant à la représentativité des échantillons, la cohérence des réponses, etc. Pondération et recodage conformes aux recommandations méthodologiques internationales.

Délai de diffusion des résultats

Publication : n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », Tendances, OFDT, n° 123, 2018, 8 p.

- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017, OFDT, 2018, 54 p.

Observations

Grâce à la mise en place de la Journée défense citoyenneté (JDC), cette enquête permet de toucher l'ensemble des jeunes d'une classe d'âge (scolarisés ou non, filles et garçons), à un âge stratégique quant aux consommations de substances psychoactives.

Les échantillons constitués dans les DOM-COM permettent d'obtenir des données détaillées et comparables à celles de la métropole. L'enquête renouvelée pour la 8^{ème} fois en 2017 permet d'étudier des évolutions dans les niveaux et contextes d'usage.

Synthèse

En 2017, un adolescent de 17 ans sur six déclare n'avoir jamais bu d'alcool au cours de sa vie (14,3 %). La consommation régulière (10 usages dans le mois), rapportée par 8,4 % des jeunes, est en net recul par rapport à 2014 (12,3 %). Elle demeure principalement masculine, concernant 12,0 % des garçons contre à peine 4,6 % des filles de 17 ans. S'agissant des comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API), mesurée par la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion, la moitié des jeunes de 17 ans disent avoir connu un tel épisode dans le mois précédant l'enquête, soit sensiblement moins qu'en 2014 (44,0 % vs 48,8 %).

En ce qui concerne les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois), elles ont également diminué (16,4 %, contre 21,8 % en 2014), alors que les API dites « régulières » (au moins dix fois) ne concernent, comme en 2014, qu'une très faible part des adolescents (2,7 %).

Les bières (63,5 % de consommations rapportées au cours de la dernière occasion) et les spiritueux (67,3 %) demeurent, comme lors des enquêtes précédentes, les boissons alcoolisées les plus populaires à 17 ans. Viennent ensuite les prémix (26,4 %), suivis du champagne (24,8 %) et des vins (18,4 %).

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°123](#) et [Analyse régionale](#)

Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Coordination : Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le Réseau HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) ;

Pour la France : Service médical du Rectorat de l'Académie de Toulouse

Responsable

Emmanuelle Godeau, Félix Navarro - Service médical du Rectorat de Toulouse – 12, rue Mondran 31 400 Toulouse et INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) Unité mixte de recherche 1027 (Épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps) - Faculté de médecine Purpan - 37, allée Jules Guesde, 31073 Toulouse Cedex 7

Financement et collaboration

Ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire - DGESCO - et Direction des études de la performance et de la prospective - DEPP)

Rectorat de l'Académie de Toulouse

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Association pour le développement de HBSC

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie.
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps.
- Effectuer des comparaisons internationales (43 pays ou régions du monde occidental).

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individus, élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine

Champ d'observation

Population scolaire du CM2 à la seconde, dans les établissements publics et privés sous contrat avec l'Éducation nationale

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique (6 inter régions DATAR), rural/urbain (en 4 catégories) et classes (selon les différents niveaux scolaires, du CM2 à la seconde).

Jusqu'en 2006, la France « échantillonnait » les collégiens dans l'objectif d'obtenir trois sous-groupes représentatifs d'élèves des générations âgées de 11, 13 et 15 ans. Ce n'est qu'en 2010 que les modalités de l'échantillonnage ont été modifiées afin d'obtenir un échantillon d'élèves représentatif à la fois des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans (pour répondre à la contrainte internationale), mais également de l'ensemble des collégiens selon les différents niveaux scolaires.

Durée d'observation

3 mois (d'avril à juin)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

La scolarité étant obligatoire jusqu'à 16 ans, tous les jeunes de 11, 13 et 15 ans sont scolarisés (exceptions très rares). Ont été exclues d'emblée les sections spéciales (formations en alternance, classes passerelles, CLIPPA,...) et les écoles dont le nombre total d'élèves était inférieur à 30.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Métropole

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites (tabac, alcool) et, uniquement pour les 15 ans, illicites (cannabis, produits à inhaler, médicaments psychotropes détournés de leur usage, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ecstasy, produits dopants pour le sport).

Boissons alcoolisées : bière, vin, alcool fort, autre

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. Cette notion englobe donc des consommateurs actuels mais également des individus ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation.

Les autres indicateurs portent sur les 30 derniers jours : usage récent (au moins un épisode de consommation), usage régulier d'alcool ou de cannabis (au moins dix épisodes de consommation), usage quotidien (au moins une fois par jour).

L'indicateur du niveau d'usage de drogues illicites et de médicaments pour se droguer porte sur les douze derniers mois, ces usagers étant assimilables à des expérimentateurs étant donné l'âge des répondants.

Nombre d'unités statistiques observées

10 434 lycéens, collégiens et écoliers en 2014

Taux de couverture

Supérieur à 95 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré en classe

Données recueillies

L'ensemble du questionnaire comprend environ 70 questions (+ quelques-unes pour les 15 ans), avec plus de 160 items pour les 11 ans et près de 200 pour les 15 ans, dont :

Questions spécifiques à l'alcool :

- fréquence de la consommation actuelle et type de boissons consommées
- fréquence de l'ivresse
- contexte
- initiation

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales ;
- santé, habitudes de vie, blessures, violences, activité physique, loisirs, vie à l'école, conduites déviantes, sexualité (élèves de 15 ans seulement)
- module tabac
- module sur l'usage de produits illicites (élèves de 15 ans seulement)

Le questionnaire international comprend plus de 100 questions obligatoires pour tous les pays + 20 groupes de questions optionnelles (nutrition et alimentation, activité physique, comportements à risque, consommation de substances addictogènes, santé sexuelle, violence et blessures, culture familiale, culture de pairs, santé positive, environnement scolaire, inégalités sociales).

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.

- Inchley J. et al., "Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being". *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No.7), 294 p.

Observations

Synthèse

En 2014, l'alcool, comme depuis de nombreuses années, est la substance psychoactive la plus fréquemment expérimentée parmi les collégiens, loin devant le tabac et le cannabis : avoir déjà bu de l'alcool au moins une fois au cours de sa vie concerne un élève de 6^{ème} sur deux. L'expérimentation d'alcool progresse continûment tout au long des années collège avec une amplitude de 30 points (49 % des élèves de 6^{ème} et 80 % de ceux de 3^{ème}). Si la progression au cours des quatre années du collège est identique parmi les garçons et les filles, ces dernières présentent une expérimentation moindre, d'environ dix points. Bien qu'encore largement partagée par l'ensemble des collégiens, l'expérimentation d'alcool semble marquer légèrement le pas en 2014. Les prévalences observées parmi les élèves de 6^{ème} ou de 5^{ème} sont entre 8 et 10 points inférieures à celles de 2010. Cette prévalence moindre de l'expérimentation de l'alcool disparaît à partir de la 4^{ème} chez les garçons mais se maintient parmi les filles, dont le niveau en classe de 3^{ème} affiche toujours 8 points de moins que celui de 2010 (75 % vs 83 %). Ce tassement des niveaux parmi les filles et les plus jeunes élèves entraîne globalement une baisse du niveau moyen d'expérimentation chez les collégiens en 2014 (64 % vs 71 % en 2010).

Parallèlement, se développent les premières ivresses alcooliques. Si un collégien sur sept dit avoir déjà connu une ivresse, la part des élèves déclarant avoir déjà été ivres augmente au long du collège. Les niveaux sont ainsi multipliés par 6 entre la 6^{ème} et la 3^{ème}, passant de 5 % à 28 %. En outre, avec un sex ratio de 2,3 en classe de 6^{ème}, les garçons demeurent plus précoces que les filles en matière d'ivresse. Cependant, les écarts se resserrent progressivement jusqu'à ne plus être significatifs en classe de 3^{ème} (sex ratio de 1,2). Entre 2010 et 2014, à l'instar des consommations de boissons alcoolisées, les niveaux des ivresses parmi les collégiens ont significativement reculé de 4 points, soit une baisse de 38 %. La consommation récente d'alcool (au moins un jour de consommation au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) concerne 23 % des élèves de 4^{ème} et 37 % de ceux de 3^{ème}. [Extrait Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoriconna D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.]

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°106](#)

www.hbsc.org

Ventes d'alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Responsable

Section consommation des ménages - INSEE - 75560 Paris

Financement et collaboration

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)

Objectifs

Disposer d'un indicateur objectif sur la quantité d'alcool consommé en France (et sa répartition en différents types de boissons : vins, bières, etc.).

Méthodologie

Périodicité

Annuelle

Dates d'observation

Depuis 1990

Approche

Quantitative

Unité statistique

Litre d'alcool pur

Champ d'observation

Ventes d'alcool en France

Méthode d'échantillonnage

Durée d'observation

Permanente

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Évaluation difficile des quantités d'alcool autoconsommées par les exploitants agricoles ou des quantités d'alcool vendues mais non déclarées.

Champ géographique

France

Découpage géographique possible

Champ toxicologique

Boissons alcoolisées (vin, bière, autres boissons fermentées (cidre, poiré...), produits « intermédiaires » tels que vins doux naturels, vins de liqueurs..., spiritueux.

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Notion d'alcool pur obtenu par conversion des volumes consommés et du degré d'alcool des différentes boissons.

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, le nombre de litres d'alcool pur mis à la consommation correspond en moyenne à 2,56 verres « standard » (un verre standard contient environ 10 g d'alcool pur) consommés chaque jour par chaque habitant âgé de 15 ans et plus.

Taux de couverture

Recueil de données

Les différentes boissons alcoolisées sont soumises à des droits d'accises (taxes indirectes à la consommation de certaines boissons alcoolisées). L'assiette (quantité de produit en volume ou quantité d'alcool contenu) et le taux des droits d'accises différent selon les catégories d'alcool. Le recouvrement de ces droits permet de reconstituer les volumes de boissons alcoolisées mises à la consommation sur le territoire français.

Données recueillies

Recettes fiscales pour les différents types de boissons alcoolisées.

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 6 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Données consultables sur le site de l'OFDT (www.ofdt.fr).

Bibliographie

Observations

Synthèse

Depuis le début des années 1960, les quantités d'alcool mises en vente en France ont fortement diminué. En 1961, les quantités d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus représentaient 26 litres d'alcool pur. Un peu plus de quarante ans plus tard, ce montant était divisé par deux. Entre 2000 et 2017, les quantités d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus mises en vente sur le territoire français sous forme de vins ont diminué d'environ 20 %, celles sous forme de spiritueux de 10 % alors que celles sous forme de bières reviennent en 2017 pratiquement à leur niveau de 2000, après une assez forte augmentation entre 2015 et 2017 (+ 6 %).

En 2017, le nombre de litres d'alcool pur mis à la consommation correspond en moyenne à 2,56 verres « standard » ou unités standard d'alcool (un verre standard contient environ 10 g d'alcool pur) consommés chaque jour par chaque habitant âgé de 15 ans et plus. Ce nombre de verre peut se décomposer en un verre un demi de vin, un demi verre de bière, un tout petit peu plus d'un demi verre de spiritueux et une infime quantité d'autres produits intermédiaires ou de cidre.

Pour en savoir plus

Consulter la série statistique « [Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 \(en litres équivalents d'alcool pur\)](#) »

Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) - alcool et drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Christophe Palle – OFDT – 3 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis Cedex
recap@ofdt.fr

Financement et collaboration

Objectifs

- connaître et suivre certaines caractéristiques des usagers des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- volonté d'harmonisation des recueils de données concernant les personnes en difficulté avec leur consommation de produits psychoactifs tant au niveau national qu'au niveau européen.
- offrir aux structures du dispositif spécialisé en addictologie un noyau commun de questions à utiliser pour toutes les enquêtes concernant les personnes dont elles assurent la prise en charge.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu au niveau des CSAPA, traitement annuel des données à l'OFDT.

Dates d'observation

Exercice annuel à partir de 2005

Approche

Quantitative

Unité statistique

Personnes avec un problème d'addiction accueillies dans les CSAPA.

Champ d'observation

File active des CSAPA : personne suivie ayant fait l'objet d'un acte au cours de l'année ou personne nouvellement prise en charge.

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Permanente

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Uniquement lié aux non réponses, tous les CSAPA étant sollicités par voie administrative (le recueil de données RECAP est mentionné dans la circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie).

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Possible par région si le taux de couverture régional le permet.

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites, alcool, médicaments détournés de leur usage thérapeutique.

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Liste de produits définie par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Nombre d'unités statistiques observées

Variable selon les années, il dépend à la fois de la file active et du taux de réponse des CSAPA (208 000 en 2017).

Taux de couverture

Variable selon les années : 260 CSAPA ambulatoires distincts, 15 structures avec hébergement et 3 CSAPA en milieu pénitentiaire en 2017.

Recueil de données

Le recueil de données RECAP utilise les systèmes d'information développés par les CSAPA pour gérer les dossiers administratifs et médicaux des patients qu'ils prennent en charge. La mise en place du questionnaire RECAP a demandé au préalable une adaptation des logiciels et des fiches d'accueil utilisés par les différentes structures. Cette phase a été réalisée en 2005.

Depuis 2005, les structures envoient annuellement un fichier d'extraction de leurs données anonymisées à l'OFDT au début de l'année n+1.

Données recueillies

- Questions relatives au patient : âge, sexe, nombre d'enfants, catégorie socio-professionnelle, type de logement, constitution du foyer, origine principale des ressources, situation professionnelle, niveau d'étude, incarcération.
- Questions relatives à la prise en charge : date de début de la prise en charge, par qui le patient a-t-il été adressé à la structure, indication d'une prise en charge antérieure, traitement de substitution aux opiacés en cours (prescription médicale), autres traitements en cours (prescription médicale).
- Questions relatives aux consommations : produit à l'origine de la prise en charge, produit(s) consommé(s) ayant posé problème à l'utilisateur au cours des 30 derniers jours, âge de début, mode et fréquence de consommation du ou des produits cités, usage/dépendance, utilisation de la voie intraveineuse.
- Questions relatives à la santé du patient : sérologie VIH, sérologie VHC, vaccination VHB complète, antécédents psychiatriques.

Qualité et fiabilité des données

Aucun travail d'évaluation de la qualité et de la fiabilité des données n'a actuellement été mené.

Délai de diffusion des résultats

n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport et publication spécifiques de l'OFDT.

Bibliographie

- Palle C., « Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 », Tendances n° 110, OFDT, 2016, 4 p.
- Palle C., Rattanatray M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016*, Saint-Denis, 2018, 111 p.

Observations

La réflexion sur ce recueil commun sur les addictions et les prises en charge a été menée au sein de groupes de travail composés de professionnels des structures de prise en charge de l'addiction, de représentants des administrations et agences concernées (DGS, DHOS, DREES, MILDT, InVS, AFSSAPS) animés et coordonnés par l'OFDT. Ce travail a conduit à l'adoption d'un noyau minimum commun de questions et à l'élaboration d'un guide de remplissage.

Le mode de recueil et les formulations utilisés dans le questionnaire RECAP sont compatibles avec le protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement élaboré conjointement par les pays de l'Union européenne au

cours de la deuxième moitié des années 1990 et utilisé aujourd'hui par la quasi-totalité des États membres. Ce noyau commun de questions n'est pas limitatif. Chaque structure peut, pour ses besoins propres, poser d'autres questions ou détailler les questions du noyau commun pourvu que la compatibilité avec celles-ci soit respectée.

Synthèse

Consulter le rapport « [Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016](#) »

Consulter les tableaux statistiques depuis 2007
<http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>

Rapport d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
Direction générale de la santé (DGS) (Ministère de la Santé)

Responsable

Christophe Palle - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis
Cedex

Financement et collaboration

Objectifs

- Disposer d'informations sur l'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), regroupant les ex-CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie) et les ex-CSST (Centres de soins spécialisés aux toxicomanes)
- Caractéristiques des patients accueillis en CSAPA.

Méthodologie

Périodicité

Annuelle

Dates d'observation

Depuis 1995 pour les CCAA et 1998 pour les CSST
Depuis 2004 rapport commun, surtout depuis la fusion en CSAPA

Approche

Quantitative

Unité statistique

CCAA/CSST puis CSAPA

Champ d'observation

Établissements du dispositif spécialisé de soins en addictologie

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Permanente

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Auparavant, seuls les CSST en ambulatoire et les CSST avec hébergement (centres thérapeutiques résidentiels) étaient inclus dans ce recueil d'informations.

Depuis 2004, un rapport d'activité doit également être fourni pour les CSST en milieu pénitentiaire et les ATR. Le dispositif public résidentiel spécialisé en alcoologie (centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie) dépend des hôpitaux et n'a pas le statut d'établissement médico-social. Il ne remplit pas le rapport d'activité type des CSST et CCAA.

La proportion de doubles comptes (personnes fréquentant plusieurs structures en même temps ou au cours de la même année) reste difficile à estimer.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites (héroïne, cocaïne, LSD, cannabis, amphétamines), licites détournées de leur usage (médicaments psychotropes, solvants), tabac, alcool et produits de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage).

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Produit primaire : produit consommé motivant la démarche de soins (au début de la prise en charge pour les nouveaux patients, lors des premières consultations de l'année pour les anciens patients).

Nombre d'unités statistiques observées

377 CSAPA en ambulatoire et 11 CSAPA en milieu pénitentiaire ont fourni un rapport en 2016

Taux de couverture

100 % pour les CSAPA en ambulatoire et 69 % pour ceux en milieu pénitentiaire en 2016

Recueil de données

Les rapports d'activité type sont remplis par chaque structure puis adressés aux Agences régionales de santé (ARS) pour validation et expédition à la DGS. L'OFDT en assure la saisie et l'exploitation.

Données recueillies

Questions relatives aux patients :

- nombre de patients accueillis dans l'année
- profil des patients : sexe, âge
- domicile des patients, type de logement, origine principale des ressources, couverture sociale
- produit consommé motivant la démarche de soins
- utilisation de la voie intraveineuse, pathologies associées (VIH, hépatite B et C)
- origine de la demande (spontanée, proches, milieu scolaire, mesures judiciaires.)

Questions relatives à la structure :

- nombre total de consultations effectuées dans l'année
- nombre et type de prise en charge (sevrage, substitution, autres activités)
- données budgétaires

Qualité et fiabilité des données

Les unités répondantes ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre, ce qui est susceptible de faire varier certains résultats (variations de faible ampleur pas significatives). Il existe des doubles comptes inter et intra structures.

Délai de diffusion des résultats

n + 2 ans

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

- Palle C., « Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 », Tendances n° 110, OFDT, 2016, 4 p.
- Palle C., Rattanatray M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016*, Saint-Denis, 2018, 111 p.

Observations

Les données démographiques et épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes accueillies dans la structure.

Synthèse

Au cours des années 2007 à 2014, les CSAPA ont été marqués par d'importants changements liés à l'élargissement et à la redéfinition de leurs missions et aux mouvements de fusion entre CSAPA, qui semblent en avoir été en partie la conséquence. Le nombre de personnes reçues a augmenté de 10 % entre 2010 et 2014, et très certainement dans une proportion plus importante entre 2007 et 2014. L'évolution la plus marquante intervenue au cours de cette

période est la diminution du nombre de personnes indiquant comme produit posant le plus de problèmes l'héroïne et l'augmentation du nombre d'utilisateurs de cannabis.

Pour en savoir plus

Consulter le rapport « [Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016](#) »

Consulter [Tendances n°110](#)

Baromètre santé médecins-pharmaciens - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Responsable

Arnaud Gautier - Santé publique France - 42, bd de la Libération - 93203 Saint Denis Cedex

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)
Unité UMRS 1018 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Institut de veille sanitaire (InVS)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les addictions (MILD&CA)

Observatoire régional de la santé de Franche-Comté

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Conseil national de l'ordre des médecins

Institut GfK-ISL

Objectifs

Objectifs généraux :

- Connaître les attitudes et comportements de santé et de prévention des médecins généralistes afin de dégager des enseignements utiles en matière de santé publique et d'éducation à la santé.

- Connaître les opinions et les attitudes des pharmaciens en matière de prévention, mettre en relation leurs pratiques personnelles avec leurs attitudes vis-à-vis de la clientèle.

Objectifs du module « alcool et tabac » : connaître l'importance de la prise en charge de l'alcoolisme et du tabagisme par les médecins généralistes et les pharmaciens et les outils de dépistage utilisés.

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

Baromètre santé médecins généralistes : 1992, 1993, 1994, 1998, 2003, 2009

Enquête auprès des pharmaciens : 1998, 2003

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Médecins généralistes exerçant une activité libérale
Pharmaciens titulaires d'une officine

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire à partir du fichier Cegedim® des médecins généralistes libéraux et du fichier téléphonique des pharmaciens titulaires d'officine.

Durée d'observation

11 semaines (novembre 2008 – janvier 2009)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les médecins et pharmaciens qui ne font pas partie du fichier Cegedim® / fichier téléphonique, ceux injoignables (malgré les relances), absents de longue durée ou ayant déménagé n'ont pu être enquêtés.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool et drogues illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Le terme « alcoolisme » est utilisé pour parler des usages à problème (ou des consommations excessives d'alcool) dans la mesure où il correspond à l'intitulé de la question posée.

Nombre d'unités statistiques observées

Médecins généralistes : 2 083 en 2009

Pharmaciens : 1 062 en 2003

Taux de couverture

1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26

Taux de refus : 30,9 % pour les médecins en 2009 et 9 % pour les pharmaciens en 2003

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone et utilisation du système CATI

Données recueillies

Questionnaire médecins 2009

Questions relatives à l'alcool :

- utilisation d'outils d'aide au repérage de facteurs de risque dans le domaine de l'alcool
- mode de prise en charge (seul ou en liaison avec une structure spécialisée)
- nombre de patients vus au cours des 7 derniers jours pour un sevrage alcoolique

Autres questions :

- signalétique du médecin
- pratique médicale et opinions : vaccination, VIH, hépatite C et IST, prévention et éducation du patient, prescription de médicaments et visites, prise en charge des problèmes d'addiction (tabac, alcool, drogues illicites), accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Questionnaire pharmaciens 2003

Questions relatives à l'alcool :

- occasions de parler de la consommation d'alcool des clients
- participation à un réseau de soins
- perception de l'importance du rôle du pharmacien concernant l'alcoolisme
- fréquence et type de boissons alcoolisées consommées par le pharmacien

Autres questions :

- signalétique du pharmacien
- comportements personnels de santé : consommation de tabac, alcool, médicaments psychotropes, vaccination, dépistage du VIH et du VHC, utilisation du préservatif
- pratique et opinions relatives à : vaccination, consommation de tabac et d'alcool, suivi des personnes séropositives ou diabétiques, dépistage des cancers, contraceptifs oraux, confidentialité, distribution de médicaments
- activité professionnelle et opinions (travail en réseau, formation, rôle du pharmacien, satisfaction...)

Qualité et fiabilité des données

Bonne. Le recueil des données par téléphone assisté par le système CATI permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie.

Délai de diffusion des résultats

n + 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

- Gautier A. (dir.), « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.
- Gautier A. (dir.), « Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003 », Saint-Denis, INPES, 2005, 271 p.

Observations

- En 2003, l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes » et l'enquête auprès des pharmaciens d'officine ont été fusionnées.
- Lorsque cela était possible, la formulation des questions est la même pour les deux populations, afin d'autoriser des comparaisons.
- L'enquête auprès des pharmaciens n'a pas été reconduite en 2009 : les derniers résultats pour cette population datent donc de 2003.

Synthèse

En 2003, un tiers des pharmaciens déclarait une consommation régulière d'alcool (avoir bu au moins 3 jours dans la semaine), les hommes plus que les femmes. Comme en population générale, cette consommation augmentait avec l'âge. Depuis 1998, elle avait baissé.

En 2003, les pharmaciens étaient plus réservés sur l'importance de leur rôle concernant l'alcoolisme que le tabagisme (30,7 % considéraient ce rôle comme important ou très important). Ils déclaraient moins souvent parler de l'alcool à leurs clients en 2003 (3,8 %) qu'en 1998 (6,8 %) et près de la moitié d'entre eux disait ne jamais avoir l'occasion d'en parler avec des clients.

[Extrait de : Gautier A. (dir.), « Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003 », Saint-Denis, INPES, 2005, pp.140-161].

En 2009, plus de la moitié des médecins interrogés déclare avoir vu au moins un patient consultant pour un sevrage alcoolique dans les 7 jours précédant l'enquête ; cette proportion est stable depuis 1998. La prise en charge de ces patients se fait pour 60 % des généralistes en liaison avec une structure mais elle est confiée uniquement à une structure spécialisée pour 23 % des médecins (soit deux fois plus qu'en 2003). L'utilisation de questionnaires sur les consommations d'alcool est nettement moins fréquente que pour le tabac : seulement 12,9 % des médecins déclarent y avoir recours. Cette pratique apparaît toutefois en très forte hausse depuis 1998 (1,4 % en 1998, 2,0 % en 2003). Par ailleurs, l'implication dans un réseau portant uniquement sur l'alcool s'avère en hausse significative entre 1998 (0,9 %) et 2009 (2,3 %).

[Extrait : Gautier A. (dir.), « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.]

Pour en savoir plus

[Baromètre santé Médecins généralistes 2009](#)

Ivresses publiques et manifestes

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Responsable

OFDT, 3 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Financement et collaboration

Données en provenance de :

- Direction centrale de la sécurité publique (Ministère de l'Intérieur)
- Direction générale de la Gendarmerie nationale (Ministère de l'Intérieur)
- Préfecture de police de Paris (Ministère de l'Intérieur)

Objectifs

Réunir les données relatives aux cas d'ivresses publiques et manifestes, c'est-à-dire des cas d'alcoolisation n'entraînant pas d'infraction en matière de sécurité routière ou d'autres infractions pénales.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 2000

Approche

Quantitative

Unité statistique

Infraction (et intervention de police-secours)

Champ d'observation

Ivresse publique et manifeste

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Permanente

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Jusqu'en 2011, les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction ou une intervention de police-secours sont comptabilisés. Depuis 2012, seules les infractions ayant donné lieu à des poursuites par un tribunal de police sont prises en compte.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Alcool (à l'origine de troubles de l'ordre public)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Ivresse publique et manifeste : personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, conduite, par mesure de police, à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison (puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^e classe).

Nombre d'unités statistiques observées

52 999 infractions pour ivresse publique et manifeste ayant donné lieu à des poursuites devant un tribunal de police en 2017 dont 51 650 en France métropolitaine

Taux de couverture

Recueil de données

Il s'agit du décompte annuel des procès-verbaux/poursuites pour infraction d'ivresse publique et manifeste (établis après dégrisement et audition de la personne et dépistage de l'imprégnation alcoolique).

Données recueillies

- Nombre annuel d'infractions constatées par les services de la Préfecture de police de Paris.
- Nombre d'interventions pour ivresse publique et manifeste par les services de police et de gendarmerie nationales (et, depuis 2012, ayant donné lieu à des poursuites devant un tribunal de police).

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 9 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Données consultables sur le site de l'OFDT

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-d-interpellations-pour-ivresse-publique/>

Bibliographie

Observations

Les données recueillies proviennent de 3 organismes différents (Direction centrale de la sécurité publique, Direction générale de la Gendarmerie nationale, et Préfecture de police de Paris) et ne répondent pas exactement à la même définition.

Synthèse

En 2017, le nombre d'infractions pour ivresse publique et manifeste (IPM) ayant donné lieu à des poursuites s'est élevé à 52 999 (dont 51 650 en métropole), soit 10,9 infractions pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans.

Les interpellations pour ivresse publique et manifeste ont fortement augmenté entre 2004 et 2007 (+ 40 %). Après une baisse rapide entre 2007 et 2009, elles se sont stabilisées à un niveau supérieur à 70 000.

Depuis 2012, les données ne sont pas exactement comparables aux données précédentes. À partir de cette date, ce sont les infractions ayant donné lieu à poursuite devant le tribunal de police qui sont recensées (les chiffres des années précédentes portaient sur l'ensemble des infractions constatées). C'est probablement ce qui explique, en partie, le recul des ivresses publiques et manifestes observé en 2013, mais la baisse se poursuit d'année en année (- 23 % en 4 ans). Le nombre d'interpellations par habitant est globalement plus élevé dans le nord de la France que dans les régions méridionales.

[Extrait séries statistiques - Ivresses publiques et manifestes en France depuis 2001].

Fichier des infractions au code de la route (et des contrôles de l'imprégnation alcoolique)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Responsable

ONISR – Place Beauvau - 75800 Paris

Financement et collaboration

Services de la Police et de la Gendarmerie nationales

Objectifs

Objectifs généraux : suivi des infractions au code de la route

En matière d'alcool, suivi des infractions relatives à l'alcoolémie au volant et des contrôles de l'imprégnation alcoolique

Méthodologie

Périodicité

Mensuelle

Dates d'observation

Depuis 1962

Approche

Quantitative

Unité statistique

Infraction constatée (délit ou contravention), contrôle ou dépistage (dont préventif)

Champ d'observation

Ensemble des infractions au code de la route

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Alcool (à l'origine d'une infraction au code de la route)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Taux de positivité : part des dépistages positifs* sur l'ensemble des dépistages effectués (ou infractions, accidents constatés)

* positif = au-dessus du seuil légal d'alcoolémie autorisé, soit (depuis le décret du 29 août 1995) : 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré)

Les principales catégories d'infractions sanctionnées :

- Conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique, taux contraventionnel (entre 0,5 et 0,8 g/l de sang ou entre 0,25 et 0,4 mg/l d'air)
- Conduite d'un véhicule en état d'ivresse manifeste
- Conduite sous l'empire d'un état alcoolique, taux délictueux (\geq 0,8 g/l de sang ou 0,4 mg/l d'air)
- Refus de se soumettre aux vérifications tendant à établir l'état alcoolique
- Récidive (pour toutes ces infractions)
- Homicide involontaire par conducteur (...) sous l'empire d'un état alcoolique, en état d'ivresse manifeste ou ayant refusé les vérifications de l'état alcoolique
- Blessures involontaires avec ITT \geq ou $<$ à 3 mois par un conducteur (...) sous l'empire d'un état alcoolique, en état d'ivresse manifeste ou ayant refusé les vérifications de l'état alcoolique

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 10,1 millions de contrôles d'alcoolémie ont été effectués, pour un taux de positivité global de 3,3 %.

Taux de couverture

Exhaustif

Recueil de données

Recueil mensuel par les services de la direction générale de la Gendarmerie nationale (DGGN), la direction centrale des compagnies républicaines de sécurité (DCCRS), la direction centrale de la sécurité publique (DCSP), la Préfecture de police (PP) et enfin par l'Agence nationale du traitement automatisé des infractions (ANTA). Depuis 2004, les procès-verbaux en provenance des polices municipales ne sont plus comptabilisés. Depuis 2014, les données sont centralisées et analysées par l'ONISR et non plus par la sous-

direction de la circulation et de la sécurité routières (SDCSR), rattachée au ministère de l'Intérieur.

Données recueillies

Nombre d'infractions au code de la route constatées (délits et contraventions)
Nombre de dépistages d'alcoolémie effectués, dont les dépistages préventifs
Taux de positivité pour les dépistages, les infractions ou les accidents

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 6 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport annuel

Bibliographie

Salathé M. (sous la direction), « Les infractions au Code de la route et au Code des transports – L'impact sur le permis à points : Bilan statistique 2017 », Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2018, Paris, 145 p.

Observations

D'autres données relatives à l'alcool au volant sont disponibles via le fichier national des permis de conduire, créé en 1992, qui rend compte du nombre de dossiers traités, du nombre d'infractions traitées et du nombre de points retirés : 123 926 délits et 80 182 contraventions en matière d'alcoolémie y sont enregistrés en 2017, la vitesse restant le motif principal.

Synthèse

En 2017, on en compte 10,1 millions dont la très grande majorité (près de 98 %) est réalisée à titre préventif ou dans le cadre d'une infraction.

Le taux de positivité, autrement dit le ratio de dépistages positifs sur le nombre de dépistages réalisés, a augmenté jusqu'en 2011 (avec une hausse plus marquée en 2000 et 2005), pour atteindre 3,5 %, mais a nettement reculé jusqu'en 2015. En 2017, la tendance à la hausse de 2016 se confirme (3,3 %).

Pour en savoir plus

[Site de l'ONISR](#)

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Responsable

ONISR – Place Beauvau - 75800 Paris

Financement et collaboration

Services de la Police et de la Gendarmerie nationales

Objectifs

Objectifs généraux : mesurer la fréquence des accidents en fonction des situations et, dans la mesure du possible, prendre en compte l'exposition au risque.

Objectifs spécifiques : mesurer l'implication de l'alcool dans la survenue d'un accident de la circulation.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1970

Approche

Quantitative

Unité statistique

Accident - Véhicule - Usager (conducteur, passager, piéton)

Champ d'observation

Ensemble des accidents de la circulation routière survenus en France

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- Certains BAAC ne sont pas remplis ou ne sont pas transmis à l'ONISR.
- L'alcoolémie (dépistage - résultat) n'est pas forcément connue (prise de sang impossible du fait de la gravité de l'accident, résultat de la prise de sang inconnu, refus (rare)).

Champ géographique

Métropole + DOM depuis 2004

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Alcool (à l'origine d'un accident de la route)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Accidents avec alcool : accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé, au moment de la prise de sang ou de l'éthylotest.

Taux d'alcoolémie légal (depuis le décret du 29 août 1995) : 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré) ; il s'agit d'un délit à partir de 0,8g/l de sang (0,4 mg/l d'air expiré).

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, on dénombre 5 343 accidents corporels avec un taux d'alcoolémie positif dans l'ensemble de la France, soit 8,8 % des accidents corporels, dont 762 mortels, représentant 22,7 % de l'ensemble des accidents mortels.

Taux de couverture

En 2017, 25 % des accidents corporels ou mortels sont des accidents aux taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu.

Recueil de données

Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent (près de 3 500 points de collecte). La remontée des BAAC emprunte un circuit différent selon qu'ils ont été établis par les services de gendarmerie ou de la police nationale. Les informations sont centralisées in fine à l'ONISR où elles subissent de nombreux contrôles et corrections.

Pour l'alcool : lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués et le cas échéant des piétons (dépistage et mesure du taux d'alcoolémie par prise de sang pour les usagers décédés ou grièvement

blessés, éthylotest pour les indemnes et les blessés légers). Ces informations sont consignées dans le BAAC.

Données recueillies

Contenu des BAAC :

- Caractéristiques et lieux de l'accident
- Description du/des véhicule(s) en cause
- Description du/des usager(s) impliqué(s) (place dans la véhicule, catégorie, gravité, CSP, sexe, date de naissance, lieu de résidence, type de trajet, utilisation d'un équipement de sécurité...)
- Un localisant pour les accidents en milieu urbain

Information sur l'alcoolémie (dans la rubrique Usager) :

- Test d'alcoolémie (impossible, refusé, prise de sang, éthylomètre, résultat non connu, dépistage négatif)
- Taux d'alcoolémie (les alcoolémies en dessous de 0,5 g/l sont renseignées à partir de 2004).

Qualité et fiabilité des données

Nombreux contrôles et corrections

Délai de diffusion des résultats

Bilan mensuel à n + 3 mois

Bilan annuel à n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

ONISR, « La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017 », Paris, 2018, La documentation Française.

Disponible sur le site de l'ONISR :

<http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere/accidentalite-routiere/bilans-annuels>

Observations

- Compte tenu des nombreuses opérations de correction effectuées à l'ONISR, le fichier national est exploitable à n+3 mois. Depuis 2000, un système de « remontées rapides » sur les informations essentielles (nombre d'accidents corporels, de tués et de blessés) a été mis en place et permet d'obtenir des données à n + 1 mois.
- Un important projet de rénovation du fichier a permis une meilleure qualité des informations recueillies (exhaustivité et amélioration des informations relatives à la localisation de l'accident, au port de la ceinture, au résultat d'alcoolémie...) et une simplification (suppression ou modification de certaines variables) et modernisation du BAAC (mise à jour de variables, refonte des

circuits de transmission avec, pour fin 2006, l'accès à une base de données unique partagée). Le nouveau standard du BAAC « BAAC 2002 » est effectif depuis le 1^{er} janvier 2004.

Pour la première fois, les données de 2004 peuvent fournir un bilan France entière (départements d'outre-mer compris) car la remontée d'information dans ces 4 départements a été améliorée. Mais la comparaison avec 2003 ne peut se faire que pour les chiffres de France métropolitaine.

Du fait de l'importance du taux de non-réponses pour l'alcoolémie, la proportion d'accidents dans lesquels l'alcoolémie est en cause est calculée non pas sur l'ensemble des accidents mais sur ceux dont on connaît l'alcoolémie. Cette estimation est basée sur l'hypothèse que les accidents à taux d'alcoolémie indéterminé ou inconnu se répartissent en accident avec alcool et sans alcool de façon identique à ceux à taux d'alcoolémie connu.

Synthèse

En 2017, on dénombre au total 5 343 accidents corporels (5 095 en métropole) avec un taux d'alcoolémie positif, soit 8,8 % des accidents corporels, dont 762 mortels, représentant 22,7 % de l'ensemble des accidents mortels.

Dans les 762 accidents mortels, 824 personnes ont été tuées (23 % de la mortalité routière). Ce nombre est en réalité plus important dans la mesure où dans 25 % des accidents mortels, le résultat du test n'a pu être enregistré dans les fiches BAAC.

Pour en savoir plus

[Bilan annuel de la sécurité routière](#)

Casier judiciaire national (CJN) - alcool

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) (Secrétariat Général, Ministère de la Justice)

Responsable

Sous-direction de la statistique et des études - Ministère de la Justice – 13 place Vendôme - 75001 Paris

Financement et collaboration

Objectifs

Objectifs généraux :

- centraliser les informations relatives au passé pénal d'un délinquant.
- améliorer la connaissance des infractions sanctionnées par les juridictions, des procédures de jugement, nature et quantum des peines prononcées et profil socio-démographique des condamnés.

Objectifs spécifiques à l'alcool : examiner la réponse pénale apportée aux infractions de sécurité routière aggravées par l'alcool.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1984

Approche

Quantitative

Unité statistique

- Condamnation (rendue à l'encontre d'une personne, elle peut comporter plusieurs peines et sanctionner plusieurs infractions)
- Infraction
- Condamné (un individu peut être condamné plusieurs fois au cours de la même année)
- Peine

Champ d'observation

Condamnations prononcées pour crime, délit ou contravention de 5^{ème} classe

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- Les affaires pour lesquelles sont prononcées une relaxe ou un acquittement ne sont pas inscrites dans le Casier judiciaire.
- Toutes les infractions à la loi pénale ne sont pas élucidées, parmi celles qui le sont, certaines sont classées sans suite et ne sont pas sanctionnées par un jugement. Pour d'autres, des voies judiciaires alternatives à la poursuite (médiation pénale) peuvent être utilisées.
- Certaines infractions à la législation fiscale et douanière sont réglées par des voies non judiciaires.
- Les condamnations amnistiées ne sont pas inscrites dans le Casier dès que la loi est promulguée ce qui entraîne une baisse sensible des effectifs de condamnations les années d'amnistie.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Tribunal d'instance

Champ toxicologique

Alcool (à l'origine d'une infraction)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Conduite en état alcoolique (CEA) : caractérisée par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 0,8 g/l de sang ou par la présence dans l'air expiré d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 0,4 mg/l d'air expiré et punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 4 500 euros.

Violences involontaires, homicides ou blessures, (par conducteur en état alcoolique) : résultent de la maladresse, de l'inattention, de la négligence ou de l'inobservation des règlements (et ayant un conducteur comme auteur). Les homicides commis involontairement sont des délits ; les blessures sont des délits si elles ont entraîné une incapacité totale de travail (ITT) supérieure à 3 mois ou si l'infraction comporte des circonstances aggravantes, comme la consommation d'alcool par l'auteur de l'infraction.

Nombre d'unités statistiques observées

En 2016, 102 238 condamnations et compositions pénales prononcées pour conduite en état alcoolique, 152 condamnations pour homicide involontaire par un conducteur en état alcoolique et 1 886 pour blessures involontaires par un conducteur en état alcoolique

Taux de couverture

100 %

Recueil de données

Greffe des juridictions

Données recueillies

- Caractéristiques individuelles : identité, sexe, âge, nationalité, département de naissance, âge à l'infraction, âge à la décision (variables calculées).
- Caractéristiques judiciaires : procédure (juridiction, comparution, signification, recours, détention provisoire, durée de la procédure), décision (date, type de décision, nature de la mesure...), infractions (6 types d'infractions en cas d'infractions multiples).

Qualité et fiabilité des données

Bonne, estimation à 2 % d'erreurs (saisie et double-comptes)

Délai de diffusion des résultats

2 ans pour les données provisoires* dans l'Annuaire statistique de la Justice (données révisées pour n-3 ans)

* données estimées à 19 mois de collecte (+ extrapolation sur 5 mois restants)

Principal mode de diffusion des résultats

Dans l'Annuaire statistique de la Justice pour les condamnations suivant l'infraction principale

Extraction spéciale pour l'OFDT pour les infractions associées

Numéro spécial « Études et statistiques Justice » pour des données plus détaillées.

Synthèse complète dans le rapport annuel de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière.

Bibliographie

- Ministère de la Justice, « Les condamnations. Année 2016 », Paris, 2017, 40 p.
- Salathé M. (sous la direction), « Les infractions au Code de la route et au Code des transports – L'impact sur le permis à points : Bilan statistique de l'année 2017 », Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2018, Paris, 145 p.

Observations

L'unité de compte de base est la décision rendue à l'encontre d'une personne par une autorité judiciaire. Cette décision peut être motivée par une ou

plusieurs infractions, et comporter une ou plusieurs peines et mesures. L'approche statistique doit retenir des conventions pour traiter les condamnations qui concernent des infractions (ou des peines) multiples.

L'infraction principale est la première citée si toutes les qualifications correspondent à une même catégorie (crime, délit ou contravention), c'est la première citée de la catégorie la plus grave si les qualifications correspondent à des catégories différentes (crime + délit par exemple).

La peine principale est la peine la plus grave prononcée pour les infractions de la catégorie la plus grave.

Le fichier statistique du CJN opère un regroupement de la nomenclature NATINF, qui elle reprend toutes les qualifications d'infraction définies par le droit pénal.

Le fichier statistique des condamnations est constitué à partir d'une extraction mensuelle du Casier judiciaire national. Lors de cette extraction, le nom des individus est remplacé par une clé cryptée, une identification anonyme individuelle existante depuis 1984 est exploitable depuis 1993 ce qui permet de raisonner en termes d'individus et non plus seulement en termes de condamnations (les condamnations annuelles étant supérieures au nombre d'individus condamnés).

Un nouveau système informatique a été mis en place en 1995, suite à un changement de version du Casier judiciaire national

Les DOM sont enregistrés et traités au CJN depuis février 1996, seuls les natifs des TOM restant gérés par le tribunal de leur lieu de naissance.

D'une manière générale, les amnisties présidentielles de 1995 et 2002 ont entraîné une baisse importante des condamnations prononcées ces années-là (et, compte tenu des délais de transmission, on compte également une baisse de certaines condamnations de 1994 et 2001). Contrairement à 1995, la plupart des contraventions résultant d'une infraction au code de la route ont été retirées du champ de l'amnistie.

Synthèse

L'alcoolémie délictuelle (taux supérieur à 0,8 g/l de sang ou à 0,40 mg/l d'air expiré) est en diminution en 2017 (123 926 délits en 2017 contre 132 894 l'année précédente, soit - 6,7 %).

L'alcoolémie contraventionnelle (taux compris entre 0,5 et 0,8g/l de sang ou entre 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré) est en baisse pour la sixième année consécutive (- 2,7 % par rapport à 2016).

Pour en savoir plus

DROGUES ILLICITES

Enquête en population générale - adulte

Baromètre santé - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12 Rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Ministère de la Santé)

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Objectifs

Objectifs généraux

- étudier les principaux comportements, attitudes, perceptions liés à l'état de santé des personnes interrogées
- suivre les évolutions des comportements de santé
- examiner l'impact des politiques de prévention par une mise en regard des évolutions observées et des programmes de santé publique (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation, etc.)

Objectifs du module « produits illicites »

- mesurer les consommations et les niveaux d'usage
- repérer les évolutions

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale âgée de 12 à 75 ans (de 1992 à 2005), de 15 à 85 ans en 2010, de 15 à 75 ans en 2014 et 2016, et de 18-75 ans en 2017

Méthode d'échantillonnage

Sondage aléatoire à 2 degrés sur ligne fixe : ménage puis individu
Sondage aléatoire simple sur ligne mobile : utilisateur du numéro

Durée d'observation

4 mois (de 1992 à 2005), 6 à 8 mois depuis 2010

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les personnes n'ayant aucun téléphone (ni fixe, ni portable) au moment de l'enquête ou possédant uniquement un numéro en 08 et 09 ne peuvent être interrogées.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool, produits illicites (cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne), cigarette électronique

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie
- Usage dans l'année : au moins un usage au cours des douze derniers mois
- Récent : au moins un usage au cours des trente derniers jours
- Régulier : au moins dix usages au cours des trente derniers jours.
- Quotidien : tous les jours

Nombre d'unités statistiques observées

25 319 individus en 2017

Taux de couverture

Taux de participation : 41 % pour les téléphones fixes et 39,4 % pour les mobiles

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone

Données recueillies

Questions relatives aux produits illicites : usage et type de produit consommé (au cours de la vie, des 12 derniers mois, des 30 derniers jours), âge au premier usage, et uniquement pour le cannabis : évolution de la consommation, problèmes rencontrés.

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale, situation professionnelle
- consommations : alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent
- caractéristiques relatives à la santé : vaccinations, santé mentale, sentiment d'information, Internet et santé, douleur, santé bucco-dentaire

Qualité et fiabilité des données

Bonne :

- le recueil des données par téléphone assisté par le système Cati permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie
- les taux de non-réponses par variable sont très faibles : nuls sur les consommations de drogues au cours de la vie et des 12 derniers mois et moins de 1% sur les types de produits consommés.

Délai de diffusion des résultats

n + 12 à 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Articles

Bibliographie

- Beck F., Guignard R., Richard J.B., Spilka S., Tovar M.L., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé », Tendances n° 76, 2011, 6 p.
- Beck F., Richard J.B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », Tendances n° 99, 2015, 8 p.
- Beck F. et al., « Cannabis : usages actuels en population adulte », Tendances n°119, 2017, 4 p.

Observations

Le questionnaire est partiellement modifié chaque année en fonction des centres d'intérêt définis à chaque renouvellement de l'enquête, mais un noyau dur de questions reste permanent à des fins comparatives.

Synthèse

En 2016 (comme en 2014), 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (51 % contre 34 %).

L'usage actuel (au cours des 12 derniers mois) concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes).

En 2014, la proportion d'usagers réguliers (c'est-à-dire au moins dix fois au cours des trente derniers jours) atteint globalement 3 %. Sur l'ensemble des 18-64 ans, l'expérimentation de cannabis est passée de 33 % à 42 % entre 2010 et 2016, prolongeant la tendance observée depuis les années 1990, mais de manière plus marquée.

En 2014, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 2,6 % en 2005, 3,8 % en 2010 et 5,6 % en 2014). L'usage dans l'année n'a pas significativement évolué sur cette tranche d'âge entre 2010 (0,9 %) et 2014 (1,1 %). Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que la MDMA/ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. La proportion d'usagers actuels d'ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %) et atteint ainsi son niveau maximal depuis une décennie.

La consommation des autres drogues illicites reste marginale. En 2014, l'usage au cours de la vie de champignons hallucinogènes concerne 4,8 % des personnes interrogées et l'usage actuel 0,3 %. La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5 % (2,5 % parmi les hommes contre 0,6 % parmi les femmes) et l'usage actuel apparaît très rare (0,2 % des personnes interrogées).

Pour en savoir plus

[Tendances n°99 "Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014"](#)

[Tendances n°119 "Cannabis : usages actuels en population adulte"](#)

Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (EROPP) - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

OFDT - 3 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Institut GfK-ISL

Objectifs

- Appréhender les attitudes, représentations, opinions et perceptions des Français relatifs aux substances psychoactives, à leur usage et aux politiques publiques mises en œuvre dans ce cadre
- Mesurer leurs évolutions au fil du temps

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

1999, 2002, 2008, 2012

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population générale des 15-75 ans

Méthode d'échantillonnage

Enquête téléphonique (ITAO ou CATI)

Exercice 1999 et 2002 : Tirage de ménages, tirage d'un individu de 15-75 ans au sein du ménage par la méthode des quotas. Les critères retenus pour les

quotas sont le sexe, l'âge, la profession du chef de famille, la région et la catégorie d'agglomération.

Exercice 2008 et 2012 : Sondage aléatoire avec deux échantillons représentatifs, un concernant les personnes ayant une ligne fixe, l'autre ne possédant qu'un téléphone mobile. Échantillonnage des téléphones fixes par sondage à deux degrés avec tirage du ménage par la méthode d'incrémentation puis sélection de l'individu interrogé par la méthode KISH. Échantillonnage des téléphones mobiles par génération de numéros aléatoires respectant les parts de marché des principaux opérateurs.

Durée d'observation

3 semaines en 1999 et 2002, 9 semaines en 2008 et en 2012

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

En 1999 et 2002 : ménages sur liste rouge, non francophones ou n'ayant pas le téléphone fixe. Une enquête complémentaire « portable exclusif » permet de limiter partiellement ces biais.

En 2008 et 2012 : ménages non francophones.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

5 zones UDA (Région parisienne, Nord-ouest, Nord-est, Sud-ouest, Sud-est)

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour les drogues illicites :

- expérimentation : consommer au moins une fois une drogue illicite au cours de sa vie.
- consommation récente : consommer au moins une drogue illicite au cours des douze derniers mois.

Nombre d'unités statistiques observées

2 500 individus (dont 300 individus possesseurs exclusifs d'un portable) en 2012.

Taux de couverture

La méthode de sondage utilisée implique que la structure de l'échantillon ne se trouve pas déformée par les non-réponses. Un redressement a néanmoins été opéré afin d'ajuster les poids de chaque individu aux marges théoriques par un algorithme itératif (calage sur marge). En 2012, les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les dernières données du recensement de l'INSEE sur les variables suivantes : sexe, tranche d'âge, région, catégorie

socioprofessionnelle, nombre de personnes au foyer, équipement téléphonique et type d'habitat.

Recueil de données

Entretien téléphonique

Données recueillies

- Perception de la dangerosité des produits illicites (cannabis, cocaïne, héroïne)
- Perception des usagers de cannabis, de cocaïne et d'héroïne
- Réactions à certaines opinions sur les drogues
- Perception des politiques publiques
- Consommation dans la vie et dans l'année de cannabis et des autres drogues illicites

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, profession et statut d'activité - de la personne interviewée et du chef de famille - diplôme, situation familiale) et question générale d'attitude (motifs de préoccupation pour la société).
- consommations et opinions sur les autres substances.

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 12 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Costes J.M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », Tendances n°71, 2010, 6 p.
- Tovar M.L., Le Nézet O., Bastianic T., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », Tendances n°88, 2013, 6 p.

Observations

Synthèse

Plus de sept Français sur dix (72 %) interrogés lors de cette enquête estiment improbable « d'arriver à ce que personne ne se drogue ». En réponse à la

question « quelles drogues connaissez-vous, ne serait-ce que de nom ? » la quasi-totalité des Français (96 %) cite spontanément au moins un produit : le cannabis est le plus souvent mentionné (86 %), devant la cocaïne (64 %) et l'héroïne (48 %).

Les Français estiment majoritairement que les produits illicites constituent un risque dès l'expérimentation (90 % pour l'héroïne et 85 % pour la cocaïne). La part des personnes estimant que l'usage du cannabis comporte un risque dès l'expérimentation est en baisse (54 %, contre 62 % en 2008). La perception du pouvoir addictif du cannabis n'a cessé de progresser, passant de 21 % en 2002 à 38 % aujourd'hui.

Comme en 2008, une majorité estime que les usagers de ces substances peuvent être « un danger pour leur entourage ». Cet avis est partagé par 87 % des Français à propos des consommateurs d'héroïne et 83 % pour la cocaïne. Vis-à-vis des usagers de cannabis, 67 % de la population estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage, alors qu'ils étaient 62 % en 2008.

Concernant les sanctions pénales encourues par les usagers de cannabis, une large majorité des Français est favorable à la possibilité d'un simple « rappel à la loi » (86 %) ou d'« une obligation de soins » (87 %). Plus des deux tiers (68 %) soutiennent le principe d'« un stage payant d'information sur la loi et les dangers des drogues », créé par la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, pour dissuader les usagers occasionnels d'une éventuelle récidive. Par ailleurs, seulement 36 % de la population juge plutôt comme « une bonne chose ou une très bonne chose » la possibilité d'une peine de prison pour usage simple de cannabis (sans infraction associée).

Les Français restent très majoritairement opposés à une mise en vente libre du cannabis (78 %, en recul par rapport à 2008 - 85 %). La part d'opinions favorables à la proposition d'autoriser le cannabis sous certaines conditions (en maintenant l'interdiction pour les mineurs et avant de conduire) a quant à elle doublé sur la période, passant de 31 % à 60 %.

En matière de politique de réduction des risques, l'opinion des Français s'est légèrement modifiée par rapport à 2008. Ils sont désormais 83 % à être d'accord avec le principe de base de cette politique mise en action dans les années 1990, contre 70 % en 2008. Concernant l'ouverture de salles de consommation à moindre risque en France, 58 % des Français s'y montrent favorables.

Pour en savoir plus

[Tendance n°88](#)

Enquête en population générale – jeunes

European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka – OFDT – 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis

Financement et collaboration

Groupe ESPAD

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Ministère de l'Éducation nationale

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1999, 2003, 2007, 2011, 2015

(La France n'a pas participé à l'enquête de 1995, les données de l'enquête nationale de 1993 servent de point de référence : Choquet M., Ledoux S., Adolescents, enquête nationale. Analyse et perspective, Paris, INSERM, 1994)

Approche
Quantitative

Unité statistique
Individu

Champ d'observation

Population scolaire de l'enseignement secondaire (public et privé)
Depuis 2011, un échantillon de jeunes élèves âgés de 16 ans (nés en 1999 pour l'enquête 2015) est sélectionné pour répondre aux exigences du protocole européen et un autre est tiré pour couvrir l'ensemble des élèves scolarisés dans les lycées français, de la seconde à la Terminale.

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique, le fait d'être en ZEP, le secteur public ou privé) puis classes (2 par établissement, sur tous les niveaux)

Durée d'observation

Deuxième trimestre 2015

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Jeunes non scolarisés (rares en collège mais plus important en lycée : 2 % entre 13 et 15 ans et 8 % à 17 ans). Absentéisme (plus fréquent chez les consommateurs que chez les autres élèves).
Au final, on compte 9,8 % d'absents ou de refus (des élèves ou des parents)

Champ géographique
France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, alcool, médicaments psychotropes, cannabis, produits à inhaler, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ecstasy)
2015 : ajout des addictions sans produit

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Au cours de votre vie, combien de fois avez-vous consommé les drogues suivantes ?

Suit, dans le questionnaire, la liste des produits possibles, avec pour chaque produit la nécessité de répondre le nombre de fois.

- Expérimentation : avoir consommé au moins une fois
- Usage répété : au moins dix fois au cours de l'année
- Usage récent : au moins un usage au cours des 30 derniers jours

- Usage régulier : à partir de 10 fois par mois

Nombre d'unités statistiques observées

2015 : 2 714 élèves nés en 1999 et 6 642 lycéens (de la 2^{nde} à la Terminale)

Taux de couverture

Taux de participation des classes de 93 %.

Recueil de données

Questionnaire auto-administré

Données recueillies

Le questionnaire porte sur :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales, résultats scolaires ;
- consommation de tabac
- consommation de boissons alcoolisées
- consommation de cannabis et autres produits psychoactifs : fréquence de la consommation, type de produits consommés, âge à l'expérimentation, risques de consommation
- addictions sans produit (Internet, jeux vidéo jeux de hasard et d'argent en ligne)
- habitudes de vie, loisirs, sports, santé

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- The ESPAD Group, "ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs". Lisbon, EMCDDA, 2016; ESPAD, 99 p.
- Spilka S., Le Nézet O., « Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015 », OFDT, 2016, 21 p.
- Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E., « Les drogues durant les " années lycée " - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 », Tendances n°112, OFDT, 2016, 4 p.

Observations

Le remplissage des questionnaires se fait en présence d'un enquêteur. Cette personne est chargée de présenter l'enquête aux élèves et de répondre à leurs éventuelles questions.

Synthèse

En 2015, près d'un élève sur trois (32 %) âgé de 16 ans déclare avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de la vie, les filles moins souvent que les garçons (29 % vs 34 %). L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) concerne 17 % des adolescents avec une légère prédominance masculine. Entre 2007 et 2011, les usages déclarés de cannabis au cours du mois ont fortement diminué, passant de 24 % à 17 %. Après une baisse conséquente en 2007, et une hausse équivalente en 2011, les jeunes garçons retrouvent un niveau équivalent à celui de 2007, alors que les jeunes filles affichent un niveau significativement supérieur à 2007.

En 2015, 7 % des élèves de 16 ans déclarent avoir expérimenté au moins une substance illicite autre que le cannabis, sans différence en fonction du sexe. [Extrait rapport de synthèse – septembre 2016].

Si un tiers des élèves de 2^{nde} disent avoir fumé du cannabis au moins une fois dans leur vie (35 %), ils sont 54 % à l'avoir fait à la fin de l'année de terminale. Au total, 44 % des lycéens en ont déjà fumé en 2015 (contre 46 % en 2011), les garçons plus que les filles (46 % vs 42 %), et 36 % en ont consommé au cours de l'année (vs 41 %).

Le lycée est à la fois une période d'expérimentation et d'intensification des usages. En 2015, 6 % des élèves de 2^{nde} déclarent en avoir fumé au moins dix fois au cours du mois, contre 9 % en terminale. Quel que soit leur niveau scolaire, les garçons sont toujours plus consommateurs que les filles. L'usage régulier de cannabis est le seul indicateur stable sur la période 2011-2015 (8 %). Un lycéen sur dix déclare avoir déjà pris au moins une drogue illicite autre que le cannabis, en recul significatif par rapport à l'enquête de 2011 (13 %). Cette baisse est portée essentiellement par une moindre expérimentation des amphétamines et des champignons hallucinogènes.

Par ailleurs, ces expérimentations sont davantage le fait des garçons (11 %) que des filles (7,5 %), et des élèves de l'enseignement professionnel (12 %) que de ceux des filières générales et techniques (8 %). Cocaïne, champignons hallucinogènes et ecstasy demeurent les principaux produits cités, avec des taux d'expérimentation compris entre 3 et 4 %.

Du côté des nouvelles substances qui imitent les effets de drogues illicites, en 2015, 5 % des lycéens indiquent en avoir déjà pris tandis que 6 % ne savent pas dire s'ils en ont déjà consommé [Extrait du Tendances n°112].

Pour en savoir plus

Consulter [rapport ESPAD France \(21 p.\)](#) et [Tendances n°112](#)

Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Stanislas Spilka - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93218 St Denis

Financement et collaboration

Direction du service national et de la jeunesse (Ministère des Armées)

Objectifs

- Appréhender les attitudes et les comportements des jeunes, arrivant à la fin de l'adolescence, relatifs à leur consommation et modes d'usage de substances psychoactives, leur santé et leurs modes de vie.
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps.
- Effectuer des comparaisons avec les enquêtes en milieu scolaire (ESPAD et HBSC) et l'enquête Baromètre Santé.

Méthodologie

Périodicité

Triennale

Dates d'observation

2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Métropole : jeunes de 17 ans

DOM-COM : jeunes de 17-18 ans

Méthode d'échantillonnage

Enquête exhaustive à une période donnée

Durée d'observation

- de 2000 à 2003, enquête sur 2 journées
- 2005 : extension de la période de passation de mars à fin juin
- 2008 : période 15 jours en métropole (début avril) et période d'un mois dans les DOM-COM (avril).
- 2011 : une semaine et demie (du 14 au 22 mars 2011)
- 2014 : une semaine (du 17 au 21 mars 2014)
- 2017 : 2 semaines (du 13 au 25 mars 2017), étendue pour la Corse, la Guyane, la Nouvelle-Calédonie et Mayotte

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Absence des jeunes de nationalité étrangère résidant sur le territoire français et des jeunes ne participant pas à la Journée défense et citoyenneté (JDC) (mais le caractère quasi-obligatoire de la JDC lui assure une bonne participation, estimée à 90 %)

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (tabac, cigarette électronique, alcool, médicaments, cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, cocaïne, LSD, crack, héroïne, ...)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pour les substances illicites :

- Expérimentation : avoir consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie
- Usage récent : au moins un épisode de consommation au cours des trente derniers jours
- Usage régulier (de cannabis) : au moins 10 épisodes de consommation au cours des trente derniers jours
- Usage quotidien : au moins une fois par jour

Nombre d'unités statistiques observées

Après contrôle des données et filtrage sur l'âge, 39 115 questionnaires sont exploitables en 2017 en métropole.

Taux de couverture

Taux de participation : 99 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré anonyme.

En 2017, le dispositif a été rénové afin d'améliorer les conditions d'enquête et d'aider le personnel civil ou militaire en charge des passations : une vidéo de présentation de l'enquête a été projetée dans tous les centres avant chaque passation.

Données recueillies

Le questionnaire 2017 comprenait des questions sur :

- caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, caractéristiques scolaires et familiales)
- santé physique et mentale, mode de vie, loisirs et sociabilité
- Module sur l'usage de produits illicites :
- fréquence de la consommation et type de produits consommés
- âge à l'expérimentation
- polyconsommation

Qualité et fiabilité des données

Nombreuses vérifications quant à la représentativité des échantillons, la cohérence des réponses, etc. Pondération et recodage conformes aux recommandations méthodologiques internationales.

Délai de diffusion des résultats

Publication : n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 », Tendances, OFDT, n° 123, 20188 p.
- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017, OFDT, 2018, 54 p.

Observations

Grâce à la mise en place de la Journée défense et citoyenneté (JDC), cette enquête permet de toucher l'ensemble des jeunes d'une classe d'âge (scolarisés ou non, filles et garçons), à un âge stratégique quant aux consommations de substances psychoactives.

Les échantillons constitués dans les DOM-COM permettent d'obtenir des données détaillées et comparables à celles de la métropole.

L'enquête renouvelée pour la 8^{ème} fois en 2017 permet d'étudier des évolutions dans les niveaux et contextes d'usage.

Synthèse

En 2017, 39,1 % des adolescents de 17 ans ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. Cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD : elle est inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002. La baisse des usages de cannabis concerne l'ensemble des indicateurs : l'usage dans l'année diminue de 7 points, passant de 38,2 % à 31,3 %, alors que l'usage régulier recule de 2 points, passant de 9,2 % à 7,2 %. Les consommations sont d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée, notamment les niveaux d'usages réguliers qui varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). Ce recul généralisé des usages de cannabis entre 2014 et 2017 s'observe chez les deux sexes.

En 2017, au regard du Cannabis Abuse Screening Test (CAST), un usager dans l'année sur quatre présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis (24,9 %). Cette proportion est légèrement plus importante qu'en 2014 (21,9 %) et la part d'usagers dans l'année potentiellement à risque est plus élevée chez les garçons que chez les filles, respectivement 29,1 % et 19,5 %. Ainsi, globalement, à 17 ans, 7,4 % des adolescents seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit autour de 60 000 jeunes de cet âge.

En 2017, 6,8 % des adolescents de 17 ans déclarent avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis. Ce chiffre est en recul de 2 points par rapport à 2014 (8,8 %). Les niveaux d'expérimentation de ces substances se maintiennent entre 3 % et 4 % pour les plus élevés (3,4 % pour la MDMA/ecstasy) et moins de 1 % pour les plus faibles (0,6 % pour le crack). Les champignons hallucinogènes passent pour la première fois depuis 2000 au-dessous de la barre des 3 % (2,8 %).

Si les niveaux d'expérimentation des produits à inhaler restent circonscrits (3,1 %), ils sont nettement plus importants pour les poppers ou le *purple drank*. En effet, leurs usages au cours de la vie concernent, à 17 ans, près de un adolescent sur dix (respectivement 8,8 % et 8,5 %).

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°123](#) et [Analyse régionale](#)

Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Coordination : Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le Réseau HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) ;

Pour la France : Service médical du Rectorat de l'Académie de Toulouse

Responsable

Emmanuelle Godeau, Félix Navarro - Service médical du Rectorat de Toulouse – 12, rue Mondran 31 400 Toulouse et INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) Unité mixte de recherche 1027 (Épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps) - Faculté de médecine Purpan - 37, allée Jules Guesde, 31073 Toulouse Cedex 7

Financement et collaboration

Ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'enseignement scolaire - DGESCO - et Direction des études de la performance et de la prospective - DEPP)

Rectorat de l'Académie de Toulouse

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Association pour le développement de HBSC

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Objectifs

- Appréhender les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier l'alcool et le tabac, mais aussi les drogues illicites), leur santé et leurs modes de vie
- Mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps
- Effectuer des comparaisons internationales (43 pays ou régions du monde occidental).

Méthodologie

Périodicité

Quadriennale

Dates d'observation

1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individus, élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés en France métropolitaine

Champ d'observation

Population scolaire du CM2 à la seconde, dans les établissements publics et privés sous contrat avec l'Éducation nationale.

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés : établissements scolaires (selon le type d'établissement, la localisation géographique (6 inter régions DATAR), rural/urbain (en 4 catégories) et classes (selon les différents niveaux scolaires, du CM2 à la seconde)

Jusqu'en 2006, la France « échantillonnait » les collégiens dans l'objectif d'obtenir trois sous-groupes représentatifs d'élèves des générations âgées de 11, 13 et 15 ans. Ce n'est qu'en 2010 que les modalités de l'échantillonnage ont été modifiées afin d'obtenir un échantillon d'élèves représentatif à la fois des jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans (pour répondre à la contrainte internationale), mais également de l'ensemble des collégiens selon les différents niveaux scolaires.

Durée d'observation

3 mois (d'avril à juin)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

La scolarité étant obligatoire jusqu'à 16 ans, tous les jeunes de 11, 13 et 15 ans sont scolarisés (exceptions très rares). Ont été exclus d'emblée les sections spéciales (formations en alternance, classes passerelles, CLIPPA) et les écoles dont le nombre total d'élèves était inférieur à 30.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Métropole

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites (tabac, alcool) et, uniquement pour les 15 ans, illicites (cannabis, ecstasy, amphétamines, héroïne, opium, morphine, cocaïne, crack, colle ou solvants respirés, LSD, autre, médicaments « pour se droguer », produits dopants pour le sport).

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. Cette notion englobe donc des consommateurs actuels mais également des individus ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation.

Les autres indicateurs portent sur les 30 derniers jours : usage récent (au moins un épisode de consommation), usage régulier d'alcool ou de cannabis (au moins dix épisodes de consommation), usage quotidien (au moins une fois par jour).

L'indicateur du niveau d'usage de drogues illicites et de médicaments pour se droguer porte sur les douze derniers mois, ces usagers étant assimilables à des expérimentateurs étant donné l'âge des répondants.

Nombre d'unités statistiques observées

10 434 lycéens, collégiens et écoliers en 2014

Taux de couverture

Supérieur à 95 %

Recueil de données

Questionnaire auto-administré en classe

Données recueillies

L'ensemble du questionnaire comprend environ 70 questions (+ quelques-unes pour les 15 ans), soit plus de 160 items pour les 11 ans et près de 200 pour les 15 ans, dont :

Pour les drogues illicites (élèves de 15 ans seulement) :

- expérimentation de drogues illicites
- âge de cette expérimentation
- nombre de prises de drogues illicites au cours de la vie
- nombre de prises de drogues illicites au cours des douze derniers mois

Autres questions :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, caractéristiques familiales
- santé, habitudes de vie, blessures, violences, activité physique, loisirs, vie à l'école, conduites déviantes, sexualité (élèves de 15 ans seulement)
- module alcool
- module tabac

Le questionnaire international comprend plus de 100 questions obligatoires pour tous les pays + 20 groupes de questions optionnelles (nutrition et alimentation, activité physique, comportements à risque, consommation de substances addictogènes, santé sexuelle, violence et blessures, culture familiale, culture de pairs, santé positive, environnement scolaire, inégalités sociales).

Qualité et fiabilité des données

Bonne

Délai de diffusion des résultats

Premiers résultats : n + 9 mois

Publication : n + 18 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Tendances

Bibliographie

- Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.

- Inchley J. et al., "Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being". *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No.7), 294 p.

Observations

Synthèse

En 2014, un collégien sur dix déclare avoir déjà consommé du cannabis. Comme en 2010, l'expérimentation du cannabis durant les années collège ne débute réellement, le cas échéant, qu'à partir de la 4^{ème}, où un élève sur dix déclare en avoir déjà fumé au moins une fois. Cette expérimentation se caractérise par une très forte progression entre la 6^{ème} (1,4 %) et la fin du collège, où elle est rapportée par près de un jeune sur quatre (24 %). Parmi les plus jeunes, l'expérimentation concerne essentiellement les garçons alors que, par la suite, les écarts de niveaux entre les garçons et les filles s'amenuisent nettement. Ils restent néanmoins statistiquement significatifs, ce qui n'était pas le cas en 2010 où les filles présentaient en 4e comme en 3e des niveaux comparables à ceux des garçons (figure 3c). Concernant les niveaux d'usage récent de cannabis, ils ne présentent aucune évolution particulière par rapport à 2010 (8,2 % en 2014 contre 7,9 % en 2010 chez les élèves de 4^{ème} et 3^{ème}). [Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D, Ngantcha M. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège" », OFDT, Saint-Denis, *Tendances* n° 106, 6 p., 2015.]

Pour en savoir plus

Consulter [Tendances n°106](#)

www.hbsc.org

Systeme d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile et à la substitution (SIAMOIS)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Anne-Claire Brisacier - OFDT - 3 avenue du Stade de France - 93 218 Saint-Denis La Plaine

Financement et collaboration

Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS)

Objectifs

- Disposer d'indicateurs de ventes pharmaceutiques rendant compte de la mise en œuvre des mesures de réduction des risques, du niveau local au niveau national
- Comparer ces indicateurs et les confronter à des indicateurs de risques liés à l'usage de drogue pour suivre l'évolution de l'impact de ces mesures
- Évaluer le nombre théorique d'usagers sous substitution
- Mettre ces informations à disposition des acteurs locaux engagés dans la prise en charge de l'usage de drogue pour programmer et évaluer leurs actions

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1996

Approche

Quantitative

Unité statistique

Ventes pharmaceutiques de médicaments de substitution et des seringues stériles par zone d'activité des répartiteurs pharmaceutiques (Unités géographiques d'analyse).

Champ d'observation

Matériel d'injection stérile et médicaments de substitution

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- Les seringues vendues en pharmacie représentent entre 80 et 90 % de l'offre totale de seringues. Les programmes d'échange de seringues en distribuent entre 10 % et 20 % selon des estimations réalisées en 1996.
- Seules les ventes de seringues de marque Beckton-Dickinson® sont comptabilisées. Toutefois, il semble qu'elles constituent celles qui sont le plus achetées par les usagers de drogues par voie intraveineuse (80 % du marché de la seringue 0,5 ml, 1 ml et 2 ml).
- Les données de vente des génériques du Subutex® (buprénorphine haut dosage) ne sont prises en compte qu'à partir de 2016.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés (buprénorphine, méthadone)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

- Stéribox® : trousse de prévention contenant 2 seringues 1 ml Beckton Dickinson, 1 flacon d'eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif et des messages de prévention ; jusqu'en octobre-novembre 1999.
- Stéribox II® à partir d'octobre 1999 : 2 seringues 1ml Beckton Dickinson, 1 flacons eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif + message prévention ; 2 stericups (récipient + filtre stérile)
- Seringues : depuis 2001, 1 ml par paquet de 30
- Produits de substitution : Subutex® (buprénorphine haut dosage) et Méthadone® vendus sous leurs différents conditionnements (voir ci-dessous).

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 1 602 310 Stéribox® vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Taux de couverture

Recueil de données

Les informations répertoriées concernent les ventes de seringues et de produits de substitution dans les pharmacies françaises.

Données recueillies

- Nombre de ventes mensuelles de seringues Beckton-Dickinson® : depuis 2001, seringues 1 ml par paquet de 30 ; auparavant également seringues 1 ml à l'unité et 2 ml par paquet de 20
- Nombre de ventes mensuelles de Stéribox® (octobre-novembre 1999, Stéribox II® à partir d'octobre 1999)
- Ventes mensuelles de buprénorphine (Subutex® et génériques)
- Ventes mensuelles de méthadone

Qualité et fiabilité des données

Bonne pour la vente des seringues en pharmacie. Par contre, le nombre de seringues distribuées dans les programmes d'échange de seringues n'a pas été ré-estimé récemment.

Délai de diffusion des résultats

Principal mode de diffusion des résultats

Diffusion papier ou fichier informatique sur demande

Bibliographie

- Emmanuelli J., « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 (2 tomes) », Saint-Maurice, InVS (Institut de Veille Sanitaire), 2000, 55 et 93 p.

Observations

- Ces données sont représentatives des ventes au détail car les pharmacies font peu de stock pour ces produits.
- Les zones unitaires de distribution des produits ne correspondent pas à des territoires administratifs (communes ou villes) mais leur regroupement permet de définir précisément la quantité de produits vendus par département ou par région.
- Pour le suivi des seringues, il a été tenu compte au niveau national de l'utilisation par d'autres populations, les diabétiques notamment ; au niveau local, les tendances sont suivies plus précisément.

- Ces données permettent d'estimer un nombre minimum de patients sous traitement de substitution délivré en pharmacie en se basant sur les hypothèses suivantes: dose moyenne journalière de 8 mg pour la buprénorphine et de 60 mg pour la méthadone, et traitement de 30 jours par mois où le produit est entièrement consommé par une seule et même personne.

Synthèse

En 2017, 1 602 310 Stéribox® ont été vendues ou distribuées aux usagers de drogues.

Registre national des causes de décès - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Responsable

Grégoire Rey - INSERM CépiDc - 44, Chemin de Ronde - 78116 Le Vésinet Cedex

Financement et collaboration

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Objectifs

- fournir les indicateurs démographiques de mortalité de base
- décrire les évolutions des composantes de la mortalité

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1968

Approche

Quantitative

Unité statistique

Décès

Champ d'observation

Population générale / décès domiciliés

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Continue

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les informations sur les décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier des décès par mort violente).

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Substances psychoactives licites et illicites (alcool, tabac, cannabis, hallucinogènes, barbituriques et tranquillisants, morphiniques, cocaïne, amphétamines, antidépresseurs, autres)

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Codes CIM10 : F11, F12, F14 à F16 et F19 (troubles du comportement liées à la consommation des différents produits stupéfiants)

Codes X42 (décès accidentels liés aux stupéfiants)

X62 (suicides par usage de stupéfiants)

Y12 (décès par usage de stupéfiants, contexte inconnu)

Nombre d'unités statistiques observées

En 2015, 301 surdoses mortelles par usage de stupéfiants en France parmi les 15-64 ans.

Taux de couverture

100 % des certificats de décès sont enregistrés par l'INSERM, mais il existe une sous-déclaration des causes médicales de décès pour les morts violentes car certains instituts médico-légaux ne transmettent aucune information.

Recueil de données

Circuit administratif du certificat de décès :

« Le médecin remplit les deux parties du certificat et clôt la partie médicale (partie inférieure). Le certificat est transmis à la mairie. La mairie rédige alors deux documents : l'avis 7 bis et le bulletin 7.

- L'avis 7 bis comporte le nom de la personne décédée et les informations d'état civil qui permettront à l'Insee de mettre à jour le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

- Le bulletin 7 comprend les mêmes informations individuelles sur la personne décédée mais sans le nom. La mairie envoie l'avis 7 bis à l'Insee et le bulletin 7, accompagné de la partie inférieure du certificat toujours close, à la Ddass

du département. Le médecin de la Ddass ouvre le certificat et prend connaissance des causes du décès. Le certificat est ensuite envoyé à l'INSERM toujours accompagné du bulletin 7.

En parallèle à cette procédure, en cas de mort suspecte, le corps est envoyé dans un institut médico-légal qui rédige le certificat médical de décès définitif. »

[Extrait : Pavillon G., Laurent F., « Certification et codification des causes médicales de décès », BEH n° 30-31, 2003, 5 p.]

En 2007, une expérimentation a été menée pour informatiser la certification des causes de décès afin d'améliorer et d'accélérer la transmission des données :

« Le médecin remplit la partie haute du certificat (état civil) et la partie basse (causes médicales de décès) comme elles se présentent sur le document papier. Lorsque les deux parties sont remplies, la partie haute est imprimée et signée par le médecin certificateur, afin d'être disponible pour les opérations funéraires et suivre le circuit classique de l'état civil, de la mairie à l'Insee. Les informations individuelles chiffrées sont disponibles pour les organismes autorisés : Insee pour la partie état civil, INSERM, InVS et Ddass pour les causes médicales de décès. De janvier à juin 2007, l'application était disponible, à titre expérimental, dans des établissements de santé et médico-sociaux, afin d'évaluer son fonctionnement pendant une période de six mois [...] Sur la base de ces informations, une nouvelle version de l'application a été mise en place. L'application, toujours disponible pour les établissements de santé qui ont participé à l'expérimentation, est maintenant accessible à l'ensemble des établissements. »

[Extrait : Pavillon G., Coilland P. et Jouglu E., « Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives », BEH n° 35-36, 2007, p. 306-308]

Données recueillies

- Certificat de décès (anonyme) = commune de décès, commune du domicile, date de décès, date de naissance, sexe, causes de la mort, comorbidité et informations complémentaires (décès liés à une grossesse, autopsie et lieu de décès).

- Bulletin 7 (anonyme) = informations d'état civil : date et lieu de naissance, état matrimonial, CSP, lieu de domicile, date et lieu du décès.

Qualité et fiabilité des données

Certains certificats de décès peuvent ne pas mentionner la présence de stupéfiants, volontairement dans certains cas ou involontairement si l'utilisation de stupéfiants n'est pas connue. Certains décès par surdose peuvent également être classés en « cause inconnue ou mal connue », notamment en cas de procédure judiciaire, certains instituts médico-légaux (IML) n'établissent pas de certificats de décès à l'issue des investigations. Ainsi en 2016, seuls 4 IML sur 30 interrogés (la France compte 32 IML sur son territoire) déclaraient rédiger

systématiquement un second certificat de décès. Les décès par surdose d'opiacés ne correspondent pas uniquement à des surdoses de stupéfiants chez des usagers de drogues, mais aussi aux décès par surdose de morphine par suicide.

Le pourcentage de décès certifiés électroniquement progresse depuis sa mise en place en 2006 mais reste faible: 12 % en 2017. De plus ces données de mortalité ont un délai de mise à disposition de 2 ans. Un nouveau certificat de décès, ainsi qu'un volet médical complémentaire à ce certificat sont entrés en vigueur en janvier 2018. Le volet complémentaire est destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès, comme dans le cas des décès par surdose ayant donné lieu à des investigations médico-légales.

Délai de diffusion des résultats

n + 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Site Internet : <https://cepidc.inserm.fr/qui-sommes-nous/le-cepidc>

Bibliographie

- Janssen E., "Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique", 2009, RESP, 57: 126-129.
- Janssen E., Palle C., "Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France", Tendances n°70, 2010, 6 p.
- Deborde T. (encadrée par Brisacier A.-C.), « Les décès par surdose en France - État des lieux et comparaisons européennes », OFDT, 2016, 130 p.

Observations

Les nomenclatures de causes de décès ont évolué au cours du temps ce qui ne permet pas de comparaisons directes entre les différentes statistiques basées sur chacune. Des règles de correspondance ont été toutefois établies pour pallier à ce problème ; depuis l'année 2000, l'INSERM utilise la CIM 10.

Les décès réparables à partir du registre des causes de décès de l'INSERM ne correspondent pas uniquement à des surdoses, puisque tous les décès pour lesquels l'usage de drogues est signalé comme une cause associée sont susceptibles d'être enregistrés.

Synthèse

Le nombre de décès par surdose de produits stupéfiants est stable entre 2013 et 2015 chez les individus de 15 à 49 ans, après une diminution en 2011 et 2012, suivie d'une hausse en 2013.

Parmi les décès par surdose chez les 15-49 ans, on compte un peu plus d'1 femme pour 9 hommes en 2015 (contre environ 1 femme pour 4 hommes les années précédentes). La réalisation d'une autopsie est recommandée par le médecin certificateur dans 35 % des décès par surdose survenus chez les moins

de 50 ans (le résultat est connu au moment de la rédaction du certificat dans 8 % des cas, tandis que la réalisation effective de l'autopsie n'est pas documentée dans 27 % de cas). Enfin, 49 % des décès n'ont pas donné lieu à une recommandation d'autopsie et cette information manque dans 16 % des certificats de décès [Extrait des séries statistiques « Évolution du nombre de décès par surdose depuis 1985 »].

Pour en savoir plus

[Accès au CépiDc](#)

Accès Séries statistiques

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose/>

Systeme de surveillance du Sida en France

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12, rue du Val d'Osne - 94415 St Maurice Cedex

Financement et collaboration

Agences régionales de santé (ARS)

Objectifs

- Assurer une surveillance épidémiologique du sida
- Mesurer l'incidence de la maladie et la mortalité liée au sida
- Mesurer l'impact de l'accès au dépistage des séropositifs, de la prise en charge thérapeutique avant le sida et des actions de prévention des prophylaxies primaires.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1982 (rétrospectif pour les cas diagnostiqués entre 1978 et 1982)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individus (nouveaux cas de sida, décès, nombre de cas de sida vivants)

Champ d'observation

Population atteinte du sida

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

L'interprétation de ces données doit tenir compte de l'existence d'une sous-déclaration, estimée dans les années 1990 entre 10 et 20 %, et, pour les 2 années les plus récentes, du caractère provisoire des chiffres en raison des délais de déclaration.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Drogues injectables

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Mode de transmission du VIH : rapports hétérosexuels, rapports homosexuels, injection de drogues, autres, inconnus.

Nombre d'unités statistiques observées

- 38 nouveaux cas de sida (données corrigées) diagnostiqués en 2016 chez des usagers de drogues par voie injectable (UDVI)
- 36 décès au stade sida chez des UDVI en 2016 (données corrigées)

Taux de couverture

- Sous-déclaration des cas de sida par les praticiens estimée à 16 % en 1990-1993 et à 34 % en 2004-2006.
- Sous-déclaration des décès par sida estimée de l'ordre de 15 à 25 %
- Sous-déclaration plus importante pour les cas pédiatriques

Recueil de données

Notification réalisée par les cliniciens puis adressée à Santé publique France via les médecins inspecteurs de santé publique des ARS.

Les données sont anonymisées dès le départ (code d'anonymat établi par Santé publique France).

Le code d'anonymat permet de chaîner les notifications VIH, sida, décès.

Données recueillies

- Caractéristiques socio-démographiques : sexe, date de naissance, département/pays de domicile, nationalité, profession
- Date de décès, pathologie, biologie, mode de transmission présumé

Qualité et fiabilité des données

- Bonne qualité des données
- La déclaration obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003, a été modifiée en juillet 2007, afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, de la façon suivante :

1. Modification des fiches de déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'adulte et l'adolescent (précisions sur les critères de déclaration, suppression, modification et ajout de variables).

Les nouvelles fiches sont utilisées depuis le 1^{er} janvier 2008.

2. Création de deux fiches distinctes pour la déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'enfant de moins de 15 ans (au lieu de 13 ans auparavant), la notification d'infection par le VIH de l'enfant étant désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte.

Ces fiches sont utilisées depuis juillet 2007.

Les fiches de déclaration, comportant trois à cinq feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) s'approvisionnent auprès de l'ARS de leur région d'exercice.

La surveillance virologique (dépôt sur buvard, par le biologiste, de quelques microlitres du sérum ayant servi au diagnostic et envoi au Centre national de référence du VIH qui réalise un test d'infection récente et un sérotypage) se poursuit sans modification des différents supports (buvards, sachets plastiques et enveloppes T). Cette surveillance ne concerne pas l'enfant.

Délai de diffusion des résultats

n + 1 trimestre

Principal mode de diffusion des résultats

- [Base de données sida](#) sur le site de Santé publique France
- Articles dans le BEH

Bibliographie

- Cazein F., Pillonel J., Imounga L., Le Strat Y., Bousquet V., Spaccaferri G. et al., « Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida », France, 2008. BEHWeb 2009(2).
- Institut de veille sanitaire (InVS), « L'infection à VIH-Sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence », BEH, n°45-46, 30 novembre 2010, pp.449-476.
- Institut de veille sanitaire (InVS), « L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida », BEH, n°43-44, 29 novembre 2011.

Observations

La déclaration des cas de sida est obligatoire depuis juin 1986.

Synthèse

BEH thématique [«L'infection à VIH-Sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence»](#) n°45-46 (2010)

BEH thématique [«L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida»](#) n°43-44 (2011)

Pour en savoir plus

Accès à la [Base de données sida](#)

Système de surveillance du VIH en France

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France

Responsable

Santé publique France - 12, rue du Val d'Osne - 94415 St Maurice Cedex

Financement et collaboration

Agences régionales de santé (ARS)

Objectifs

- Assurer une surveillance épidémiologique des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH.
- Parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, décrire les caractéristiques des personnes récemment contaminées, les modes de contamination, le stade clinique de l'infection.
- La notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection VIH est couplée à la surveillance virologique des contaminations récentes et des sous-types circulants (afin de déterminer le type de virus, le groupe et le sous-type en cas d'infection et de déterminer si la contamination est récente ou non).

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 2003

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu (nouveaux cas de séropositivité)

Champ d'observation

Population dépistée positive pour le VIH

Méthode d'échantillonnage

Exhaustive pour la notification du VIH

Sur la base du volontariat pour la surveillance virologique

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

L'interprétation de ces données doit tenir compte de l'existence d'une sous-déclaration, estimée à 28 % en 2010 (contre 44 % en 2003), et pour les 2 années les plus récentes, du caractère provisoire des chiffres en raison des délais de déclaration.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Drogues injectables

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

- Incidence du VIH : nouveaux cas de séropositivité.
- Mode de contamination du VIH : rapports hétérosexuels, rapports homosexuels, injection de drogues, autres, inconnus.

Nombre d'unités statistiques observées

66 découvertes de cas de séropositivité VIH chez des usagers de drogues par voie injectable en 2016 (données corrigées)

Taux de couverture

Estimé à 71 % pour l'année 2008 (données issues de la notification obligatoire comparées au nombre de sérologie confirmées positives en 2008).

Recueil de données

- Dans le cas des adolescents et adultes, notification par le biologiste, complétée dans un second temps par le médecin ayant prescrit le test (qui précise certaines informations épidémiologiques et cliniques concernant la personne).
- Dans le cas de l'enfant, notification par un médecin hospitalier.

Les notifications sont adressées à Santé publique France via les médecins inspecteurs de santé publique des ARS (qui couplent les volets du biologiste et du clinicien).

Les données sont anonymisées dès le départ (code d'anonymat établi par Santé publique France).

Le code d'anonymat permet de chaîner les notifications VIH, sida, décès.

Les examens relevant de la surveillance virologique (notamment le « test d'infection récente ») sont effectués par le Centre national de référence du VIH, à partir d'un échantillon de sérum sur buvard réalisé par les biologistes. Les résultats sont ensuite envoyés à Santé publique France où ils sont couplés aux informations contenues sur la fiche de notification du VIH correspondante, grâce au code d'anonymat.

Données recueillies

Dans le cadre de la notification obligatoire du VIH :

- caractéristiques socio-démographiques : sexe, date de naissance, département/pays de domicile, nationalité et pays de naissance, profession et statut d'emploi
- mode de contamination probable
- motif de dépistage (signes cliniques, risque d'exposition au VIH, bilan systématique...)
- stade clinique

Dans le cadre de la surveillance virologique :

- test d'infection récente (uniquement pour le VIH-1)
- sérotypage (type de virus, groupe et sous-type)

Qualité et fiabilité des données

- Bonne qualité des données
- La déclaration obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003, a été modifiée en juillet 2007, afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, de la façon suivante :

1. Modification des fiches de déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'adulte et l'adolescent (précisions sur les critères de déclaration, suppression, modification et ajout de variables).

Les nouvelles fiches sont utilisées depuis le 1^{er} janvier 2008.

2. Création de deux fiches distinctes pour la déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'enfant de moins de 15 ans (au lieu de 13 ans auparavant), la notification d'infection par le VIH de l'enfant étant désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte.

Ces fiches sont utilisées depuis juillet 2007.

Les fiches de déclaration, comportant trois à cinq feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) s'approvisionnent auprès de l'ARS de leur région d'exercice.

La surveillance virologique (dépôt sur buvard, par le biologiste, de quelques microlitres du sérum ayant servi au diagnostic et envoi au Centre national de référence du VIH qui réalise un test d'infection récente et un sérotypage) se poursuit sans modification des différents supports (buvards, sachets plastiques et enveloppes T). Cette surveillance ne concerne pas l'enfant.

Délai de diffusion des résultats

n + 1 trimestre

Principal mode de diffusion des résultats

- Articles réguliers dans le BEH
- Base de données VIH à n+12 mois (http://invs.santepubliquefrance.fr//surveillance/vih-sida/BDD_vih/index.htm)

Bibliographie

- Institut de veille sanitaire (InVS), «L'infection à VIH-Sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence», BEH, n°45-46, 30 novembre 2010, pp.449-476.
- Institut de veille sanitaire (InVS), «L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida», BEH, n°43-44, 29 novembre 2011.

Observations

La notification obligatoire de la séropositivité n'est effective en France que depuis 2003.

Auparavant, le nombre de nouveaux cas de sida reflétait, avec un décalage dans le temps, l'évolution du nombre de contaminations par le VIH. Mais avec le développement des traitements antirétroviraux, ce nombre était surtout devenu un marqueur de l'absence de dépistage ou de prise en charge.

La hausse du nombre de nouveaux cas entre 2003 et 2004 traduit probablement plus la montée en charge du dispositif de déclaration obligatoire qu'une augmentation de l'incidence du VIH.

Synthèse

BEH thématique [«L'infection à VIH-Sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence»](#) n°45-46 (2010)

BEH thématique [«L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida»](#) n°43-44 (2011)

Pour en savoir plus

Accès à la Base de données VIH : http://invs.santepubliquefrance.fr//surveillance/vih-sida/BDD_vih/index.htm

Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Grenoble

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Responsable

Michel Mallaret - CEIP de Grenoble - C.H.U - 38043 Grenoble Cedex 9

Financement et collaboration

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILD&CA)

Objectifs

Cette étude a été mise en place afin d'obtenir les données les plus exhaustives possibles sur les cas de décès survenant lors d'usage de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance.

Elle doit permettre :

- l'identification des substances impliquées dans les décès des personnes faisant un usage abusif de substances psychoactives, médicamenteuses ou non.
- le recueil de données quantitatives (dosages sanguins) sur les substances en cause.
- l'estimation plus précise du nombre des décès liés aux drogues en France en réduisant la sous-notification de certains décès d'origine toxique, en particulier ceux survenant dans un cadre médico-légal et donc non déclarés aux autorités sanitaires pour raison de secret de l'instruction.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 2002

Approche

Quantitative

Unité statistique

Décès

Champ d'observation

Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Méthode d'échantillonnage

Enregistrement exhaustif (dans la mesure où les laboratoires transmettent l'information aux CEIP)

Durée d'observation

Continue

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les laboratoires sont répartis sur tout le territoire de France métropolitaine. Les laboratoires participant à l'étude réaliseraient environ 80 % des analyses toxicologiques médico-légales effectuées en France.

Les cas de décès suivants ne sont pas pris en compte dans l'étude DRAMES :

- décès non déclarés aux autorités judiciaires
- décès déclarés aux autorités judiciaires mais ne faisant pas l'objet d'analyses toxicologiques
- analyses toxicologiques réalisées par des laboratoires ne participant pas à l'étude
- décès survenant à l'hôpital non déclarés ni aux autorités sanitaires ni aux autorités judiciaires.
- Laboratoires ne participant pas chaque année.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Substances psychoactives et médicaments

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Pharmacodépendance (Décret n° 99-249 du 31 mars 1999 art R. 5219-1 du Code de la santé publique) : ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de

prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente. L'état de dépendance peut aboutir à l'auto-administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique.

Abus (Décret n° 99-249 du 31 mars 1999 art R. 5219-1 du Code de la santé publique) : Utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente, d'une ou plusieurs substances psychoactives, ayant des conséquences préjudiciables pour la santé physique ou psychique.

Nombre d'unités statistiques observées

En 2016, 406 décès liés directement aux produits psychoactifs.

Taux de couverture

En 2016, 48 experts réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à l'enquête.

Recueil de données

Sont inclus dans DRAMES, les décès répondant à la définition A de l'OEDT des décès liés à la drogue (psychose due à la drogue, dépendance, toxicomanie sans dépendance, empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis ou d'hallucinogènes) et pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

Ne sont pas inclus dans DRAMES :

- les accidents mortels de la circulation liés à la prise d'un de ces produits
- les suicides médicamenteux.

Le recueil des données est effectué sur une fiche anonyme, remplie par le toxicologue expert qui l'adresse à l'Unité stupéfiants et psychotropes de l'ANSM. Elle transmet ensuite les fiches au CEIP de Grenoble.

Données recueillies

Les données recueillies permettent de caractériser les sujets, de décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès, les résultats de l'autopsie ainsi que l'identification et la quantification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques, par les techniques de référence.

Qualité et fiabilité des données

Concernant le stade de l'abus au moment du décès, une recherche toxicologique sur les cheveux pourra être réalisée afin d'identifier l'historique toxicologique de la personne.

Les analyses toxicologiques permettant l'identification et le dosage des substances sont réalisées par les techniques de référence. Chaque laboratoire participant à l'étude doit disposer au minimum :

- d'un chromatographe en phase gazeuse couplé à un spectromètre de masse
- d'un appareil de chromatographie liquide haute performance couplé à un détecteur à barrette de diode

Délai de diffusion des résultats

n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

Observations

DRAMES a tout d'abord été une étude rétrospective pilote réalisée sur les années 1998 et 2000. Les cas inclus dans l'étude étaient les cas de décès de toxicomanes ayant fait l'objet d'une instruction judiciaire avec autopsie et analyses toxicologiques. La fiche de recueil utilisée avait été validée par le Conseil supérieur de médecine légale le 12 novembre 2001.

Les résultats de ces études ont été présentés lors de réunion de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes du 18 avril 2002.

Synthèse

Le nombre de décès directement liés aux produits a fortement augmenté en 2016 (406 contre 343 en 2015) dans un contexte de participation d'experts plus importante (48 contre 45).

En 2016, la méthadone est mise en cause (seule ou en association) dans 36 % des décès et l'héroïne dans 26 % des cas. La proportion de décès dans lesquels la cocaïne est impliquée est en hausse avec 18 % de décès (13-14 % en 2014-2015) et le cannabis est impliqué dans 30 décès.

Pour en savoir plus

[DRAMES 2016](#)

Baromètre santé médecins-pharmaciens - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Santé publique France (ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES))

Responsable

Arnaud Gautier - Santé publique France - 42, bd de la Libération, 93203 Saint Denis Cedex

Financement et collaboration

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)
Unité UMRS 1018 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Institut de veille sanitaire (InVS)

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILD&CA)

Observatoire régional de la santé de Franche-Comté

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Conseil national de l'ordre des médecins

Institut GfK-ISL

Objectifs

Objectifs généraux :

- Connaître les attitudes et comportements de santé et de prévention des médecins généralistes afin de dégager des enseignements utiles en matière de santé publique et d'éducation à la santé.

- Connaître les opinions et les attitudes des pharmaciens en matière de prévention, mettre en relation leurs pratiques personnelles avec leurs attitudes vis-à-vis de la clientèle.

- Objectifs du module "drogues" : connaître l'importance et les modalités de la prise en charge des patients toxicomanes par les médecins généralistes et les pharmaciens et leur opinion sur la drogue et les toxicomanes.

Méthodologie

Périodicité

Variable

Dates d'observation

Baromètre santé médecins généralistes : 1992, 1993, 1994, 1998, 2003, 2009
Enquête auprès des pharmaciens : 1998, 2003

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Médecins généralistes exerçant une activité libérale
Pharmaciens titulaires d'une officine

Méthode d'échantillonnage

Tirage aléatoire à partir du fichier Cegedim® des médecins généralistes libéraux et du fichier téléphonique des pharmaciens titulaires d'officine.

Durée d'observation

11 semaines (novembre 2008 – janvier 2009)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les médecins et pharmaciens qui ne font pas partie du fichier Cegedim® / fichier téléphonique, ceux injoignables (malgré les relances), absents de longue durée ou ayant déménagé n'ont pu être enquêtés.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Région

Champ toxicologique

Tabac, alcool et drogues illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature**Nombre d'unités statistiques observées**

Médecins généralistes : 2 083 en 2009
Pharmaciens : 1 062 en 2003

Taux de couverture

1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26
Taux de refus : 30,9 % pour les médecins en 2009 et 9 % pour les pharmaciens en 2003

Recueil de données

Enquêteurs professionnels par téléphone et utilisation du système CATI

Données recueillies

Questionnaire médecins 2009

Questions relatives aux drogues illicites :

- nombre de patients dépendants aux opiacés (dont sous traitement de substitution)
- nombre de patients dépendants aux autres substances illicites (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy)
- opinions sur les drogues illicites
- mode de prise en charge (seul ou en liaison avec une structure spécialisée)

Autres questions :

- signalétique du médecin
- comportements personnels de santé : vaccination
- pratique médicale et opinions : vaccination, VIH, hépatite C et IST, prévention et éducation du patient, prescription de médicaments et visites, prise en charge des problèmes d'addiction (tabac, alcool, drogues illicites), accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Questionnaire pharmaciens 2003

Questions relatives à la toxicomanie :

- nombre de clients toxicomanes par semaine
- motif de leur venue : traitement de substitution, achat de seringues/Stéribox®
- niveau d'information
- opinions sur la drogue
- engagement dans un programme d'échange de seringues

Autres questions :

- signalétique du pharmacien
- comportements personnels de santé : consommation de tabac, alcool, médicaments psychotropes, vaccination, dépistage du VIH et du VHC, utilisation du préservatif
- pratique et opinions relatives à : vaccination, consommation de tabac et d'alcool, suivi des personnes séropositives ou diabétiques, dépistage des cancers, contraceptifs oraux, confidentialité, distribution de médicaments
- activité professionnelle et opinions (travail en réseau, formation, rôle du pharmacien, satisfaction...)

Qualité et fiabilité des données

Bonne. Le recueil des données par téléphone assisté par le système CATI permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail des enquêteurs : appréciation de la formulation des questions et de la codification des réponses, analyse en temps réel des difficultés rencontrées et réflexion méthodologique plus approfondie.

Délai de diffusion des résultats

n + 24 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

- Gautier A., (dir.), « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.
- Gautier A. (dir.), « Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003 », Saint-Denis, INPES, 2005, 271 p.

Observations

- En 2003, l'enquête « Baromètre santé médecins généralistes » et l'enquête auprès des pharmaciens d'officine ont été fusionnées.
- L'enquête Baromètre Santé Médecins Généralistes 94/95 ne comprenait pas de module drogues illicites, ni celles auprès des pharmaciens avant 2003.
- Les questions relatives aux drogues illicites ne portent que sur la prise en charge et les opinions des médecins mais pas sur les consommations personnelles.
- L'enquête auprès des pharmaciens n'a pas été reconduite en 2009 : les derniers résultats pour cette population datent donc de 2003.

Synthèse

En 2003, plus de 8 pharmaciens sur 10 recevaient au moins un toxicomane par mois dans leur officine. Parmi les pharmaciens concernés, 70 % délivraient à la fois des traitements de substitution et des seringues ou des Stéribox®, 16 % uniquement des seringues ou des Stéribox®. Ces proportions étaient en hausse par rapport à 1998.

[Extrait de : Pin S., «Drogues. La prise en charge des patients toxicomanes», in Gautier A. (dir.), « Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003 », Saint-Denis, INPES, 2005, pp.164-189].

En 2009, près d'un tiers des médecins généralistes déclare ne voir aucun usager dépendant aux opiacés mais près de la moitié (49,2 %) en reçoit au moins un par mois. Ce chiffre apparaît en nette augmentation par rapport à 2003 (34,0 %). Au total, les médecins généralistes voient en moyenne 1,8 usager dépendant aux opiacés par mois vs 1,6 en 2003. Parmi ces médecins, 87,2 % prescrivent des traitements de substitution, majoritairement de la buprénorphine haut dosage (76,9 %). La place des personnes dépendantes aux opiacés parmi les patients en médecine de ville apparaît plus élevée en 2009 qu'en 2003. Selon les données de ce Baromètre santé, elles seraient environ 110 000 à avoir recours aux médecins généralistes.

S'agissant du cannabis, les médecins qui voient au moins cinq patients par mois au titre de ce produit sont peu nombreux (4,6 %). Tandis que les opinions sur les drogues en général s'avèrent assez stables dans le temps, celles portant sur le cannabis ont évolué depuis 1998, vers un « durcissement ».

Seul un médecin généraliste sur cinq déclare voir au moins un patient pour une dépendance aux produits stimulants comme la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines.

[Extrait de : Gautier A., (dir.), « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 266 p.]

Pour en savoir plus

[Baromètre santé Médecins généralistes 2009](#)

Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Responsable

Elisabeth Frauger, Joëlle Micallef - CEIP de Marseille (PACA-Corse, Centre Associé) – Pharmacologie clinique, Hôpital de la Timone – CHU de Marseille - 13385 Marseille cedex 5

Financement et collaboration

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILD&CA)

Objectifs

- Surveiller la consommation des substances psychoactives par des sujets présentant une pharmacodépendance
- Décrire les caractéristiques des patients concernés
- Évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des médicaments

Méthodologie

Périodicité

Annuelle

Dates d'observation

Depuis 1995

Approche

Quantitative

Unité statistique

Patient et substance(s) consommée(s)

Champ d'observation

Toute personne dépendant ou abusant des substances psychoactives vues dans les centres d'enquête (« en demande de traitement »).

Méthode d'échantillonnage

Panel de structures et de professionnels susceptibles d'assurer la prise en charge des personnes abusant ou dépendant des substances psychoactives. Les centres sont sélectionnés par le Comité technique des CEIP dans le but d'assurer une bonne représentativité du programme (CSAPA, centres antipoison, unités d'hospitalisation pour toxicomanes, unités de psychiatrie, services d'accueil des urgences, équipes de liaison, CAARUD, médecins libéraux) : 206 structures en 2016.

Le protocole de l'enquête prévoit ensuite l'inclusion de tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution se présentant dans ces structures au cours du mois d'octobre.

Durée d'observation

4 semaines (octobre)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Bonne couverture au niveau des CSAPA, problème de couverture pour les médecins généralistes (pour pallier à cela, l'enquête OPEMA - Observation des pharmacodépendances en médecine ambulatoire – vient compléter le dispositif OPPIDUM).

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Aucun

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites, médicaments détournés de leur usage, produits de substitution

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Classification ATC pour les médicaments + thesaurus spécifique pour les autres substances psychoactives.

Consommation au cours de la semaine précédant l'enquête

Le premier produit consommé est distingué du premier produit ayant entraîné une dépendance

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 232 structures ont participé à l'enquête, permettant de recueillir 5 370 fiches patients.

Taux de couverture

Non déterminé

Recueil de données

Questionnaire passé par le personnel travaillant dans les structures faisant partie du champ de l'enquête.

Questionnaire composé de deux parties : une fiche « patient » et autant de fiches « produits » que de substances consommées lors de la semaine précédente.

Données recueillies

- Fiche « patient » : caractéristiques des sujets concernés (données sociodémographiques, conduites addictives associées, traitement de substitution).

- Fiche « produit » : description de chacun des produits consommés (nom du produit, mode d'obtention et de consommation, voie d'administration, quantité consommée, fréquence, effet recherché, signes de dépendance).

Qualité et fiabilité des données

Bonne fiabilité des données.

Contrôle de qualité annuel exhaustif par un chargé d'étude et retour d'information qualité aux CEIP coordinateurs, au Comité technique des CEIP ainsi qu'à chaque centre d'enquête.

Délai de diffusion des résultats

n + 5 mois

Principal mode de diffusion des résultats

- Rapport d'activité adressé à : ANSM, MILD&CA, OFDT, DGS (Direction générale de la Santé)

- Rapports spécifiques à la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes

- Enquête de pharmacodépendance à la demande de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes et du Comité technique des CEIP

Bibliographie

Observations

Le questionnaire a été légèrement modifié en 2003, afin d'être comparable avec celui d'autres dispositifs d'information dans les structures de prise en charge des toxicomanes (cf. RECAP).

Synthèse

Les principaux faits marquants en 2017 sont :

1) 10 % des individus ont injecté au moins une fois dans la semaine avant l'enquête une substance psychoactive : 42 % de ces produits sont des

médicaments (dont BHD 18 % et morphine 15 %), 36 % de la cocaïne et 17 % de l'héroïne.

- 2) augmentation de la consommation de cocaïne (20 % vs 16 % en 2016 et 12 % en 2015)
- 3) augmentation de l'usage d'analgésiques opioïdes depuis plusieurs années (en particulier le Skenan®).
- 4) médicaments de substitution aux opiacés : 69 % sous protocole thérapeutique (67 % par méthadone et 28 % par BHD)
- 5) augmentation progressive d'acquisition illégale de méthadone depuis 2008
- 6) mésusage plus fréquent pour le Subutex® que pour les génériques BHD
- 7) diversification des produits : 5 % ont consommé un produit de synthèse dont un sur six un nouveau produit de synthèse (NPS).

Pour en savoir plus

Synthèse [OPPIDUM 2017](#)

Enquête nationale en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (ENa-CAARUD)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Agnès Cadet-Tairou - OFDT - 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis Cedex

Financement et collaboration

Objectifs

- Disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues
- Adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté
- Suivre les tendances en matière de consommation et aider au repérage de phénomènes émergents.

Méthodologie

Périodicité

Enquête biennale

Dates d'observation

2006, 2008, 2010, 2012, 2015

Approche

Quantitative

Unité statistique

Usager

Champ d'observation

Usagers de drogues accueillis / rencontrés par les CAARUD

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif : dans l'ensemble des 167 structures et antennes CAARUD ayant reçu l'autorisation préfectorale (143 ont répondu en 2015)

Durée d'observation

1 à 2 semaines

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

L'interrogation une semaine donnée surreprésente les usagers dont le rythme de visite au CAARUD est important par rapport à ceux dont le rythme de visite est plus faible.

Champ géographique

National. Seuls 10 départements ne comptent aucun CAARUD.

Découpage géographique possible

Inter régions

Champ toxicologique

Drogues illicites et médicaments psychotropes détournés de leur usage thérapeutique

Définition toxicologique retenue ou nomenclature**Nombre d'unités statistiques observées**

En 2015, 3 129 questionnaires ont été complétés.

Jusqu'en 2012, un encadré « non-répondants » sur chaque questionnaire permet de compter et de qualifier a minima les usagers n'ayant pas rempli le questionnaire ; en 2015, il laisse place à un feuillet indépendant sur lequel est établie pour chaque CAARUD la liste non nominative des non-répondants.

Taux de couverture

Taux de réponse = 67 %

Recueil de données

Questionnaire en face à face

Données recueillies

Le questionnaire comporte 29 questions :

- caractéristiques socio-démographiques
- couverture sociale
- situation actuelle par rapport au logement
- entourage
- traitement de substitution aux opiacés en cours
- test de dépistage VIH et VHC
- produits consommés au cours du mois (mode de consommation et fréquence ; pour les médicaments, effets recherchés et cadre de prescription)
- consommation d'alcool et de cannabis
- utilisation de la voie intraveineuse

- partage du matériel
- fréquentation des CSAPA.

Qualité et fiabilité des données

En 2006, prévalence pour les produits les moins consommés potentiellement sous-estimée du fait du mode de questionnement. Il était en effet demandé aux usagers de citer spontanément les produits consommés.

À partir de 2008, le questionnement sur chaque principal produit permet d'éliminer ce problème de fiabilité.

Délai de diffusion des résultats

n + 1 an et demi

Principal mode de diffusion des résultats

Tendances

Bibliographie

- Cadet-Taïrou A., Saïd S., avec Martinez M., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 », Tendances n°98, OFDT, Saint-Denis, 2015, 8 p.
- Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Gautier S., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015 », Tendances n°120, OFDT, Saint-Denis, 2017, 6 p.
- Cadet-Taïrou A., Lermenier-Jeannet A., Gautier S., *Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015*, OFDT, Saint-Denis, 2018, 56 p.

Observations

L'enquête 2015 a lieu du 14 au 20 septembre 2015 pour les structures ayant une file active supérieure à 30 personnes/semaine et jusqu'au 27 septembre pour les autres.

Synthèse

L'enquête 2015 confirme la fréquentation croissante des CAARUD par des usagers insérés socialement, avec un niveau de précarité qui reste toutefois bien plus élevé qu'en population générale. Cette tendance traduit la présence d'usagers de plus en plus âgés, lesquels connaissent des situations de précarité moindre que les plus jeunes, mais témoigne aussi probablement de l'extension des usages problématiques en population socialement insérée.

Sur le plan des consommations, l'étude met en évidence la place centrale de l'alcoolisation dans les consommations des usagers de drogues illicites : un tiers des usagers interrogés consomment quotidiennement l'équivalent d'au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion, et ce tout au long de l'année.

Les usages de cocaïne progressent et la part des usagers consommant le produit basé, acheté sous forme de crack ou basé secondairement, continue de s'étendre.

Concernant les médicaments, le sulfate de morphine et la méthadone ont connu une diffusion nette entre 2008 et 2015, tout comme les benzodiazépines. Dans le cas de la méthadone, cette progression est en grande partie liée à son utilisation croissante dans le cadre d'un TSO.

Un des points marquants de cette édition porte sur la stabilisation, voire l'inversion de tendance de plusieurs indicateurs qui témoignaient de la diffusion des pratiques de réduction des risques. Parallèlement, le recours récent à l'injection ne régresse plus depuis 2008 et s'établit à un niveau relativement élevé. Néanmoins, la part des usagers n'ayant jamais utilisé l'injection continue de s'élever et l'âge d'initiation augmente.

Enfin, la proportion des usagers n'ayant jamais effectué de dépistage VIH et VHC ne recule plus, et même s'accroît pour le VHC. Par ailleurs, une inflexion à la hausse de la séroprévalence déclarée de l'infection au VHC est observée chez les moins de 35 ans, après une diminution continue depuis 2006.

Pour en savoir plus

[Tendances n°120](#)

[Rapport ENa-CAARUD 2015](#)

Enquête de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (ANRS-Coquelicot)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3) (CNRS - UMR 8211 ; INSERM - Unité 988)

Responsable

Marie Jauffret-Roustide - INSERM-CERMES3 - 7, rue Guy Môquet - BP 8 - 94801 Villejuif Cedex

Financement et collaboration

Centres nationaux de référence (CNR) du VIH et des hépatites virales
Co-financement : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites de la Direction générale de la santé (DGS)

Objectifs

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti d'un auto prélèvement de sang au doigt sur buvard) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et à VHC chez les usagers de drogues.

Méthodologie

Périodicité

Non connue à l'avance

Dates d'observation

2002 (enquête de faisabilité)
2004-2007
2011

Approche

Quantitative

Unité statistique

Usagers

Champ d'observation

Usagers ayant pratiqué l'injection et/ou sniffé au moins une fois dans la vie

Méthode d'échantillonnage

Un inventaire a permis d'établir la liste des structures spécialisées et de recueillir les files actives d'usagers de drogues (UD) éligibles pour l'enquête, afin d'attribuer à chaque service un nombre de visites proportionnel à sa file active. Chaque agglomération/département s'est vu donner dans l'étude un poids proportionnel à la taille de la population des UD reçus dans ses services spécialisés.

Durée d'observation

Mai à juillet 2011

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Pour obtenir la diversité la plus grande possible, les usagers sont recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge spécialisé (CAARUD, CSAPA et structures d'hébergement)

Champ géographique

Multivilles : Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux

Ajout de deux départements en 2011 : Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne

Découpage géographique possible

Sites

Champ toxicologique

Drogues injectées ou sniffées

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Nombre d'unités statistiques observées

En 2011, 1 568 usagers de drogues ont accepté de participer à l'enquête, dans 122 centres spécialisés, dont 92 % ont accepté l'auto prélèvement de sang au doigt déposé sur buvard.

Taux de couverture

Taux de participation de 75 %. Parmi eux, 92 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

Recueil de données

Étude séro-épidémiologique : questionnaire administré par un enquêteur professionnel et prélèvement de sang au doigt.

Données recueillies

- Infection VIH et VHC
- Perception de la santé et prise en charge
- Pratiques de consommation : produits, modalités de consommation
- Connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB

- Sexualité
- Pratiques à risques : contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.

Qualité et fiabilité des données

La mesure de la sérologie du VIH et du VHC reposant sur des tests biologiques garantit la qualité des résultats.

Cette enquête est multi-sites, les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble du territoire.

Délai de diffusion des résultats

n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Publications de type BEH

Publications internationales

Bibliographie

- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », BEH 33, septembre 2006.
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., « Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot) », Institut de Veille Sanitaire, 2003, 80 p.
- Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », BEH 39-40, 2013.

Observations

Synthèse

Consulter [l'article du BEH 39-40 \(2013\)](#)

Fichier des infractions au code de la route (et des contrôles de l'usage de stupéfiants)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Responsable

ONISR – Place Beauvau - 75 008 Paris

Financement et collaboration

Services de la Police et de la Gendarmerie nationales

Objectifs

Objectifs généraux : suivi des infractions au code de la route

Objectifs spécifiques : depuis la loi du 3 février 2003 et son décret d'application du 31 mars 2003, suivi des infractions relatives à l'usage de stupéfiants au volant et des contrôles de cet usage.

Méthodologie

Périodicité

Mensuelle

Dates d'observation

Depuis 2004

Approche

Quantitative

Unité statistique

Infraction constatée (délit ou contravention), contrôle ou dépistage (dont préventif)

Champ d'observation

Ensemble des infractions au code de la route

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Les forces de police et de gendarmerie pratiquent des dépistages systématiques d'absorption de substances ou plantes classées comme stupéfiants sur tout conducteur impliqué dans un accident corporel ou mortel. Ce dépistage peut également intervenir :

- en cas d'accident matériel de la circulation
- lorsque le conducteur d'un véhicule est l'auteur présumé d'une infraction au code de la route punie d'une peine de suspension du permis de conduire ou qu'il s'est rendu coupable d'une infraction à la vitesse, au port de la ceinture de sécurité ou du casque
- et enfin lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le conducteur a fait usage de stupéfiants.

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Substances ou plantes classées comme stupéfiants

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Taux de positivité : part des dépistages positifs* sur l'ensemble des dépistages effectués (ou infractions, accidents constatés)

* aucun seuil n'est défini par la loi et une personne est positive aux stupéfiants à partir du moment où sa prise de sang révèle la présence de stupéfiants.

Les principales catégories d'infractions sanctionnées :

- Conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants
- Conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique
- Refus de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir une conduite en ayant fait usage de stupéfiants
- Homicide et blessures involontaires avec stupéfiants.

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 285 741 dépistages des stupéfiants ont été effectués, à 82 % à titre préventif ou dans le cadre d'infractions : 23,1 % d'entre eux se sont avérés positifs.

Taux de couverture

Le résultat du test de dépistage n'est pas forcément connu.

Recueil de données

Recueil mensuel par les services des directions actives de la Direction générale de la police nationale (Direction centrale de la sécurité publique, Direction centrale des compagnies républicaines de sécurité, Direction centrale de la police aux frontières), de la Préfecture de police de Paris et de la Direction générale de la Gendarmerie nationale (depuis 2004, les procès-verbaux en provenance des polices municipales ne sont plus comptabilisés). Depuis 2014, les données sont centralisées et analysées par l'ONISR et non plus par la sous-direction de la circulation et de la sécurité routières (SDCSR), rattachée à la Direction de la modernisation de l'action territoriale (DMAT) du ministère de l'Intérieur.

Nouvelle réglementation pour les stupéfiants (depuis le 31 mars 2003) : dépistage systématique des conducteurs des véhicules impliqués dans un accident mortel ou dépistage en cas de soupçon d'usage de stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident corporel, impliqués dans un accident quelconque de la circulation, auteurs présumés de certaines infractions au code de la route (infractions punies de suspension du permis de conduite, relatives à la vitesse, au port du casque ou de la ceinture).

Données recueillies

Nombre d'infractions au code de la route constatées (délits)

Nombre de dépistages de stupéfiants effectués

Taux de positivité

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 6 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

Salathé M. (sous la direction), « Les infractions au Code de la route et au Code des transports – L'impact sur le permis à points : Bilan statistique de l'année 2017 », Observatoire national interministériel de sécurité routière, 2018, Paris, 145 p.

Observations

Aucune information sur les produits stupéfiants en cause.

Synthèse

Pour en savoir plus

[Bilan 2017 des infractions au Code de la route](#)

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Responsable

ONISR – Place Beauvau - 75 008 Paris

Financement et collaboration

Services de la Police et de la Gendarmerie nationales

Objectifs

Objectifs généraux : mesurer la fréquence des accidents en fonction des situations et, dans la mesure du possible, prendre en compte l'exposition au risque

Objectifs spécifiques : depuis la loi du 3 février 2003 et son décret d'application du 31 mars 2003, mesurer l'implication des stupéfiants dans la survenue d'un accident de la circulation.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 2004

Approche

Quantitative

Unité statistique

Accident - Véhicule - Usager (conducteur, passager, piéton)

Champ d'observation

Ensemble des accidents de la circulation routière survenus en France

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- Certains BAAC ne sont pas remplis ou ne sont pas transmis à l'ONISR
- Taux de remplissage des informations relatives aux stupéfiants insuffisant (37 % des accidents non mortels et 63 % des accidents mortels en 2017).

Champ géographique

Métropole + DOM depuis 2004

Découpage géographique possible

Département

Champ toxicologique

Substances ou plantes classées comme stupéfiants

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Depuis le 31 mars 2003, "toute personne qui conduit un véhicule ou qui accompagne un élève conducteur alors qu'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants est punie de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende" (article L.235-1).

Nombre d'unités statistiques observées

En 2017, 2 062 accidents corporels, dont 473 mortels, où au moins un conducteur est positif, que l'accident lui soit imputable ou non.

Taux de couverture

La rubrique « drogue » du fichier accidents n'est remplie que dans 70 % des fiches BAAC seulement.

Recueil de données

Tout accident corporel de la circulation routière doit faire l'objet d'un BAAC (bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), rempli par le service de police ou de gendarmerie compétent (près de 3 500 points de collecte). La remontée des BAAC emprunte un circuit différent selon qu'ils ont été établis par les services de gendarmerie ou de la police nationale. Les informations sont centralisées in fine à l'ONISR où elles subissent de nombreux contrôles et corrections.

Pour les stupéfiants (depuis le 31 mars 2003)* : dépistage systématique des conducteurs des véhicules impliqués dans un accident mortel ou dépistage en cas de soupçon d'usage de stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident corporel, impliqués dans un accident quelconque de la circulation, auteurs présumés de certaines infractions au code de la route (infractions punies de suspension du permis de conduite, relatives à la vitesse, au port du casque ou de la ceinture). Le dépistage est également possible

lorsqu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le conducteur a fait usage de stupéfiants (article L.235-2). Si le dépistage (actuellement urinaire) est positif ou impossible ou en cas de refus, une prise de sang est effectuée et analysée par un laboratoire compétent. Ces informations sont consignées dans le BAAC (depuis 2004).

* En juin 1999, la loi « Gaysot » (appliquée en août 2001) avait rendu obligatoire la recherche de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel, pour une durée de 2 ans et à des fins épidémiologique.

Données recueillies

Contenu des BAAC :

- Caractéristiques et lieux de l'accident
- Description du/des véhicule(s) en cause
- Description du/des usager(s) impliqué(s) (place dans la véhicule, catégorie, gravité, CSP, sexe, date de naissance, lieu de résidence, type de trajet, utilisation d'un équipement de sécurité)
- Un localisant pour les accidents en milieu urbain

Information sur les stupéfiants (depuis 2004) :

- Drogue par dépistage (non fait, impossible, refusé, positif pour au moins un produit, négatif pour tous les produits)
- Dépistage par prise de sang (non fait, impossible, refusé, positif pour au moins un produit, négatif pour tous les produits, résultat non connu).

Qualité et fiabilité des données

Bonne pour les informations générales (nombreux contrôles et corrections) ; moyenne pour les informations relatives aux stupéfiants.

Délai de diffusion des résultats

Bilan mensuel à n + 3 mois

Bilan annuel à n + 1 an

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie

ONISR, « La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2017 », Paris, 2018, La documentation Française.

Observations

- Compte tenu des nombreuses opérations de correction effectuées à l'ONISR, le fichier national est exploitable à n + 3 mois ; depuis 2000, un système de « remontées rapides » sur les informations essentielles (nombre d'accidents corporels, de tués et de blessés) a été mis en place et permet d'obtenir des données à n + 1 mois.
- Un important projet de rénovation du fichier a permis une meilleure qualité des informations recueillies (exhaustivité et amélioration des informations

relatives à la localisation de l'accident, au port de la ceinture, au résultat d'alcoolémie...) et une simplification (suppression ou modification de certaines variables) et modernisation du BAAC (mise à jour de variables, refonte des circuits de transmission avec, fin 2006, l'accès à une base de données unique partagée). Le nouveau standard du BAAC « BAAC 2002 » est effectif depuis le 1er janvier 2004.

Pour la première fois, les données de 2004 peuvent fournir un bilan France entière (départements d'outre-mer compris) car la remontée d'information dans ces 4 départements a été améliorée. Mais la comparaison avec 2003 ne peut se faire que pour les chiffres de France métropolitaine.

Synthèse

En 2017, 494 personnes ont été tuées dans un accident avec stupéfiants en France métropolitaine. Elles représentent 23 % des personnes tuées dans les accidents mortels au résultat de test connu. Sur la période 2010-2017, le nombre de personnes tuées dans ces accidents varie autour de 500 par an.

Parmi les accidents où l'information « stupéfiants » est connue, la proportion de personnes tuées dans ces accidents, fluctue entre 21 % et 23 %, excepté en 2010 où elle était de 26 %.

Parmi les 439 conducteurs positifs aux stupéfiants impliqués dans un accident mortel en 2017, la moitié (224) présente également un taux d'alcool supérieur à 0,5 g/l. Une proportion similaire est également constatée dans les accidents corporels. [Extrait de « Les stupéfiants » dans « Bilan de la sécurité routière 2017 », ONISR, 2018]

Pour en savoir plus

[Bilan de la sécurité routière 2017](#)

Casier judiciaire national (CJN) - drogues illicites

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) (Secrétariat Général, Ministère de la Justice)

Responsable

Sous-direction de la statistique et des études - Ministère de la Justice – 13 place Vendôme 75001 Paris

Financement et collaboration

Objectifs

Objectifs généraux :

- centraliser les informations relatives au passé pénal d'un délinquant
- améliorer la connaissance des infractions sanctionnées par les juridictions, des procédures de jugement, nature et quantum des peines prononcées et profil socio-démographique des condamnés.

Objectifs spécifiques aux drogues illicites :

- examiner la réponse pénale apportée aux infractions à la législation sur les stupéfiants.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1984

Approche

Quantitative

Unité statistique

- Condamnation (rendue à l'encontre d'une personne, elle peut comporter plusieurs peines et sanctionner plusieurs infractions)
- Infraction
- Condamné (un individu peut être condamné plusieurs fois au cours de la même année)
- Peine

Champ d'observation

Condamnations prononcées pour crime, délit ou contravention de 5^{ème} classe

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

- Les affaires pour lesquelles sont prononcées une relaxe ou un acquittement ne sont pas inscrites dans le Casier judiciaire.
- Toutes les infractions à la loi pénale ne sont pas élucidées, parmi celles qui le sont, certaines sont classées sans suite et ne sont pas sanctionnées par un jugement. Pour d'autres, des voies judiciaires alternatives à la poursuite (médiation pénale) peuvent être utilisées.
- Certaines infractions à la législation fiscale et douanière sont réglées par des voies non judiciaires.
- Les condamnations amnistiées ne sont pas inscrites dans le Casier dès que la loi est promulguée, ce qui entraîne une baisse sensible des effectifs de condamnations les années d'amnistie.

Champ géographique

France entière

Découpage géographique possible

Tribunal d'instance

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Le fichier statistique du CJN opère un regroupement de la nomenclature NATINF (qualification d'infraction définies par le droit pénal) relative aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) en six catégories : usage illicite, détention-acquisition, trafic (importation-exportation), commerce, emploi-transport, offre-cession, aide à l'usage par autrui et autres infractions (dont blanchiment, non justification de revenus, etc.)

Nombre d'unités statistiques observées

65 503 condamnations ont été prononcées en 2016, contre 64 194 en 2015, pour une infraction à la législation des stupéfiants (ILS), dont 31 324 pour usage.

Taux de couverture

100 %

Recueil de données

Greffe des juridictions

Données recueillies

- Caractéristiques individuelles : identité, sexe, âge, nationalité, département de naissance, âge à l'infraction, âge à la décision (variables calculées)
- Caractéristiques judiciaires : procédure (juridiction, comparution, signification, recours, détention provisoire, durée de la procédure), décision (date, type de décision, nature de la mesure...), infractions (6 types d'infractions en cas d'infractions multiples).

Qualité et fiabilité des données

Bonne qualité des données, estimation à 2 % d'erreurs (saisie et double-comptes)

Délai de diffusion des résultats

2 ans pour les données provisoires (données révisées pour n-3 ans)

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Extraction spéciale pour l'OFDT pour les infractions associées

Numéro spécial « Études et statistiques Justice » pour des données plus détaillées

Bibliographie

- Ministère de la Justice, « Les condamnations. Année 2016 », Paris, 2017.

Observations

L'unité de compte de base est la décision rendue à l'encontre d'une personne par une autorité judiciaire. Cette décision peut être motivée par une ou plusieurs infractions, et comporter une ou plusieurs peines et mesures. L'approche statistique doit retenir des conventions pour traiter les condamnations qui concernent des infractions (ou des peines) multiples.

L'infraction principale est la première citée si toutes les qualifications correspondent à une même catégorie (crime, délit ou contravention), c'est la première citée de la catégorie la plus grave si les qualifications correspondent à des catégories différentes (crime + délit par exemple).

En matière d'ILS, les condamnations sanctionnent presque toujours deux, voire trois infractions à la fois et l'infraction mentionnée en premier ne reflète pas toujours la qualification la plus grave. C'est pourquoi l'OFDT demande une extraction spéciale du CJN pour compléter l'analyse en infraction principale (condamnation pour une ILS seule ou associée et nature des peines associées). Par ailleurs, ce cumul d'infractions peut expliquer la lourdeur des peines prononcées pour une catégorie donnée d'infractions.

La peine principale est la peine la plus grave prononcée pour les infractions de la catégorie la plus grave :

- les catégories d'ILS du CJN ne recoupent pas les catégories retenues par la police
- le fichier statistique du CJN opère un regroupement de la nomenclature NATINF, qui reprend toutes les qualifications d'infraction définies par le droit pénal.
- le fichier statistique des condamnations est constitué à partir d'une extraction mensuelle du Casier judiciaire national. Lors de cette extraction, le nom des individus est remplacé par une clé cryptée ; une identification anonyme individuelle existante depuis 1984 est exploitable depuis 1993 ce qui permet de raisonner en termes d'individus et non plus seulement en termes de condamnations (les condamnations annuelles étant supérieures au nombre d'individus condamnés).

Un nouveau système informatique a été mis en place en 1995, suite à un changement de version du Casier judiciaire national

Les DOM sont enregistrés et traités au CJN depuis février 1996, seuls les natifs des TOM restant gérés par le tribunal de leur lieu de naissance.

D'une manière générale, les amnisties présidentielles de 1995 et 2002 ont entraîné une baisse importante des condamnations prononcées ces années-là (et, compte tenu des délais de transmission, on compte également une baisse de certaines condamnations de 1994 et 2001).

Synthèse

Environ 65 500 condamnations inscrites au Casier judiciaire national ont été prononcées en 2016, contre 64 000 en 2015, pour une infraction à la législation des stupéfiants (ILS), soit une légère hausse de 2 %.

Pour en savoir plus

Consulter [Les condamnations en 2016](#)

Statistique mensuelle de la population carcérale

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Bureau des statistiques et des études (SD-Me5) (Sous-direction des métiers et de l'organisation des services, Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP), Ministère de la Justice)

Responsable

Annie Kensey - Ministère de la Justice, DAP, Me5 - 13, place Vendôme 75001 Paris

Financement et collaboration

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) (Secrétariat Général, Ministère de la Justice)

Objectifs

- Recenser les détenus présents au 1^{er} de chaque mois (stock) et mesurer les flux de la population carcérale (incarcérations et libérations).
- Décrire la population détenue.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1987 pour les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS)

Approche

Quantitative

Unité statistique

Individu

Champ d'observation

Population prise en charge en milieu pénitentiaire

Méthode d'échantillonnage

Exhaustif

Durée d'observation

Recueil en continu

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

En cas d'infractions multiples, l'infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) n'apparaît que si elle constitue l'infraction principale.

Champ géographique

France entière (DOM à partir de 1998 ; TOM à partir de 2002)

Découpage géographique possible

Direction régionale

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Individus incarcérés au titre principal d'une ILS. Cette catégorie est introduite dans la nomenclature depuis le 1^{er} avril 1987, en revanche le type d'ILS n'est pas distingué.

Nombre d'unités statistiques observées

Au 1^{er} janvier 2018, 59 970 condamnés sont recensés dans les prisons françaises, dont 19 % pour une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Taux de couverture

100 %

Recueil de données

Greffe pénitentiaire

Données recueillies

- Mouvements de la population
- Nombre de détenus (stock)
- Caractéristiques des individus : sexe, âge, nationalité, niveau d'instruction, catégorie pénale (prévenus, condamnés, contraintes par corps), situation pénale
- Pour les condamnés : quantum de peine prononcée, nature de l'infraction principale.

Qualité et fiabilité des données

La notion d'infraction principale prête à confusion. L'infraction principale inscrite sur la fiche pénale (qui sera saisie par la suite) varie selon les greffes : il s'agit soit de l'infraction placée en premier sur le mandat de dépôt, soit de l'infraction la plus grave (le crime prime sur le délit, et pour les délits, la revente de stupéfiants prime sur l'usage).

Le détail par infraction n'est connu que pour les détenus condamnés (puisque pour les prévenus, la condamnation n'est pas prononcée).

Délai de diffusion des résultats

n + 1 mois

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport

Bibliographie**Observations**

- La nature de l'infraction n'est disponible que pour les condamnés définitifs, on ne connaît pas le motif d'incarcération des prévenus.
- Les condamnés pour ILS ne représentent pas l'ensemble des usagers de drogues incarcérés : les ILS comptabilisent aussi bien les trafiquants non-usagers que les usagers occasionnels, de plus, certains individus incarcérés peuvent être condamnés au titre principal d'une autre infraction.
- Les statistiques recueillies restituent le stock au premier jour du mois, et le flux sur le mois antérieur.
- Aucun croisement statistique n'est publié entre la nature de l'infraction et les caractéristiques des détenus.

Synthèse

Au 1^{er} janvier 2018, 59 970 condamnés sont recensés dans les prisons françaises, dont 19 % pour une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Pour en savoir plus

Consulter [Statistiques trimestrielles de la population détenue et écrouée](#)

Dispositifs spécifiques d'observation

Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Agnès Cadet-Tairou

Coordinateur national : Thomas Néfau

OFDT - 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis Cedex

Financement et collaboration

Laboratoire de toxicologie & génopathies du CHU de Lille

Service commun des laboratoires des Douanes de Paris (SCL - Douanes)

Institut national de police scientifique (INPS)

Laboratoire de l'Institut de recherches criminelles de la Gendarmerie nationale (IRCGN)

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Objectifs

- Produire des informations sur les drogues consommées en France (forme, composition, dosage), sur les usagers de ces produits et sur les contextes dans lesquels ces substances sont consommées, dans le cadre du dispositif d'observation TREND.
- Comporte un volet observation, sous forme d'enquêtes annuelles ciblées sur un produit (différent à chaque fois) avec un nombre de collectes défini, et un volet veille qui s'inscrit dans une perspective de santé publique, qui cherche à détecter la présence dans les produits illicites de substances nouvelles ou inattendues pouvant être nocives. Ce second volet participe au système d'alerte sur les produits.
- Participation au système européen d'alerte rapide (EWS : Early Warning System) quant à l'apparition de nouvelles drogues de synthèse, l'identification de molécules dangereuses ou rares et au signalement de cas sanitaires en France et en Europe.

- Participation à la cellule nationale d'alerte sur les produits psychoactifs (animée par la DGS, elle comprend les agences et institutions suivantes : OFDT, Santé publique France, l'ANSM, l'ANSES et la MILDECA).

Méthodologie

Périodicité

Volet observation : Bisannuel

Volet veille : En continu

Dates d'observation

Volet observation : Depuis 2005

Volet veille : Depuis 2006

Approche

Qualitative et quantitative

Unité statistique

Échantillon saisi ou collecté

Champ d'observation

Toute substance ayant entraîné des effets inhabituels et/ou indésirables ou toute substance illicite nouvelle ou rare ou bien encore supposée particulièrement dangereuse ou en cours d'observation.

Méthode d'échantillonnage

Aléatoire

Les collectes peuvent être effectuées par les collecteurs SINTES qui sont sélectionnés par les coordinateurs régionaux ou par tout professionnel de santé qui sollicite l'OFDT ou directement les coordinations régionales. Depuis 2017, des collectes sont également effectuées auprès des utilisateurs du forum « Psychoactif » grâce à un questionnaire rempli en ligne.

Ces collectes doivent répondre à des critères bien spécifiques et être systématiquement accompagnées d'un questionnaire qui permet de renseigner sur le produit, les éléments de contexte et les effets ressentis.

Les motifs de collecte sont les suivants :

- Effet indésirables grave ou bénin ;
- Effet inattendu ;
- Produit nouveau ou rare ;
- Produit non reconnu par CCM (chromatographie sur couche mince : technique d'analyse utilisée sur le terrain) ;
- Veille active OFDT (concerne un produit qui demande une attention particulière durant une période et sur un espace définis).

Le collecteur prélève entre 10 et 30 mg de produit dans un tube en plastique numéroté qu'il envoie à un des laboratoires partenaires de SINTES. En parallèle, il transmet le questionnaire correspondant à cette collecte et portant le même numéro que le tube à la coordination nationale.

Dans le cadre des collectes via le forum « Psychoactif », l'utilisateur envoie directement une petite quantité du produit à la coordination de sa région ou à la coordination nationale.

Durée d'observation

Continue

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Imperfection de la représentativité des échantillons collectés ou saisis.
Les lieux de collecte se superposent avec les sites de coordination TREND de France métropolitaine et incluent quelques autres points de collectes dans d'autres régions (Rhône-Alpes, Alsace, Centre, Auvergne et Pays de Loire notamment).

Champ géographique

France métropolitaine

Découpage géographique possible

Champ toxicologique

Toute drogue illicite ou nouvelle

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Nombre d'unités statistiques observées

Volet observation : Enquête sur la composition des comprimés d'ecstasy en 2014-2015

Volet veille : 496 échantillons en 2017

Taux de couverture

Recueil de données

Acteurs socio-sanitaires pour la collecte des produits et le remplissage des questionnaires (des collecteurs appartenant au milieu associatif intervenant dans le champ de la prévention ou des travailleurs du champ sanitaire et social intervenant en addictologie – infirmiers, éducateurs, médecins).

Laboratoires d'analyse pour l'analyse des échantillons collectés (chromatographie gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse, spectrométrie à infrarouges).

Services d'application de la loi pour la transmission des résultats d'analyse saisis par leurs services (analyses réalisées par les laboratoires de police et de gendarmerie scientifiques et le laboratoire interrégional des douanes).

Données recueillies

Deux types d'information :

- résultats d'analyses d'échantillons de drogues
- informations de contexte (lieu de collecte, profil du consommateur, etc.)

Qualité et fiabilité des données

- Formation des collecteurs et des coordinateurs au remplissage du questionnaire.
- Vérification systématique des informations récoltées et demandes complémentaires si les données sont manquantes ou aberrantes.

Délai de diffusion des résultats

Notes d'information rapides diffusées en temps réel (n+1 semaine maximum) à chaque identification de nouveau produit (partenaires du dispositif et grand public).

Publication annuelle : n+12 mois

Principal mode de diffusion des résultats

- Rapport global TREND
- Notes d'informations spécifiques à un produit
- « Point SINTES » annuel diffusé aux partenaires

Bibliographie

- Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T., « Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) », Tendances n°121, Saint-Denis, OFDT, décembre 2017, 8 p.
- Néfau T., « Le point SINTES », n°4, Saint-Denis, OFDT, juin 2018, 13 p.

Observations

Synthèse

Volet observation : en 2014-2015, 116 échantillons d'ecstasy ont été analysés.

Volet veille : en 2017, 496 échantillons ont été analysés dans le cadre du volet « veille ». Ces analyses ont fait l'objet de remontées permanentes d'informations parmi les acteurs partenaires du dispositif SINTES, à travers des mails d'informations, dont certaines à l'origine de communiqués de la part des institutions sanitaires (ANSM, DGS, Santé publique France), des bulletins SINTES et des notes d'informations (répertoire des nouvelles drogues identifiées) publiées sur le site de l'OFDT.

Pour en savoir plus

Consulter le [Point SINTES n°4](#)

Accès à [SINTES](#)

Réseau des sites du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)

Organisation et financement

Maître d'œuvre

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Responsable

Agnès Cadet-Taïrou - OFDT - 3 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis Cedex

Financement et collaboration

Objectifs

Le dispositif TREND dans son ensemble vise à identifier et décrire dans les délais les plus brefs possibles les phénomènes émergents liés aux drogues illicites en France.

Ce dispositif vient en complément des grandes sources traditionnelles d'information, en portant en priorité sur des substances illicites à faible prévalence d'usage et en assurant une remontée rapide d'informations.

Le réseau des sites est l'un des outils du dispositif TREND. Son objectif est la réalisation d'une collecte et de l'analyse d'informations dans plusieurs sites centrées sur les phénomènes émergents liés aux drogues à l'échelle de chaque site.

Méthodologie

Périodicité

Recueil en continu

Dates d'observation

Depuis 1999

Approche

Quantitative et qualitative

Unité statistique

Multiple (usagers, produits, etc.)

Champ d'observation

Populations émergentes d'usagers de produits et produits, modalités d'usage, dommages, etc. émergents.

Deux espaces principaux d'observation :

- « l'espace urbain » : recouvre essentiellement le dispositif des structures de première ligne (CAARUD) et les lieux « ouverts » tels la rue et les squats.
- « l'espace festif » : désigne les lieux et moments où se déroulent des événements festifs (free parties, sorties en boîtes ou en discothèques, soirées privées), le plus souvent mais pas exclusivement, relevant de la culture techno.

Méthode d'échantillonnage

Les deux espaces principaux d'observation sont retenus pour la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés.

Durée d'observation

Recueil continu par un réseau de coordinations locales

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation

Il ne s'agit pas d'un outil visant à une représentativité, mais à une capacité de détection. En ce sens, il cherche à situer son observation dans les « espaces » où la probabilité d'apparition d'un phénomène émergent lié aux drogues est la plus élevée.

Champ géographique

Métropole

Découpage géographique possible

Site TREND

Champ toxicologique

Substances psychoactives illicites et médicaments détournés de leur usage thérapeutique principalement.

Les niveaux et les modes d'usage de l'alcool et du cannabis sont mesurés dans les populations visibles dans le champ de TREND, mais peu observés en dehors de leur association aux autres produits.

Définition toxicologique retenue ou nomenclature

Nombre d'unités statistiques observées

8 sites d'observation (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et Lyon)

Taux de couverture

Recueil de données

Au plan local, les coordinations des sites recueillent les informations à partir des :

- observations de type ethnographique réalisées auprès des usagers des espaces urbain et festif techno
- questionnaires qualitatifs remplis par des équipes en charge de structures bas seuil, des associations de santé communautaire ou de réduction des risques dans le cadre du mouvement festif techno et des associations d'usagers
- groupes focaux réunissant des professionnels investis dans les champs sanitaire et répressif et des usagers impliqués notamment dans les groupes d'auto-support
- et, par une enquête transversale quantitative réalisée annuellement jusqu'en 2003, puis tous les 2 à 3 ans, auprès d'usagers de CAARUD (ENa-CAARUD).
Chaque site transmet à l'OFDT un rapport annuel de site.

Données recueillies

- Caractéristiques des usagers
- Produits
- Modalités d'usages
- Dommages sociaux et sanitaires
- Perceptions et représentations des produits
- Modalités d'acquisition de proximité

Qualité et fiabilité des données

Délai de diffusion des résultats

n + 12 mois pour la publication annuelle

Principal mode de diffusion des résultats

Rapport annuel du dispositif TREND

Bibliographie

- Costes J-M. (sous la direction de), « Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 - Vus au travers du dispositif TREND », Saint-Denis, OFDT, 2010, 192 p.
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T., « Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) », Tendances n°121, Saint-Denis, OFDT, décembre 2017, 8 p.

Observations

Au niveau national, le dispositif TREND mobilise divers outils : des informations coordonnées par l'OFDT et celles produites par divers partenaires.

Les informations coordonnées par l'OFDT :

- rapports des sites

- système SINTES, dispositif d'analyse toxicologique d'échantillons de drogues saisis et collectés sur le terrain (voir fiche correspondante)
- investigations spécifiques : enquêtes pouvant porter sur l'approfondissement d'une thématique identifiée par le dispositif TREND, sur l'exploration d'un espace social particulier ou sur l'élaboration de nouveaux outils d'observation

Synthèse

Les aspects les plus marquants pour les observations des années 2016-2017 :

- nouvelle impulsion de la cocaïne : en dépit d'un coût moyen croissant, la consommation s'intensifie et se diversifie avec une accessibilité accrue, avec des conséquences sur les usagers pris en charge notamment dans les CSAPA ou aux urgences (intoxications)
- intensification de l'approvisionnement en cocaïne directement par les DOM des Antilles-Guyane (envois postaux ou transport *in corpore*)
- marché de l'héroïne qui se développe dans le sud du pays avec en région lyonnaise l'émergence il y a quelques années de filières albanophones
- mineurs non accompagnés à la rue : installation dans l'espace public de groupes d'enfants parfois très jeunes (dès 9 ans) ou d'adolescents, désaffiliés, sans abri, qui consomment des solvants, de l'alcool et du cannabis, mais aussi des benzodiazépines
- pratiques de *chemsex* qui continuent à s'intensifier
- usagers désocialisés de plus en plus difficiles à atteindre
- mixité accrue des profils et des consommations des jeunes précaires
- banalisation de la violence et de la précarité dans les trafics
- marché de l'herbe de cannabis toujours plus large
- demande accrue de kits base pour consommer de la cocaïne basée ou du crack, en lien avec l'accessibilité importante de la cocaïne.

[Extrait du Tendances n°121].

Pour en savoir plus

Consulter « [Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 - Vus au travers du dispositif TREND](#) »

Consulter [Tendances 121](#)

Voir également les fiches pour les outils spécifiques au dispositif TREND :

- SINTES
- ENa-CAARUD

Afin de mieux cerner la diversité des outils disponibles pour mesurer les usages de drogues et les conséquences sanitaires ou pénales de ces consommations, l'OFDT met à jour depuis 1994 un répertoire des sources de données statistiques relatives aux drogues illicites. En 2005, l'OFDT a élargi cet outil aux sources relatives au tabac et à celles relatives à l'alcool en 2006.

Ce répertoire n'est pas exhaustif mais inclut les sources de données :

- Nationales ou « multisites »
- Régionales menées par des partenaires institutionnels de l'OFDT
- Renouvelées
- Quantitatives pour l'essentiel

Chaque source est décrite suivant le même modèle : description du maître d'œuvre, objectifs principaux de la source, périodicité, nombre d'unités observées, méthode d'échantillonnage, biais de couverture, données recueillies, délai et mode de publication, rapide synthèse des dernières données... Les champs sont décrits dans un guide de lecture unique.

www.ofdt.fr